

Actitudes y pautas de comportamiento de la población gitana de la Comunidad de Madrid en relación a su salud

Estudio realizado por convenio de colaboración entre el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (Servicio de Promoción de la Salud), y la Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Antropología Social)

Madrid, marzo 2008

Autora:

Ariadna Ayala Rubio

Colaboradora (etnografía, entrevistas y análisis):

Rocío Pérez Sutil del Cueto.

Apoyo Técnico y Revisión de los manuscritos previos al informe final:

María Isabel Jociles Rubio, Fernando Villaamil Pérez

Coordinación y Supervisión:

Luis Seoane Pascual, M^a Lourdes Martínez Méndez, Milagros Ramasco Gutiérrez, Sonsoles Garabato González, M^a Luisa Martínez Blanco y Nicole Aerny Perreten.

Nuestro agradecimiento expreso a la Asociación El Fanal, a la Asociación Mujeres Opañel, y a la Fundación Secretariado Gitano (distrito Hortaleza). Igualmente agradecemos enormemente a IRIS, y a la Asociación Caminar. Gracias a todas aquellas personas que a nivel profesional, técnico y amigo habéis ido opinando, criticando y echándonos un cable. Ojala este trabajo os pueda ayudar en vuestros contextos de trabajo cotidiano. Gracias a todos los gitanos y gitanas, pastores y pastoras, que habéis compartido vuestros pensamientos con nosotras y nos habéis ayudado a la realización de las entrevistas y los grupos de discusión. ¡Muchísimas gracias!

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Antecedentes.....	1
1.2. Planteamiento inicial	1
1.3. Descripción de los asentamientos estudiados	3
1.3.1. Cañada Real Galiana	5
1.3.2. El Cañaveral o La Jungla	9
1.3.3. Santa Catalina.....	12
1.4. Objetivos de la investigación.....	14
1.5. Metodología.....	15
1.5.1. Las entrevistas realizadas.....	16
2. MODELO DE DIFERENCIACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA	19
2.1. Los criterios de clasificación social.....	19
2.2. La clasificación de la muestra en clases sociales	24
2.2.1. La clase social baja: la importancia de los comportamientos aceptados socialmente	24
2.2.2. La clase social media-baja: delegación en la institución sanitaria para ámbitos concretos.....	25
2.2.3. La clase media: la importancia del desarrollo de un proceso de individualización para la asunción de los hábitos saludables.....	26
3. LAS VISIONES CON RESPECTO A LA SALUD Y AL CUIDADO DEL CUERPO EN LAS DIFERENTES CLASES SOCIALES.....	27
3.1. El cuidado de la salud en las clases bajas y medias bajas.....	27
3.1.1. La concepción de la salud y el cuidado	27
3.1.2. “Estar sano” = “Estar fuerte”	33
3.1.3. Autogestión del dolor.....	36
3.1.4. La lógica del “quitado”	38
3.1.5. La relación con el sistema sanitario.....	38
3.1.6. La relación en la consulta.....	41
3.2. El cuidado de la salud en la clase media: “lo normal”	43

4. CENTROS DE SALUD VS. URGENCIAS. CENTROS PRIVADOS VS. PÚBLICOS. LA EXPERIENCIA COMO CRITERIO DE ELECCIÓN.....	54
5. CRÍTICAS Y DEMANDAS AL SISTEMA SANITARIO	57
6. ALGUNOS APUNTES SOBRE LAS RELACIONES DE GÉNERO.....	59
6.1. Introducción	59
6.2. La importancia de ser una mujer honrada: la presión por la preservación de la virginidad femenina	59
6.3. Algunas contradicciones	71
6.4. El matrimonio como esfera conflictiva	73
6.5. La inserción de las mujeres al mercado laboral	77
7. GÉNERO, SEXUALIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	79
7.1. Ocio, fiesta y concepción diferencial de la mocedad	79
7.2. Embarazo, parto y confianza en el sistema médico	83
7.3. Planificación familiar	86
7.4. El uso del preservativo.....	90
8. CUIDADO INFANTIL	94
9. ALIMENTACIÓN.....	101
9.1. La clase baja y media-baja.....	101
9.2. La clase media	106
10. HIGIENE.....	109
11. CONDUCTAS ADICTIVAS	115
12. LA IGLESIA EVANGÉLICA O EL “CULTO”	119
13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	131
13.1. Recomendaciones generales.	131
13.2. Cuidado infantil.....	135

13.3. Alimentación.....	136
13.4. Higiene	138
13.5. Conductas adictivas	139
13.6. La relación con el personal sanitario	141
13.7. Demandas al sistema sanitario.....	142
13.8. Planificación familiar	143
13.9. La Iglesia Evangélica o el “culto”	145
13.10. Las percepciones del personal sanitario: reflexiones y recomendaciones.....	146
14. BIBLIOGRAFÍA.....	149
15. ANEXO	154

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

El presente estudio es una aproximación antropológico-social a las concepciones de salud, enfermedad y atención a la salud presentes en la población gitana de la Comunidad de Madrid. Surge de la propuesta de investigación realizada por el Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid al Departamento de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid.

El Instituto de Salud Pública propuso realizar una investigación cualitativa para conocer las estrategias de prevención de la enfermedad entre las personas de etnia gitana de clase baja y media, residentes en la Comunidad de Madrid.

En el marco de diferentes acciones dirigidas específicamente a la población de etnia gitana en el 2006, el Programa de Salud Pública en Colectivos en Situación de Especial Vulnerabilidad consideraba como un objetivo clave: *“Establecer estrategias de actuación en promoción de la salud en la población gitana desfavorecida mediante actuaciones con la red socio-sanitaria y el tejido social que trabaja con este colectivo, con el objetivo final de fomentar comportamientos preventivos y saludables”*. El interés estratégico del estudio se ubicaba, por tanto, del lado de la intervención en el ámbito de la promoción y la educación para la salud.

1.2. Planteamiento inicial

En muchos de los estudios que se pueden consultar sobre el tema de la salud del colectivo gitano se suele resaltar su particular resistencia a la adopción de hábitos y pautas saludables, llegando incluso algunos de ellos a suponer la inexistencia de una auténtica mentalidad preventiva. Cuesta aceptar que una actitud semejante pueda ser posible en cualquier colectivo, sea de la etnia que sea. El sesgo “etnocentrista” presente de forma implícita en muchos de los estudios que sobre este tema se realizan, tiende a

restar relevancia y/o a invisibilizar la presencia de pautas (culturales o situacionales) propias de prevención en el colectivo gitano.

En este sentido, esta investigación parte de la hipótesis de que cualquier colectivo culturalmente diferenciado debe tener necesariamente prescripciones y proscripciones, conocimientos, estrategias y pautas también colectivas para la preservación y potenciación de la salud (lo cual no quiere decir que dichos comportamientos tengan porqué coincidir con los establecidos por las instituciones sanitarias).

Por tanto, estamos totalmente de acuerdo con E. Menéndez (1994, 1998), antropólogo de la salud, que destaca que:

“todo grupo social (...) genera y maneja criterios de prevención para los padecimientos que real o imaginariamente afectan su salud en la vida cotidiana. No existen grupos que carezcan de estos saberes, porque los mismos son estructurales a toda cultura, es decir, son decisivos para la producción y reproducción de la misma. La mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales, y el punto central (...) no es tanto considerarlos como comportamientos erróneos o correctos sino asumir que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención más allá de que sean equivocados o no”.

Así, toda población articula una serie de saberes preventivos que se conforman en torno a la información derivada de diferentes fuentes, incluyendo la generada por el sistema biomédico, y con la cual se desarrollan estrategias para la prevención de todos los padecimientos que amenazan y/o son tradicionales dentro de dicha población. Siguiendo estas afirmaciones, cualquier población es capaz de integrar estrategias preventivas nuevas, siempre y cuando éstas cobren sentido dentro de los modelos que estén articulando los procesos de salud-enfermedad-atención dentro de la comunidad o grupo, y sean compatibles con los factores culturales y socio-económicos que caracterizan dicha población.

Consecuentemente, en el presente informe, y después del realizar el análisis de los principales comportamientos que la población estudiada desarrolla en torno a la preservación de su salud, se concluye con un apartado de recomendaciones en el que se relacionan dichos comportamientos con sugerencias concretas para favorecer que la transmisión de los mensajes sanitarios sea más acorde a estos comportamientos que ya están desplegando los miembros del colectivo gitano estudiado.

1.3. Descripción de los asentamientos estudiados

La entrada al campo se realizó en una primera instancia con la colaboración de organizaciones gubernamentales (IRIS¹) y no gubernamentales (Asociación El Fanal, Asociación Mujeres Opañel, Asociación Caminar), que sirvieron de agentes facilitadores para poder establecer un primer contacto con la población residente en los tres asentamientos chabolistas elegidos para el estudio (Cañada Real Galiana—zona cercana a Rivas-, El Cañaveral o La Jungla y Santa Catalina) y en zonas de vivienda en altura (barrios de Carabanchel, Fuencarral, Entrevías, Valdebernardo, Hortaleza y Moratalaz). En estos barrios de vivienda en altura no se ha realizado observación sistemática, sólo algunas visitas esporádicas para establecer contactos con nuevos informantes.

A través de diferentes fuentes, se estima² que hay unas 650.000 personas de etnia gitana en el Estado español. En la Comunidad de Madrid, las estimaciones sobre el número de gitanos y gitanas oscilan entre 60.000 y 80.000 personas.

Por su lado, según el último censo del IRIS, cerrado a 31 de diciembre de 2006, esta entidad atendía a 1.084 familias en la Comunidad de Madrid que vivían en chabolas o en barrios de tipología especial (barrios de viviendas prefabricadas construidas fuera de los entornos urbanos para un colectivo específico y que fueron degradándose con el tiempo), lo que suponía unas 5.000 personas repartidas en 11 núcleos y nueve asentamientos. Según este mismo censo, el poblado de Santa Catalina, en Puente de Vallecas, era el más grande de la región, con 182 chabolas. Le seguían El Cañaveral o La Jungla (Vicálvaro), con 148, y Las Mimbreras (Latina), con 132³.

Sin embargo la realidad es difícil de conocer: ni se tienen los datos sociodemográficos de todos los asentamientos existentes en la Comunidad de Madrid (por ejemplo, los referentes al conjunto de la Cañada Real Galiana)⁴ ni la información disponible es estable, dada la alta movilidad de estos grupos de población y los esfuerzos realizados para su realojamiento.

Gracias al último informe anual que publicó el IRIS en el año 2005, se ha obtenido información que completa la anteriormente citada. Esta información se refiere a las

¹ Instituto de Realojamiento e Integración Social, que fue creado para proporcionar vivienda a aquellas personas que habitan en chabolas, infraviviendas de planta baja o en viviendas provisionales y en condiciones de exclusión social, y para facilitar su integración y progreso dentro de la sociedad

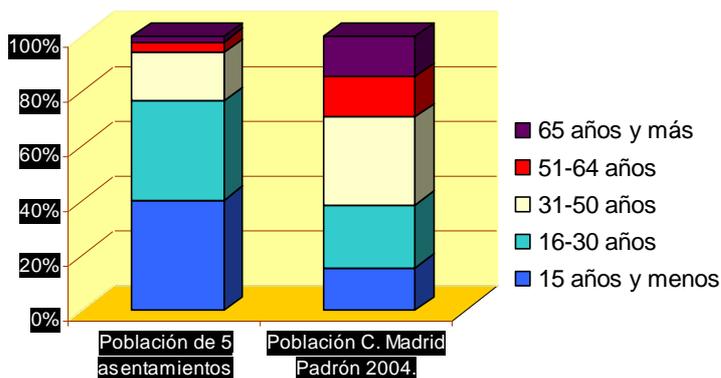
² Abajo, J. E. y Carrasco, S. (eds.) & Equipo de investigación sobre el éxito escolar del alumnado gitano (2004): Experiencias y trayectorias de éxito escolar de gitanas y gitanos en España: Encrucijadas sobre educación, género y cambio cultural. Madrid: Instituto de la Mujer (MTAS) y CIDE (MEC), Colección Mujeres en la Educación.

³ http://www.elpais.com/articulo/madrid/5000/madrilenos/viven/chabolas/elpepuespmad/20070806elpmad_1/Tes?print=1

⁴ El IRIS es sin duda la mejor fuente de información al respecto, pero hay que recordar que no atiende a todos los núcleos y asentamientos existentes en la Región.

1.186 familias que vivían en los nueve núcleos y barrios atendidos por el IRIS en aquel año.

En primer lugar, resalta el dato referente a la gran juventud de esta población ya que el 45% tiene menos de 16 años, el 48% tiene entre 16 y 50 años y sólo el 6% sobrepasa esta edad (faltando datos en el 1% de los casos).



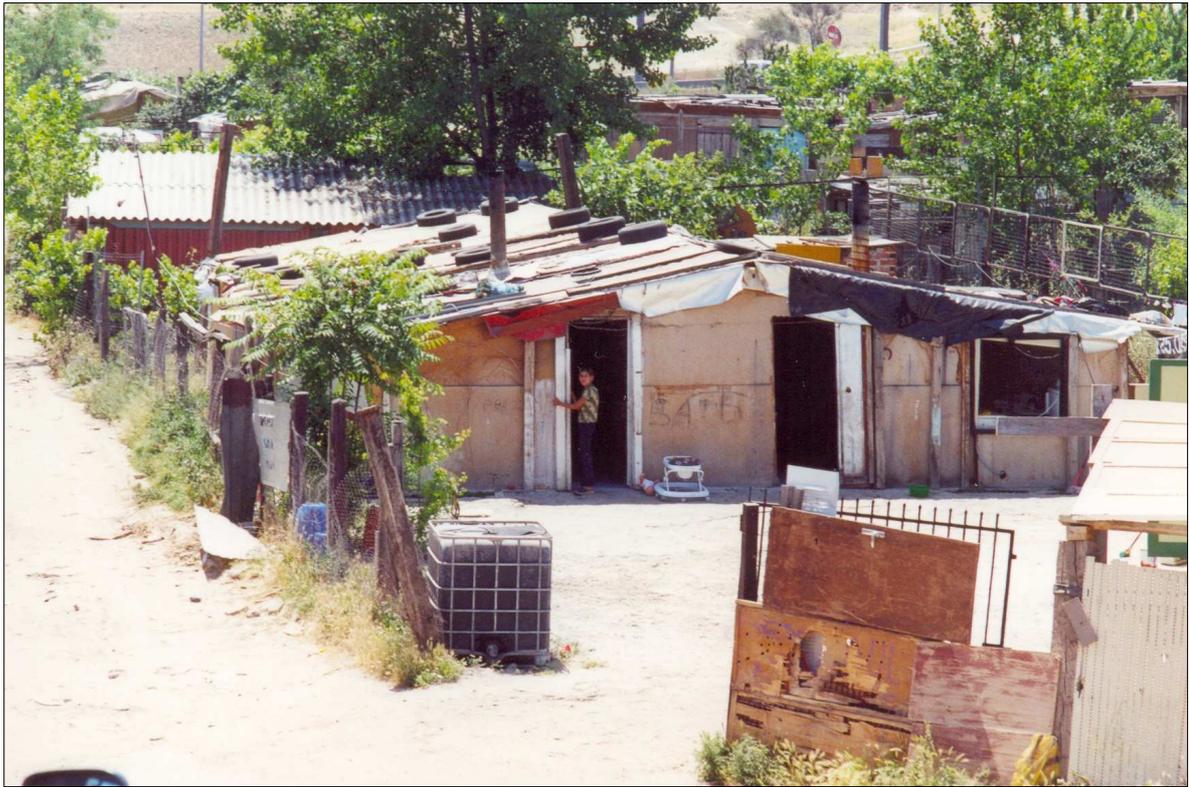
Fuente: Aerny, N. La población de los asentamientos marginales de la Comunidad de Madrid y su acceso a los servicios de Salud. Jornada de promoción de la salud y atención sanitaria en la población gitana. 1-3-06.

Por otro lado, es llamativa también la dimensión media de la familia que es de 3,64 miembros (en el Censo de 2001, de la población general de la Comunidad de Madrid, esta dimensión era de 2,9).

La tasa de personas que no saben leer ni escribir es de 29% (En el Censo del 2001 era de 1,8% en la población general).

En relación con las rentas percibidas por esta población, es importante señalar que el 35% de las familias perciben una Renta Mínima de Inserción.

Finalmente, el mencionado informe clasifica los servicios públicos básicos que definen el entorno de estos núcleos y barrios. Para el núcleo de Santa Catalina, resulta inexistente el alcantarillado; el transporte público, la movilidad interna, la recogida de basura y limpieza de calles y la vigilancia policial son clasificados como malos; son regulares los servicios de alumbrado público, suministro de agua, luz y teléfono y el servicio de Correos. En Cañaverall, la situación es algo mejor: se califican de malos los servicios de transporte público, la recogida de basura y limpieza de calles; son regulares los de alumbrado público, alcantarillado, suministro de agua y luz, y la vigilancia policial; y se estiman buenos los servicios de suministro de teléfono, el servicio de correo y la movilidad interna. No se dispone de esta información acerca de la Cañada Real Galiana.



1.3.1. Cañada Real Galiana

Se ha realizado observación participante en dos zonas de la Cañada Real. Por un lado, en parcelas aledañas al vertedero de Valdemingómez y, por otro, en un tramo cercano a la Pza. Antonio Machado, perteneciente ya al municipio de Rivas Vaciamadrid.

A continuación introducimos algunos datos del contexto del asentamiento⁵.

La Cañada Real está compuesta por distintos asentamientos, se sitúa al sureste de Madrid, a la altura del Km.14 de la carretera de Valencia (A3), y abarca terrenos pertenecientes a cinco municipios: San Fernando de Henares, Coslada Madrid (distritos de Vicálvaro y Villa de Vallecas), Rivas-Vaciamadrid y Getafe. Las edificaciones se suceden a lo largo de una antigua cañada real (denominación que se refiere al paso trashumante de ganado ovino), que es conocida como Senda Galiana o Cañada Real Galiana.

⁵ Estos datos han sido extraídos del informe interinstitucional publicado en el 2006 “Análisis de la realidad de Cañada Real Galiana (Villa de Vallecas)”, realizado por profesionales sociales y sanitarios (IRIS, EDES, Asociación El Fanal, ACCEM y otros. Este estudio ofrece imágenes aéreas que dan cuenta de la magnitud de la Cañada Real.

El tramo cercano a la incineradora de Valdemingómez es el comprendido entre la entrada de la carretera de Valencia y la incineradora (7 Km. aproximadamente), tramo que se encuentra asfaltado. A partir de ahí comienza un camino de tierra sin asfaltar (7 Km. aprox.) que desemboca en otra zona de 2 Km. que se encuentra asfaltada, que se extiende hasta las inmediaciones de Perales del Río, Getafe.

La única forma de acceso al interior de esta parte de la Cañada es el transporte privado o caminando. No existe ningún transporte público por el interior del asentamiento. En cambio, al otro tramo de la Cañada Real visitado, perteneciente a Rivas, se puede acceder caminando desde el metro Rivas Urbanizaciones (40 min.).

En torno a los años 60/70 parte de este enclave era utilizado por personas procedentes de Getafe, Vallecas, y otros lugares próximos, como área de descanso de fin de semana, construyéndose casas y trabajado huertas de abastecimiento personal. Como describe el informe ya mencionado, empezaron a llegar familias, algunas de etnia gitana, procedentes de otros distritos y municipios; unas para hacerse cargo de las huertas, y otras buscando un lugar donde establecerse.

A lo largo de estos años han ido llegando más personas de etnia gitana, tanto españolas (madrileñas, extremeñas y gallegas, principalmente) como de Europa del Este. Asimismo se han sumado a los españoles que no pertenecen a la etnia gitana y que ya residían allí, personas procedentes de Marruecos y del Este de Europa (rumanos, búlgaros, bosnios, serbios, croatas...).

Aunque la población se agrupa según su procedencia, no se diferencian límites claros entre las zonas de residencia de unos grupos y otros. Por ejemplo, en el tramo donde se ha realizado trabajo de campo, hemos encontrado parcelas indistintamente de personas de etnia gitana y de personas magrebíes.

El tráfico de droga se ha vuelto patente en el tramo de Cañada Real cercano a la incineradora de Valdemingómez. Este dato lo confirma el informe citado de IRIS (2005), en el que se argumenta que desde el año 2003 se ha detectado un desplazamiento progresivo de la población residente en Barranquillas, estimándose que se han trasladado unas 126 familias.

Las tres familias de etnia gitana a las que se ha estado visitando en la zona de Valdemingómez residen en parcelas junto con miembros de su familia extensa. Todas ellas se dedican a la chatarra. Se ha accedido a ellos gracias a la ayuda de la asociación El Fanal, quien tiene un local en este lugar, donde además de dar cursos de alfabetización a mujeres gitanas y magrebíes, realizan actividades con los niños. Los

Servicios Sociales también trabajan en la Cañada Real Galiana.

Una de estas familias reside justo al lado de uno de los puntos de venta de droga. Anteriormente vivían en el asentamiento Los Focos (San Blas) y en el barrio de Vicálvaro. Es la familia de Armanda, mujer de 35 años, que procede de Portugal, aunque ella se crió en Madrid. Está casada con un primo, el cual es también madrileño. En la parcela nos encontramos con tres generaciones. La suegra de la mujer entrevistada, ella y su marido, el hermano de su marido con su esposa, los hijos de todos ellos, y actualmente, uno de los hijos de Armanda casado con una sobrina de ella.

Veamos el siguiente registro de campo para ver la sensación actual con respecto a la seguridad en este tramo de la Cañada Real, compartida por el resto de las personas entrevistadas.

Dentro de la parcela hay varias casas, unas hechas de cemento y otras construidas de tablas de madera. Actualmente están construyendo otra casa de cemento para el hijo recién casado.

Le pregunto si nos enseña su casa, la cual es de cemento. Tiene un salón grande, una habitación, y la cocina incorporada en el salón. Suelo de baldosas. La cocina completa, y el baño impecable. La casa de madera que está al lado de la de ella es más pequeña y humilde, pero todo dentro está muy organizado, aunque los espacios son mucho más pequeños. Armanda dice "es la más pobrecita de todas". Todas están muy limpias.

Armanda pasa a hablar del barrio, diciendo: "esto se ha estropeado mucho. Antes no había nada. Podía irme al río y encontrarme todo igual cuando volvía. Ahora no, nos han robado hasta las ventanas. Es por eso que ahora no me he podido ir yo a la compra, porque esto no se puede quedar solo. Y con los drogaos, ahora, es que es un asco. Yo a veces les digo que por qué no se ponen la droga allí donde la compran, porque se vienen a mi puerta a drogarse. Y los tenemos que echar, mi marido, mi suegro... Y aquí te da miedo hasta dejar al niño salir, porque no quieres que le pase nada. No es forma de educar a un niño. Y encima la policía, que el otro día pasaron con sus coches por nuestro camino, persiguiendo a unos drogaos que se iban por el monte. Pero es que ahí es donde muchas veces están los niños. Yo les grité y luego vinieron a pedir perdón y a ver si había pasado algo, pero es que así no se puede".

Le comento que cuando veníamos en coche una mujer nos ha tratado de parar, y que creo que era para que comprásemos droga. Me cuenta que le pasó lo mismo el otro día yendo con su cuñado.

Su hijo Carlos, de 7 años, está presente en la conversación. Le comento a Armanda que yo estuve trabajando en Barranquillas, su hijo dice "sí, los niños pesan la droga así y la meten en bolsitas". Armanda me dice "es que el otro día lo vimos en la tele, que estaban echando algo así, y los niños contaban que habían visto a gente morir con la aguja puesta". (Valdemingómez, 25 julio 2006)

Esta misma sensación de inseguridad la encontramos en otra de las parcelas visitadas, más cercana a la incineradora, en la que reside una familia procedente de Extremadura, cuyos miembros sostienen que no dejan que los niños salgan de la casa por miedo a las personas drogodependientes y al alto tráfico de camiones. En este caso, todas las

viviendas son de madera. En las tres parcelas visitadas los habitantes tienen acceso a agua, aunque no directamente dentro de las casas.

Todas las visitas que hemos realizado, tanto en horario de mañana y tarde, nos han producido una sensación de aturdimiento por el ruido de los camiones, los cuales pasan por este camino incesantemente, provocando además nubes de polvo. Algunos profesionales nos han llegado a decir que se estima que pasan 5.000-6.000 camiones al día.

Durante los últimos años ha habido un elevado número de accidentes por atropellos, los últimos a niños, debido al exceso de tráfico y a la falta de infraestructura urbanística en cuanto a la presencia de aceras y cunetas. Varios menores han fallecido. Otro tipo de accidentes frecuentes son los incendios motivados por cortocircuitos, las explosiones de gas y las inundaciones de diversas viviendas en diferentes poblados⁶. El informe del Área 1 al que se viene haciendo referencia señala que la población empadronada en la zona de Cañada Real Galiana perteneciente al Área de Salud 1 (que engloba la parte sureste de la Comunidad de Madrid) es de 3.261 personas (1.130 personas de 0-16 años, y 2.131 de 17 años en adelante, estando 1.497 de éstas en la franja de edad comprendida entre los 25-64 años), más 502 personas en la zona de la Cañada Real perteneciente a Rivas, sin que se tengan medios para estimar la población real del conjunto de la zona. Sin embargo, en la prensa digital se afirma que la población estimada en el conjunto de La Cañada Real Galiana alcanza las 30.000-40.000 personas.

Por otro lado, las visitas que hemos realizado a tres familias en la zona de Rivas nos han producido una sensación diferente. En esta zona, también sin asfaltar, no hay tráfico de camiones y casi no hay ruido. Alguna de las mujeres acceden caminando a los comercios de la avenida Covibar en Rivas (20 min. aproximadamente). Dos de las familias a las que hemos visitado residen en casas de ladrillo “compradas” o alquiladas, mientras que la tercera reside en una parcela con miembros de la familia extensa en la que han construido varias chabolas. La mayoría de los hombres se dedican a la chatarra, mientras que las mujeres asisten a proyectos de integración en asociaciones, vinculados éstos al cobro de la RMI. Aún así, varias de las mujeres entrevistadas, las cuales residen en la parte más lejana a Rivas, afirman depender de sus maridos para poder salir de la zona, realizar la compra, ir al médico, etc.

⁶ SaludMadrid, IRIS, Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid, MadridSalud y otros. (2006) "Situación de los asentamientos marginales del área sanitaria 1". Documento mimeografiado. Este estudio cuenta con la ubicación de los diferentes asentamientos observados en el mapa del Área 1 de Salud, así como con fotos de viviendas de los diferentes asentamientos, información de las tasas de vacunación infantil, de los materiales de construcción de las viviendas y de los servicios públicos con los que se cuenta en cada asentamiento.

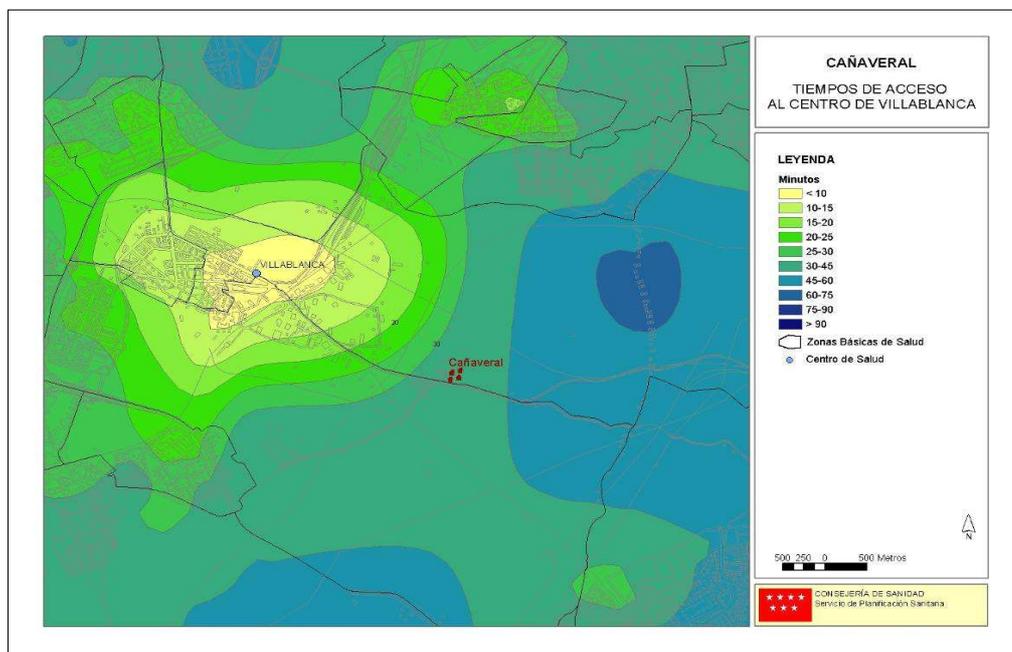


1.3.2. El Cañaveral o La Jungla

Este poblado se encuentra en la Carretera de Vicálvaro a Rivas, a 10-15 minutos en coche particular del barrio de Vicálvaro. Siguiendo los datos de un informe de la Consejería de Sanidad y Consumo (2005)⁷, encontramos que en El Cañaveral la mitad de las familias viven en casas de tipología especial, mientras que la otra mitad lo hace en chabolas. La procedencia más común de estas familias es la región de Extremadura, aunque hay 25 familias de Madrid, 8 de Portugal y una de Castilla y León

En Cañaveral el suministro de agua y luz se realiza, en muchos casos, a través de los enganches que ellos mismos realizan, con los consiguientes riesgos por no cumplir unas mínimas condiciones de seguridad. En la actualidad, el número de chabolas es superior al número de viviendas de tipología especial.

⁷ Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. (2005) "Acceso a los servicios sanitarios de la población en los asentamientos marginales en la Comunidad de Madrid. Cañaveral, Mimbreras, Salobral, Plata y Castañar, Santa Catalina, Vereda del Pan y Agua, Quinta, Pitis y Barranquillas".



El contraste entre la zona central del poblado, asfaltada, con casas bajas de tipología especial, y la zona más exterior al poblado (en dirección a Rivas), es enorme. En la zona central no se observa basura en las calles, mientras que en la zona exterior, la cual no está asfaltada, hay restos de escombros, cristales, y basura. Varias de las chabolas visitadas en esta zona pertenecen a familias portuguesas. Su construcción es extremadamente precaria, de tablas y latón. Algunas de las madres de esta zona del poblado con las que se ha hablado viven de la mendicidad.

En el informe mencionado se pone de manifiesto la dificultad de acceso a los Centros de Salud por parte de la población de los asentamientos. En particular, el tiempo estimado de acceso en transporte público al Centro de Salud Villablanca que atiende a la población de Cañaverál es superior a los 30 minutos, cuando el tiempo medio de acceso del conjunto de la población allí atendida es de 11,4 minutos:

El aura que rodea al poblado en los discursos de los entrevistados se nutre de visiones negativas acerca de su inseguridad y de los robos que se producen en el día a día. Tanto los pobladores como algunos trabajadores del IRIS nos recomendaron tener mucha precaución durante nuestras visitas de campo.

Algunos datos sociodemográficos básicos reflejados en el estudio que nos sirve de base, nos indican que en el asentamiento de El Cañaverál viven 728 personas, el número de familias residentes es de 214 familias, la dimensión media familiar es de 3,52, el 41,8% de familias percibe la Renta Mínima de Inserción (RMI), la población menor de 16 años es de 285, la tasa de infancia es de 36, 2. En cuanto al nivel de

estudios y según datos del año 2003 la población analfabeta absoluta es de 257 y la tasa de analfabetismo absoluto en población adulta es de 60,3%. Los casos de abandono escolar antes de los 16 años son 25 y el índice de abandono escolar en edades de 6 a 15 años para el 2004 se estima en 16,2%.

Veamos los siguientes registros de campo, los cuales dan cuenta de las características y circunstancias en las que vive esta población, así como de la inseguridad, cuestión que aparece de manera reiterada en sus relatos:

Según sigo caminando hacia la salida del poblado, y en la casa de al lado de la de Lucía, veo a una mujer pelirroja, de unos 45 años, que he conocido en los cursillos de alfabetización que imparte El Fanal. Se llama Beatriz. Me saluda amablemente. Le pido un vaso de agua y me dice que pase a su casa. En el sofá hay una moza de unos 16 años sentada. El salón es muy grande. El suelo de baldosa. La casa está en buen estado y está muy limpia. Le pregunto a ella si el poblado es seguro, y me contesta rápidamente, mientras me da el vaso de agua, "no. No camines por aquí sola, de verdad. Mira, esta es mi hija, que tiene una minusvalía del 60% y no la dejo sola para nada, porque la molestan los niños estos, le pueden tirar piedras... No la dejo sola en el salón ni para dormir la siesta. No ves que pueden venir a robar... Si entre gitanos nos llevamos mal..."

Ese mismo día otra mujer recién casada, que se ha mudado al poblado hace poco, residente de la zona central del poblado (donde venden sanitarios) me advierte que no caminemos por el poblado.

La calle está asfaltada. La saludo y le digo si se acuerda de mí. Me dice que sí, y en seguida añade "¿estás tú sola caminando por el poblado?" Le digo que sí. Me dice: "creo que os dije ya la otra vez que no vinierais solas por aquí, y menos llevando un bolso como tú, que te pueden dar un tirón".

Me despido de ella y le digo que ya la verá. Le comento que iba a ver a Lucía, y me dice, "ya ha llegado, mírala". Veo a Lucía en la calle, y voy a saludarla. Me acerco a ella y le doy dos besos. Son las 13 h. Le pregunto si se va de vacaciones. Me cuenta que sí, que las chatarrerías cierran diez días en Agosto, y que como ellos viven de la chatarra, pues que se van a ir a Extremadura a vender melones. Añade, "vivimos de eso, y si las cierran tenemos que trabajar de otra cosa". Me dice "a ver si nos dan ya piso, porque esto no hay quien lo soporte. Antes las cosas no estaban así, pero es que ahora, con tanta gente, tanta chabola... Antes no había chabolas, esto estaba tan bonito... Es que a mí se me quitan hasta las ganas de vivir y de lavarme por las mañanas. Mis hijos se emocionan cuando vamos a Vicálvaro y ven columpios."

Le pregunto cuánto tiempo lleva en el poblado, y me dice "18 años, y esto antes era precioso". (Cañaveral, 27 de julio de 2006)

La siguiente entrevistada habla de los robos y los asocia con las personas drogodependientes que residen en el poblado.

A: ¿Y qué tal en poblado, con los vecinos, cómo es la situación en el poblado? Hay gente que me dice que tiene miedo.

M: No, no miedo, que te roban todo. No puedes dejar la chabola porque te la abren y te quitan todo lo de dentro.

A: ¿Pero te roban?

M: Si dejas la chabola sola te hacen un crimen, se llevan tele, se llevan video,

te hacen un destrozo. Se ha puesto el barrio ahora que no es igual como antes, antes dejabas todo fuera y nada, y nada; la chatarra, lo bueno, y nada, pero es que ahora no puedes dejar nada porque todo se lo llevan. Antes no, dejabas el aluminio, lo bueno, la chatarra que ibas a chatarrear tan tranquila y podías dejar una casa con todo dentro, pero ahora no, te lo quitan todo, te rompen el candado, te rompen puertas, te rompen todo.

A: ¿Y por qué ha sido eso, por qué se ha puesto el barrio así?

M: Porque hay muchos endrogaos allí, hay unos cuantos...Y lo quitan los endrogaos. (Marta: Mujer, 49 años, clase baja, nacida en Santander. Residente en chabola. La Jungla. Madre de 6 hijos. No asiste al culto)

Otra mujer entrevistada, afirma haber dejado su casa baja en el Cañaveral y haberse mudado a Cañada Real (Rivas) por considerar que no era buen ambiente para educar a sus hijos.

F. En Madrid hemos vivido en Valdemingómez, en las chabolas, de allí nos mandaron a la Jungla, dónde nos dieron las casas esas que están fabricadas, y luego ya me vine a la Cañada

A. ¿Y por qué no te quedaste en la Jungla?

F. Porque al principio estaba muy bonita, no había chabolas, pero luego ya había demasiadas cosas malas... Aquello está que daba pena.. Y me fui de allí por mis niños... Porque se acostumbraban con aquello y se volvían salvajes.... es que son salvajes. Sí, estuvimos en una excursión hace poco y no veas los niños, madre mía, más mal educados.

A. ¿También vinieron los de la Jungla?

F. Sí, una vez que estuvimos en Vicálvaro era todo muy distinto, los nuestros calladitos, y los de allí gritando, cantando, montando una.... (Felisa: Mujer, 39 años, clase media, gallega. Casa baja construida en la Cañada Real (Rivas). 7 hijos. Asiste a veces al culto.)

El estigma del Cañaveral no sólo se encuentra en las personas que residen en él, sino que algunos entrevistados de Valdemingómez que tienen familiares en la zona más precaria del poblado nos advierten que tengamos cuidado allí.

Sonia me dice que una tía suya “vive en la zona de los portugueses sucios”. “Ya todo está mezclado”. Su nuera es portuguesa. “Los portugueses son más sucios y son diferentes. Ten cuidado en esa zona. En esa familia no hay nadie que ponga orden”. (Valdemingómez, 7 de Agosto de 2006)

1.3.3. Santa Catalina

Este asentamiento chabolista se encuentra en el Distrito Puente de Vallecas, cerca del polideportivo Municipal Entrevías (a media hora caminando). Por un lado colinda con el Parque Forestal Entrevías, y por el otro se encuentra con las Cocheras de la EMT (Empresa Municipal de Transportes).

La entrada a Santa Catalina produce mejor impresión que la entrada al Cañaveral. Se ve

menos basura en las calles y algunas de las calles del poblado están asfaltadas. Hay mayor diversidad en las construcciones, habiendo varias de cemento, bastante lujosas, así como chabolas grandes con baldosas y cocinas, y muebles completos muy arregladas. Igualmente, se han visitado –gracias a la colaboración de IRIS- otro tipo de chabolas mucho más precarias, sin amueblar y con hacinamiento familiar.

Aún así, los vecinos expresan otro tipo de percepción sobre su lugar de residencia, que dista mucho de la percepción negativa de los vecinos del Cañaveral o de Valdemingómez.

Varias personas con las que se ha hablado estos meses explican que es un barrio “tranquilo” y afirman llevarse bien con las personas que residen cerca de ellas. Al entrar en la calle principal del poblado, al fondo, hay una gran explanada en la que se pueden ver muchos electrodomésticos que están siendo desguazados. Algunas personas extranjeras pueden verse realizando estas tareas.

Es en este asentamiento chabolista donde varios de los hombres con los que se ha charlado trabajan de “guardas de obra”, por lo que su nivel adquisitivo parece superior al de las personas que se están dedicando a la venta ambulante o a la chatarra (ocupaciones principales de las personas entrevistadas en el Cañaveral).

No encontramos en Santa Catalina ningún equipamiento o servicio que el IRIS considere como bueno. El suministro de agua y luz al que tienen acceso es el del enganche de luz a cables de alta tensión, con el consiguiente riesgo, y el enganche de agua del parque más cercano. En cuanto al agua, los trabajadores del IRIS han comprobado que este enganche es de agua potable.

En este poblado hay 123 familias y una población de 457 personas. La dimensión media familiar es de 3,71, el porcentaje de familias que perciben la renta mínima de inserción (RMI) es del 36,8%. Hay 194 personas menores de 16 años y la tasa de infancia es de 42,5%. En el año 2003 la población analfabeta absoluta es de 81 y la tasa de analfabetismo absoluto en población adulta es de 30,8%. No hay ningún caso de abandono escolar antes de los 16 años. A través de diferentes fuentes, se estima⁸ que en el Estado español la población etnia gitana oscila entre las 650.000, de las cuales se calcula que aproximadamente la mitad son menores de 16 años, no llegando al 10% la

⁸ Abajo, J. E. y Carrasco, S. (eds.) & Equipo de investigación sobre el éxito escolar del alumnado gitano (2004): Experiencias y trayectorias de éxito escolar de gitanas y gitanos en España: Encrucijadas sobre educación, género y cambio cultural. Madrid: Instituto de la Mujer (MTAS) y CIDE (MEC), Colección Mujeres en la Educación.

proporción de mayores de 65 años. Las estimaciones sobre el número de gitanos y gitanas residentes en Madrid oscilan entre 60.000 y 80.000 personas.

1.4. Objetivos de la investigación.

1. Conocer prácticas, representaciones, normas y posibilidades de cambio en las prácticas de protección de la salud en la comunidad gitana.
2. Describir los saberes, representaciones y prácticas sobre la prevención de la enfermedad y del padecimiento, manejados por el colectivo estudiado. Se tendrán en cuenta principalmente los ámbitos de la alimentación, cuidado infantil, higiene buco-dental, conducta sexual y reproductiva y conductas adictivas.
3. Conocer las concepciones sobre el riesgo, la salud, la enfermedad, los padecimientos y la atención manejados por el colectivo estudiado.
4. Comprender las estrategias de reproducción social de los colectivos estudiados, en relación con la protección de la salud.
5. Comprender esas mismas estrategias en su relación con las características sociodemográficas y la existencia de condiciones de marginación y racismo, tal como se reflejan en aspectos residenciales y socio-económicos.
6. Conocer cómo son recibidos los mensajes de promoción de la salud procedentes tanto de los profesionales sanitarios como de los medios de comunicación (autoridad reconocida, incorporación de saberes, lugar simbólico, etc.).
7. Conocer las condiciones que inciden tanto en la recepción de los mensajes sanitarios como en las prácticas de prevención de la enfermedad y los padecimientos generadas por el propio grupo.
8. Describir las representaciones de los profesionales vinculados con la salud (personal sanitario, trabajadores sociales, educadores...) acerca de la población gitana y en particular de sus pautas de protección de la salud, y la medida en que aquéllas pueden estar incidiendo en la recepción de los usuarios gitanos de los mensajes y recomendaciones sanitarias.

1.5. Metodología

El presente estudio se realizó en el periodo comprendido entre Mayo 2006 y febrero 2007, ambos meses incluidos. Para llevarlo a cabo se han utilizado diferentes técnicas de carácter cualitativo:

- Observación participante (8 meses).
- 47 entrevistas semi-estructuradas a 52 personas de etnia gitana de diferentes edades y clases sociales. Entre ellas se han realizado dos a hombres de respeto, cuatro a pastores evangélicos (dos pastores y dos pastoras) y una a un candidato a pastor.
- 4 grupos de discusión con mujeres gitanas (tres en grupos de alfabetización ya preconstituidos y uno en grupo de mujeres mozas de una misma familia). Uno de los grupos de discusión fue de madres jóvenes (18-22 años) y los otros dos de madres entre los 25-35 años.
- 3 grupos de discusión con hombres gitanos (dos de ellos en grupos de alfabetización ya preconstituidos). Uno de ellos –en grupo de discusión ortodoxo- con hombres jóvenes (17-25 años) y los dos restantes con hombres más mayores, entre 30-50 años.
- 1 grupo de discusión mixto (hombres y mujeres del mismo grupo familiar ya preconstituido), con edades comprendidos entre 17 y 45 años.
- 3 seguimientos de casos de enfermedad.
- 10 entrevistas a profesionales (cinco del ámbito sanitario y cinco del ámbito social).

El criterio de selección de la muestra ha tenido en cuenta diferentes variables como la procedencia geográfica, la edad, el género, y la clase social⁹. Se ha dado prioridad a personas que tuviesen hijos, dado el interés expreso de la institución demandante por conocer en profundidad las estrategias de prevención de la enfermedad desplegadas entre personas adultas de etnia gitana con hijos pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas.

⁹ El modo en el que se ha clasificado la muestra, junto con la forma de dividirla en diferentes clases sociales, será explicado con detenimiento a continuación.

1.5.1. Las entrevistas realizadas

1.5.1.1. Entrevistas en profundidad

El número total de entrevistas realizadas ha sido 47. Algunas de ellas han sido realizadas en grupos, parejas o tríos, por lo que la suma de las entrevistas es menor que el número de personas entrevistadas. A continuación se presentan dos tablas con la clase social y la franja de edad de las personas entrevistadas. Los nombres de las personas son ficticios.

A lo largo del informe se irán apoyando determinadas argumentaciones con citas de algunas de las personas entrevistadas. La letra (A) siempre indicará la inicial de la entrevistadora y en el caso de que coincida con la inicial de la persona entrevistada, se empleará la letra E. Cualquier otra inicial que aparezca en la cita corresponderá a la persona entrevistada.

En la parte inferior de cada cita se especificará información relativa a la persona entrevistada (nombre ficticio, edad, clase social, estado civil y adhesión al culto evangélico o no). En el Anexo final, se adjuntan tres tablas donde se añade información relevante de las personas citadas a lo largo del informe, en caso de que se quiera profundizar en el contexto social de las mismas.

MUJERES DE ETNIA GITANA (26 personas)

Estrato social	Grupo de edad			
	Mozas (15-25)	Casadas (18-35)	Casadas (35-45)	Casadas (45-65)
Media-baja	Maite			
Media-baja	Luna, Natalia, Silvia y Fátima			
Media	Vicki			
Media	Trini y Lucía			
Baja			Sonia	Marta
Media-baja		Esther Luisa Kristina Rosa Ana (pastora) Nuria	Otilia (candidata) Elvira	Ana
Media		Petra Erika (sin hijos) Toñi Yolanda Regina Zulema	Felisa Laura (pastora)	Ximena Julia

HOMBRES DE ETNIA GITANA (26 personas)

Estrato social	Grupo de edad				
	Mozo (15-20)	Casados (15-25)	Casados (26-35)	Casados (30-40)	Respeto (60-80)
Baja	Víctor Lorenzo y				
Media	Gonzalo David				
Media	Ramón				
Media		Germán (sin hijos) Lolo Jaime Bertín Luis	José Sergio (sin hijos)	Kristian Hernando Paco (pastor) Fermín (candidato)	
Media- baja			Pedro Walter Eduardo (pastor)	Juan Lucio	
Baja		Julio	César	Nacho	
Media-baja					Quintín
Media					Iván

PROFESIONALES (10 entrevistas)

- 2 entrevistas a personal de la Asociación de Mujeres Opañel
- 1 entrevista a un profesional de la Asociación Fanal
- 1 entrevista a un profesional de Secretariado Gitano
- 1 entrevista a un trabajador social de los Servicios Sociales
- 3 entrevistas a médicos (una mujer y dos hombres)
- 2 entrevistas a enfermeras

1.5.1.2. Grupos de discusión

MUJERES (4 grupos)

- Un grupo de alfabetización de mujeres, entre 25-35 años, de clase baja, (Valdemingómez).

- Un grupo de alfabetización de mujeres, entre 25-40 años, de clase media-baja. (Barrio Carabanchel).
- Un grupo de alfabetización de mujeres, entre 18-22 años, de clase baja, (Cañada Real).
- Un grupo de mozas, entre 17-27 años, de clase media-baja (Barrio Fuencarral).

HOMBRES (3 grupos)

- Un grupo de alfabetización de hombres, entre 30-50 años, de clase media-baja (Carabanchel).
- Un grupo de alfabetización de hombres, entre 30-50 años, de clase baja (Hortaleza).
- Un grupo de hombres jóvenes, entre 17-25 años, de clase media.

MIXTO (1 grupo)

- Un grupo familiar, con edades entre 17-45 años, de clase baja y media, (barrio Fuencarral).

2. MODELO DE DIFERENCIACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA

2.1. Los criterios de clasificación social

Dadas las dificultades que ha supuesto realizar una clasificación en estratos social de la población entrevistada utilizando un modelo teórico a priori, hemos establecido una distinción de la misma atendiendo a la combinación de varios factores relevantes en cuanto a su relación con los distintos discursos y prácticas de salud.

A continuación, vamos a introducir los criterios que, combinados, hemos utilizado para distinguir tres clases sociales: clase baja, clase media-baja y clase media.

a) Edad y modo de vida.

A las personas mayores de 45 años, muchas de los cuales recuerdan haber crecido durante su infancia de forma nómada -ya sea vendiendo colchas, cestas o trabajando en la agricultura por periodos cortos- les suele resultar difícil delegar la gestión de su salud en la institución médica. En este sentido, algunas de las personas entrevistadas no consideran que el embarazo, por ejemplo, sea una etapa que tenga que ser gestionada por la institución sanitaria.

Las mujeres recuerdan cómo ellas y sus familiares daban a luz a sus hijos “donde las pillara”, ayudadas por otras mujeres, siendo frecuentes las situaciones en las que se afirma que al poco de dar a luz, reanudaban su camino. Este tipo de narraciones siempre aparecen asociadas con una visión de la mujer gitana como una persona fuerte, que aguanta adversidades y que no protesta. Si a lo anterior le añadimos que los hijos de estas mujeres han salido adelante y “están bien”, se comprenderá, entonces, por qué para algunos, el hecho de utilizar los hospitales para dar a luz (sin ninguna revisión ginecológica previa), es en sí mismo un signo de “modernización” y se considera como una acción preventiva.

La **sedentarización**, que afecta actualmente a todas las personas entrevistadas, ha posibilitado un contacto mucho más frecuente con las instituciones y, de hecho, los hijos e hijas de esa generación que recuerda el nomadismo afirman mayoritariamente estar

utilizando las instituciones sanitarias como gestoras de los embarazos y del cuidado de la primera infancia.

b) Experiencias de familiares y de miembros del entorno cercano.

Más adelante veremos cómo para determinados temas el conocimiento se adquiere principalmente a través de la familia, amigos y vecinos que residen cerca. En este sentido, el hecho de casarse a edad temprana (13-15 años) implica que la socialización –principalmente de la mujer- va a estar centrada fundamentalmente en el aprendizaje de las tareas domésticas –cocinar, limpiar-, dejando poco tiempo para otro tipo de aprendizajes.

El aplazamiento de la emancipación permite a las personas jóvenes tener más tiempo para establecer relaciones sociales distintas a las familiares, ampliar el periodo escolar y considerar una posible inserción laboral previa al matrimonio.

Por lo general, la información recibida de la familia y de las personas que residen en el entorno inmediato se complementa con la información proveniente de las instituciones conforme se asciende de clase social.

c) Lugar de residencia y capacidad de acceso a la red de transporte público.

El hecho de residir en zonas degradadas (como, por ejemplo, la Cañada Real, donde no existe posibilidad de acceder a la red de transporte público), condiciona en gran medida el tipo de vida. Por ejemplo, refuerza la dependencia de las mujeres hacia sus maridos a la hora de realizar todo tipo de gestiones (incluyendo las citas con los especialistas sanitarios). De igual modo, las mozas y los mozos residentes en dichas zonas ven sensiblemente restringida la posibilidad de acceder a espacios de ocio y de relación más amplios y diversos que los que les proporciona su entorno inmediato.

Por contraposición, el hecho de residir en barrios de viviendas en altura favorece la ampliación de las relaciones sociales y la capacidad de movimiento autónomo.

d) Acceso al mercado laboral formal.

El acceso a la economía formal favorece no sólo el establecimiento de relaciones con personas muy diversas, sino también el aumento de la autonomía y, en muchos casos, la ampliación de expectativas laborales y vitales. Además, permite dejar de realizar actividades de forma “clandestina”, las cuales implican un alto grado de incertidumbre y un miedo constante a la policía, por ejemplo, cuando se vende fruta de forma ambulante sin permiso oficial.

e) **Actividades laborales de los miembros de la familia y expectativas con respecto a sus hijos.**

El hecho de que los padres estén insertos en el mercado laboral formal favorece las expectativas de los hijos de querer trabajar en algo similar, y el apoyo de aquellos para que lo logren. Por lo general, es más común que los padres apoyen primeramente la inserción laboral de sus hijos varones, aunque hay casos en la muestra en los que se apoya indistintamente a hijos e hijas.

La procedencia geográfica de los entrevistados está relacionada con el tipo de nichos laborales que ocupan; por ejemplo, los gitanos madrileños y aquellos procedentes de la zona de Palencia, están más insertos en la vida laboral formalizada, mientras que, por lo general, los gitanos extremeños residentes en asentamientos chabolistas se dedican principalmente al chatarreo y a la venta ambulante sin permiso. Muchos de los jóvenes residentes en asentamientos chabolistas sostienen que ellos harán lo mismo que sus padres, y de hecho, desde edades tempranas, colaboran con ellos en las labores de chatarreo.

f) **Formación académica de los padres y expectativas con respecto a los hijos.**

En general, en los grupos y entrevistas analizadas, los padres sostienen querer un futuro mejor para sus hijos, por lo que afirman querer que estos estudien. Aún así, las expectativas escolares de los jóvenes guardan relación con la centralidad que se le otorgue al matrimonio¹⁰, con las expectativas de sus padres y con las relaciones que se hayan establecido con las instituciones sociales (escuela incluida).

La influencia del entorno cercano es muy relevante. Si los jóvenes están rodeados de amigos y familiares que se dedican al chatarreo, colaboran con ellos desde edades tempranas y, a su vez, consideran que el “destino” que les espera es hacer lo mismo que sus padres y casarse con una mujer gitana, por lo que el valor que se le dará a la institución escolar será escaso.

La conjunción de una buena relación con la institución escolar o con otras instituciones sociales, junto con el apoyo de los padres para la formación académica de sus hijos (no sólo apoyo discursivo, sino apoyo en la búsqueda activa de opciones escolares, la motivación explícita o la expresión del orgullo familiar porque éstos estudien) promueve una mayor permanencia en la institución escolar. De igual modo, el hecho de que

¹⁰ La centralidad del matrimonio marca muchos comportamientos realizados por miembros del colectivo, como la pronta inserción en el mercado laboral informal, el absentismo escolar, etc...

padres sin mucha formación académica se encuentren insertos en el mercado laboral con empleos manuales (por ejemplo, textil, construcción) favorece que quieran que sus hijos estudien para que puedan realizar trabajos menos dependientes del esfuerzo físico.

g) Posicionamiento subjetivo y existencia de un proyecto vital.

Otro factor clave de diferenciación social es el modo en que los sujetos explican sus comportamientos, bien haciendo referencia preferentemente a costumbres o normas sociales colectivas que consideran gitanas, o bien, los expliquen como consecuencia de decisiones individuales tomadas autónomamente en función de unas expectativas coherentes con un proyecto vital. La aparición de un lugar discursivo para el sujeto está siempre en relación con un proceso de individualización en el que éste se concibe a sí mismo, al menos en parte, como artífice de su futuro. Esta es una de las características principales que distingue a la clase media de las clases más bajas, y abre la posibilidad de asunción de un discurso de prevención de la enfermedad.

La referencia a lo colectivo representa, sin embargo, una fuerte presión social para los sujetos, y dificulta la puesta en práctica de acciones diferentes de las aceptadas socialmente. Conforme los sujetos elaboren proyectos de ascenso social, utilizarán dichas referencias colectivas únicamente para justificar determinados comportamientos circunscritos, preferentemente los relacionados con la selección matrimonial o con la preservación de la virginidad femenina.

Lo que denominamos “proyecto de ascenso social”, no es más que el establecimiento de un proyecto consciente en el que los sujetos buscan homologarse a la forma de vida de la sociedad mayoritaria, generando estrategias que conlleven una mejora de formación y/o empleo y, de este modo, optimizar sus condiciones de vida. Este proyecto consciente de búsqueda de un cambio va acompañado de un distanciamiento explícito de aquellos a quienes los entrevistados denominan gitanos “cerrados” o “antiguos”, asociados éstos a la falta de “modernidad”, la “ignorancia” y la pobreza.

En este caso, las actitudes favorables a la prevención de la enfermedad y al establecimiento de hábitos saludables se hacen patentes y no se conciben como ajenas o externas a sujetos; refiriéndose los entrevistados a los hábitos consecuentes como “lo normal”. En cambio, las personas entrevistadas que con más asiduidad hacen referencia a las normas colectivas para explicar sus prácticas son quienes consideran que determinados comportamientos, como la asistencia a revisiones médicas o la preocupación por la dieta, “no son cosas de gitanos”; expresiones éstas características

de la clase social baja.

h) Uso estratégico de las instituciones para el proceso de ascenso social.

Más adelante veremos casos en los que las expectativas de los padres con respecto a sus hijos y con respecto a sí mismos no se pueden desvincular de las relaciones que se hayan establecido previamente con instituciones sociales, ya sea la institución escolar, los servicios sociales, IRIS, etc.

Por lo general, las personas que tienen expectativas de ascenso social son las que establecen un uso estratégico de las instituciones para lograr sus objetivos, en el sentido de concebir, por ejemplo, los cursos de alfabetización o de formación profesional como una posibilidad de mejora. De lo anterior proviene un cambio en el tipo de identificación/relación con las instituciones sociales y/o asociaciones, que dejan de ser concebidas como agentes "externos" que proponen la asunción de comportamientos considerados como ajenos, para pasar a ser concebidas como aliadas o colaboradoras estratégicas para la consecución de determinados objetivos personales. Así, por ejemplo, las personas con expectativas de cambio de empleo a través de una mayor formación, al tener un objetivo vital individual, conciben los recursos estatales más en términos de posibilidades que en términos de dependencia.

i) Asistencia al culto evangélico

El proceso de individualización del que se viene hablando también está relacionado con la legitimación por parte de la comunidad gitana de la Iglesia Evangélica o "culto". La comunidad gitana está generando una estrategia propia de ascenso social con la Iglesia Evangélica como institución mediadora. La integración en el culto o Iglesia Evangélica se ha analizado en este estudio como un elemento de ascenso social característico del colectivo gitano, donde se generan valores (o se resignifican valores ya existentes en el colectivo) y representaciones que orientan a la población, entre otras cuestiones, hacia el abandono de determinados hábitos perjudiciales para la salud, como el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas y, por tanto, coherentes con el auto-cuidado en salud que se busca promover desde las instituciones sanitarias. En el apartado dedicado a la iglesia evangélica presentamos algunas hipótesis provisionales sobre cómo esta institución propicia que se aproximen a ella feligreses que están buscando o iniciando una mejora de sus condiciones de vida, y que, por tanto, se encuentran en un proceso intencionado de ascenso o cambio social.

2.2. La clasificación de la muestra en clases sociales

En el apartado anterior, se ha puesto de manifiesto como la edad, el lugar de residencia, las posibilidades de movilidad y ascenso social, las experiencias laborales y las expectativas familiares, influyen en la caracterización de los diferentes grupos sociales. A continuación presentamos una diferenciación de la muestra en tres clases o segmentos sociales (baja, media-baja y media), que se corresponden con el modo en que los sujetos entienden el cuidado de la salud.

El paso de la clase baja a la media, además de con los aspectos mencionados, está ampliamente relacionado con la modificación del peso relativo otorgado en los discursos de los entrevistados a las referencias a normas y comportamientos colectivos (característica principal de las dos primeras clases sociales), dejando mayor espacio a las referencias relativas a unos objetivos individuales coherentes con los proyectos vitales.

2.2.1. La clase social baja: la importancia de los comportamientos aceptados socialmente

Por lo general, las personas pertenecientes a esta clase social residen en asentamientos chabolistas o han sido realojados recientemente, y realizan actividades laborales fuera de la economía formal (chararreo, venta ambulante, etc.). Además, no tienen expectativas de cambio social y responden a las preguntas como si concibieran que su destino estuviese ya preescrito, en el sentido de que aparece naturalizada la reproducción social de las mismas actividades que realizan los padres y personas del entorno cercano. Así mismo, las personas entrevistadas esencializan o “culturalizan” los comportamientos del colectivo al que pertenecen con afirmaciones del tipo “los gitanos no somos como los payos” o “los gitanos no vamos al médico”.

En esta clase social nos encontramos con una tendencia discursiva, por parte de los entrevistados, que establece continuamente diferencias entre los comportamientos “gitanos” y los comportamientos “payos”. La referencia a los comportamientos aceptados socialmente por el colectivo para explicar sus prácticas cotidianas deja poco lugar para expectativas individuales diferentes a aquellas ya prescritas.

Casi todo lo que se hace parece estar ya dictado por las normas sociales. La mayoría de los comportamientos se explican haciendo referencia a las costumbres, “a lo de siempre”, como justificación de la importancia de que las cosas sigan igual. Además, aparecen continuas referencias a la “ley gitana”, principalmente en lo relativo a la

preservación de la virginidad femenina antes del matrimonio, al mantenimiento de determinados roles de género y a la importancia de tener una “boda gitana”.

Las personas pertenecientes a esta clase social no consideran que se necesite ningún tipo de cuidado de la salud específico antes de que aparezca algún síntoma o proceso acompañado de intensos dolores. Por tanto, la concepción del cuidado será mayoritariamente paliativa, muy centrada en el uso de fármacos o medicamentos – apreciados principalmente por su *efectividad*- para poder continuar con las actividades cotidianas, las cuales garantizan la reproducción social del grupo cercano. En relación a lo señalado, no se suele considerar a las instituciones médicas como gestoras de los padecimientos, a no ser que los procesos dolorosos o incapacitantes que los acompañan sean acusados y los miembros del entorno cercano no sepan cómo solucionarlos.

Todo lo anterior se encuentra relacionado con la organización de las actividades laborales y de cuidado dentro de una lógica temporal mucho más inmediata que la que prevalece en la sociedad mayoritaria.

2.2.2. La clase social media-baja: delegación en la institución sanitaria para ámbitos concretos.

En esta clase social estarían aquellas personas que aún residiendo junto a las de clase social baja, sí que consideran importante delegar en la institución sanitaria determinadas prácticas preventivas, como pueda ser el seguimiento del embarazo y el cuidado infantil. En todo lo demás, sin embargo, tienden a compartir las visiones sobre la salud propias de la clase social baja y, en general, prevalecen las referencias a las normas socialmente aceptadas para explicar los comportamientos.

Más adelante veremos cómo los padres y las madres de estas dos clases sociales no consideran que tengan excesiva capacidad de influencia en la educación de sus hijos e hijas en temas relativos a relaciones sexuales o al consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, drogas). Sostienen que aprenderán sobre estas temáticas del mismo modo que ellos lo hicieron, es decir, principalmente en la relación con su grupo de iguales.

2.2.3. La clase media: la importancia del desarrollo de un proceso de individualización para la asunción de los hábitos saludables

En la clase media, las personas entrevistadas responden a las preguntas homologándose a la sociedad mayoritaria en cuanto a sus deseos de inserción laboral y social. Los hábitos saludables son concebidos, en palabras de los entrevistados, como “lo normal”, y se afirma tenerlos en cuenta en el día a día.

Esta tendencia coincide con el establecimiento de un distanciamiento explícito con respecto al estereotipo de los “gitanos ignorantes”, “cerrados” o “antiguos”, y con la asunción de prácticas coherentes con un proyecto de ascenso social.

Estas personas suelen residir en barrios en altura y estar insertas en el mercado laboral formal o en proceso de formación académica con el propósito de acceder al mismo. La relación con las instituciones sociales suele ser concebida dentro de una lógica utilitaria, dado que se recurre a ellas para lograr una mejora en el nivel educativo, laboral y social.

Por tanto, las variables más significativas en la conformación de esta clase social proceden de una combinación entre la existencia de expectativas de mejora o cambio social, la inserción laboral y una forma diferente de establecer relaciones con las instituciones sociales.

Las referencias a las normas sociales colectivas son mucho menos frecuentes que en las clases sociales anteriores y aparecen únicamente con relación a determinadas temáticas concretas (generalmente la primacía de la virginidad femenina y las normas matrimoniales). Por tanto, suele aparecer aquí una combinación entre la referencia a determinadas “normas gitanas” y unas expectativas más personales en las que priman las decisiones individuales. Los hábitos saludables aparecen legitimados en los discursos y no se consideran ajenos al modo de vida actual o al que se quiere llegar.

Se ha ampliado la concepción del cuidado de la salud más allá de una visión puramente paliativa y las personas entrevistadas dicen estar “cuidándose” de diversas maneras, ya sea controlando la alimentación, haciendo deporte, yendo a revisiones médicas para el control del colesterol, etc. Asimismo, padres y madres consideran muy importante transmitir información a sus hijos sobre todos los temas, y se perciben a sí mismos como una influencia determinante para que en el futuro no consuman sustancias adictivas.

3. LAS VISIONES CON RESPECTO A LA SALUD Y AL CUIDADO DEL CUERPO EN LAS DIFERENTES CLASES SOCIALES

3.1. El cuidado de la salud en las clases bajas y medias bajas.

3.1.1. La concepción de la salud y el cuidado

Para las clases sociales aludidas, es importante señalar cómo la organización social gira en torno a las diferentes construcciones sociales de la masculinidad y la feminidad, siendo la institución del matrimonio la que marca el paso a la etapa adulta y la que orienta la trayectoria vital de hombres y mujeres.

La preservación de la virginidad femenina y el desempeño de las funciones inherentes a los estereotipos – socialmente aceptados - de mujer “gitana honrada” y de “hombre gitano”, influyen significativamente en las prácticas preventivas y en la recepción de los mensajes sanitarios.

Las preocupaciones sociales giran en torno al seguimiento de las normas sociales aceptadas por la comunidad, en cuanto a la evitación de todo aquello que pudiera amenazar la reproducción social del grupo. Los comportamientos reprochables socialmente (abuso de drogas, adulterio femenino, pérdida de la virginidad femenina previa al matrimonio, etc.) no sólo acarrearán la deshonra individual, sino que desencadenan una “ruina” para toda la familia, generando consecuencias de rechazo social que alcanza a toda la familia extensa. Del mismo modo, las normas que orientan el comportamiento socialmente aceptado filtran la recepción de los mensajes sanitarios, puesto que la acción individual se supedita a sus posibles repercusiones sociales.

A este respecto, la concepción del “cuidado” -representativa del modelo preventivo promulgado por las instituciones sociales y sanitarias mayoritarias, asociada con el cuidado individual de la salud- cobra sentido para estos grupos en relación a la evitación de los comportamientos socialmente reprobables. Incurrir en tales comportamientos (drogodependencia, adulterio femenino, por ejemplo) genera graves consecuencias para el colectivo, a partir de las que se instalan estrategias sociales o individuales orientadas a solucionar dicho problema. Es en este punto cuando aparece el término “cuidado” con un significado homologable al de “curación”.

A: *Pero, por ejemplo, si yo te pregunto, ¿qué cosas son importantes para estar bien?*

J: *Yo es que no pienso en nada. Yo vivo, como, disfruto, bebo, hago de todo...*

A: *O sea, que no te planteas lo de que tengas que hacer algo para cuidarte.*

J: *No, porque yo no me veo así en una cosa que decir “Te veo, me veo mal”, que te ves mal o... te ves mal, porque eres una persona endrogada, que no eres una persona así, pues entonces sí dices, pues: “Eh, mira cómo estoy. Voy a intentar de cuidarme que estoy mal”. Pero yo soy una persona sana, soy una persona sana que no hago nada, yo fumo tabaco nada más, ¿me entiendes? Una persona de mi trabajo, de mis hijos.*

(Julio: Hombre, 22 años, clase baja, residencia en chabolas en Villaverde hasta que recientemente fue realojado con su esposa e hijos a piso en barrio de Entrevías. Chatarrero. A veces asiste al culto.)

Por tanto, no se considerará que las personas tengan que “cuidarse” si no incurren en dichos comportamientos rechazados desde el grupo.

La expresión “cuidado” no sólo aparece con un sentido curativo, sino que también es utilizada con un significado preventivo. Por ejemplo, los sujetos tienen que (deben) “cuidarse de” (evitar) realizar determinados comportamientos.

Llegados a este punto, es importante señalar la dificultad con la que en los primeros momentos nos encontramos para generar información relevante a partir de la realización de entrevistas a personas de estas primeras clases sociales. La diferente concepción del cuidado del cuerpo y de la salud entre investigadores y entrevistados, puede conllevar un planteamiento sesgado y/o etnocéntrico de las preguntas planteadas por los primeros. Un ejemplo de este error de planteamiento sería la pregunta –tantas veces formulada al comienzo de esta investigación– “¿tú te cuidas?/ ¿haces algo para cuidarte?”. Esta forma de preguntar presupone, claramente, que en el centro de la prevención de la enfermedad ha de haber un sujeto “racional” -clave en la lógica preventivista legitimada en la sociedad mayoritaria- que oriente sus comportamientos hacia el “cuidado de sí mismo”. Dado que, como ya hemos apuntado, en estas dos primeras clases sociales no aparece en los discursos un espacio para el sujeto individual y, dado que siempre se alude a los comportamientos individuales con expresiones en plural, las preguntas realizadas por los investigadores no conseguían generar información relevante.

Ante este modo de preguntar, que, como se descubrió más adelante en el proceso de investigación, no conectaba con los ejes organizadores de la experiencia de estas clases sociales, se producían continuamente respuestas del tipo: “es que los gitanos no nos cuidamos”, “los gitanos de la Jungla no vamos al médico”, “somos unos dejados”, “es que somos muy vagos”, “los gitanos somos así, no vamos al médico”. Este tipo de

expresiones nos podrían haber llevado, en el caso de haberse tratado de una investigación de corta duración temporal o de no haberse contrastado los datos hallados en las entrevistas con los procedentes de la observación, a reforzar estereotipos del tipo “los gitanos no se cuidan”, basados en una concepción de la población estudiada como irracional.

Por este motivo, es imprescindible subrayar que la posición del “sujeto individual”, al menos asociada a la salud, no encuentra un correlato claro en la población de estas dos clases sociales (baja y media-baja), puesto que la experiencia se articula en torno a un “sujeto en plural”, dado que los comportamientos individuales siempre tienden a ser explicados o referidos a las normas propias del colectivo gitano.

Al hilo de estos comentarios, realizaremos una pequeña reflexión sobre un término ampliamente encontrado en estas dos clases sociales: el de “dejadez”.

La idea de la “dejadez gitana” es transversal tanto a la clase baja como a la media, aunque con matices diferenciales. Aunque en la clase media el concepto de la salud se amplía y aparece una idea de cuidado del cuerpo que incluye determinados hábitos preventivos individuales, los gitanos seguirán calificándose a sí mismos como “dejados” cuando se haga evidente un área –introducida por el investigador- a la que reconocen no estar prestando atención.

A. Nosotros, por ejemplo, vamos una vez al año al dentista a que nos miren... ¿Eso lo hacéis vosotros?

E. No... Sólo cuando es necesario, para los médicos somos muy dejados. No para los bebés, pero para nosotros sí... Mi madre ha estado muy mala. Ya fue cuando vio que se estaba muriendo. (...)

A. ¿Pero por qué no fue antes...?

E. Porque somos muy dejados, pensamos que no tenemos nada..., que somos gitanos... Eso lo dice la mayoría... (...)

(Erika: mujer, 24 años, clase social media. Barrio Fuencarral. Cristiana.)

Esta idea de “dejadez” atribuible genéricamente a la comunidad gitana por sus propios miembros, reaparece sintomáticamente en los discursos que manejan algunos/as de los profesionales socio-sanitarios que trabajan en contacto con la población gitana de clase baja y de clase media-baja.

Cabe señalar que la aparición de dicha noción siempre ha sido registrada cuando miembros del colectivo se comunican con profesionales. Pareciera que expresiones del tipo “somos unos dejados”, “no hacemos nada”, “no vamos al médico”, actúen como una suerte de auto-asunción discursiva de aquellos calificativos que se espera recibir

por parte de los/as profesionales. Este proceso de circularidad discursiva, siempre perjudicial para los grupos más vulnerables socialmente, ha sido descrito por algunos autores en términos de mecanismos de auto-reproducción de la exclusión (Sayad, 2004; Goffman, 1963). En el caso que nos ocupa, esta auto-inculpación es un importante mecanismo que no sólo bloquea el proceso comunicativo con los/as profesionales, sino que retroalimenta determinados prejuicios basados en una idea de pasividad y falta de autonomía del colectivo.

A lo largo de este documento intentaremos desmitificar la idea de que la población de etnia gitana es “dejada” en lo referente al cuidado de la salud, mediante la reconstrucción de algunas de las condiciones de posibilidad que influyen en que se prioricen determinados aspectos del cuidado de la salud y no otros.

Es importante no olvidar que tanto en la clase baja como en la clase media-baja prima una organización de las actividades cotidianas en el corto plazo y una gestión de las tareas cotidianas (preparación de alimentos, abasto de ropa y enseres, etc.) ajustada a los ingresos generados en el día a día, principalmente por los varones. Esta forma de organización de la cotidianeidad, centrada en la solución en el corto plazo de los problemas, también está relacionada con un tipo de cuidado de la salud que excluye o elude una planificación a largo plazo de las prácticas.

En las conversaciones con diferentes personas de los asentamientos chabolistas es común escuchar afirmaciones del tipo “*los payos [no gitanos] sois unos exagerados*”, dando a entender que la planificación individual y a largo plazo de la salud, junto con determinadas formas de consumo sanitario (visitar al médico para cosas menores, coger cita con meses de antelación para temas que no conllevan incomodidad, etc.), conlleva cierto sinsentido para estas clases sociales.

La situación de déficit de salubridad en los asentamientos chabolistas madrileños ha sido descrita en los últimos años desde varios estudios¹¹, por lo que no nos vamos a detener en su descripción detallada, aunque recordaremos algunas de sus características en la medida que sea necesario para apoyar algunas partes de nuestro análisis. En estos documentos se hace hincapié en las condiciones que imposibilitan el

¹¹ “Situación de los asentamientos marginales del área sanitaria 1”. (2006) SaludMadrid, IRIS, Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid, MadridSalud y otros. Documento mimeografiado.

“Análisis de la realidad de Cañada Real Galiana (Villa de Vallecas)”. (2006) IRIS, EDES, Asociación El Fanal, ACCEM y otros. Documento mimeografiado.

“Acceso a los servicios sanitarios de la población en los asentamientos marginales en la Comunidad de Madrid. Cañaveral, Mimbrenas, Salobral, Plata y Castañar, Santa Catalina, Vereda del Pan y Agua, Quinta, Pitis y Barranquillas”. (2005) Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

acceso tanto a los recursos socio-sanitarios como a los educativos (problemas de movilidad, falta de documentación, inexistencia de infraestructuras básicas –agua, electricidad, alcantarillado, recogida de basuras, etc.).

Es en este contexto donde la dificultad para asumir determinadas prácticas preventivas de la sociedad mayoritaria se hace patente, dado que su atención supondría no sólo un coste económico añadido, sino el descuido de algunas de las actividades cotidianas que posibilitan la supervivencia del grupo.

Tanto en la clase baja como en la media-baja, determinados hábitos saludables como la realización de deporte o el cuidado de la dieta –hábitos que se realizan con continuidad temporal- se conciben como ajenos al modo de vida de los entrevistados, y se relacionan inmediatamente con un “acostumbramiento” o “adaptación” inherentes al adiestramiento “payo”, estilo de vida caracterizado por una posición económica y social percibida como ajena o distante al contexto social más inmediato.

A: ¿Haces algo para estar bien de salud?

C: Uf, es que eso, no... Nosotros nos cuidamos a nuestra manera. Nosotros no estamos comprando que si zumos, que si yogures, que si deportes, nada, ¡nosotros, nada!

(César: Hombre, 26 años, clase social baja, residente en asentamiento chabolista Cañaverál. Chatarrero. No cristiano.)

S: Mira, de esa manera, a lo mejor yo estoy hablando con esta, y me dice “oye, que te huele el aliento”, y a lo mejor ya ahí hacemos caso, porque nosotras somos muy claras, somos muy así, “¡ay, Mari, qué mal que te huele el aliento!”, y ya tenemos ahí esa precaución de lavarnos y tal. Pero decir todos los días como los payos muchas veces, a la hora de la comida, a la hora de la cena..., no lo hacemos...

(Silvia: mujer, 23 años, clase social media-baja, residente en chabola en barrio Fuencarral. Madrileña. Empleada como reponedora en Alcampo. Soltera. No cristiana)

En estas clases sociales la referencia a las “costumbres” y a la perpetuación de comportamientos que han sido “siempre así”, aparece como justificación suficiente para rechazar determinadas conductas que situarían simbólicamente a las personas entrevistadas más cerca de un modo de vida que conciben como ajeno.

Por tanto, todos aquellos comportamientos que requieran una planificación temporal a largo plazo, o un “acostumbramiento”, son descartados de forma “natural”, aduciendo comúnmente que las personas que residen en el mismo entorno realizan comportamientos similares, hecho que reafirma la validez de los comportamientos propios.

A: ¿Y tú con tus hijos a ti sí te importa que se los laven? [los dientes]

C: *¡Hombre!..., ellos no están adaptados como digo yo, como vosotros, antes de acostarse lavarse los dientes, no, ¡ellos no están adaptados a eso! Se los lavan como cosa de niños, pero vamos, más para delante, estando en un pisito, ¡pues ya es otra cosa!*

A: *¿Sí crees?*

C: *Vamos, porque ya cogen la costumbre de los vecinos, pero estando aquí, ¡no!*

A: *¿Porque no se los lava ninguno?*

C: *Efectivamente, ningún niño.*

(César: Hombre, 26 años, clase social baja, residente en asentamiento chabolista La Jungla. Chatarrero. No cristiano.)

En este sentido, son importantes las referencias que los entrevistados realizan sobre el entorno geográfico inmediato. Por ejemplo, los residentes en el Cañaveral asocian sus comportamientos no sólo a su grupo étnico, sino también a su lugar de residencia.

Z: *Las gitanas de la Jungla no vamos al médico... aquí no hay revisiones... [Risas]*

A: *No, sí sois duros.*

Z: *No hay otro como el gitano. Bueno, es que hay gitanos que van [al médico], pero los de la Jungla casi muchos no.*

(Conversación grabada con mujer de 16 años, hija de mujer residente en La Jungla)

La potente asociación encontrada en los discursos de algunas de algunas personas pertenecientes a estas dos clases sociales entre la etnicidad, el lugar de residencia y el modo de vida, hace que en el imaginario colectivo el único modo en que los sujetos consideren la posibilidad de modificación de hábitos esté relacionado con un cambio de residencia a barrios en altura a través de las políticas de realojo. En este sentido, todos los entrevistados que han aludido a este tema afirman preferir residir en barrios donde no sólo haya gitanos, dado que de este modo podrían asimilar comportamientos de personas con diferentes costumbres.

Con relación a lo anterior, la consecución de una vivienda en altura¹² se construye como un verdadero hito simbólico que marcaría un esperado cambio de vida. Únicamente cuando los entrevistados se ven a sí mismos cambiando de residencia son capaces de imaginarse comportándose de otro modo.

¹² A través de las políticas de realojo, de las que todos los entrevistados de estas clases sociales están muy pendientes, principalmente a raíz de su relación con trabajadores sociales, ya sean estos de IRIS, de ONGs o de los Servicios Sociales.

P: Yo empiezo a cambiar cuando me den el piso. (...) También lo digo..., que mi familia se enfada conmigo, que conste ahí. Yo siempre digo, cuando me den el piso y viva como los payos... yo no voy a renegar de lo mío, pero la forma de vida te va a cambiar, con una vivienda y con un trabajito, no voy a estar viviendo aquí en una chabola con cuatro paredes.

(Pedro: hombre, 25 años, clase social media-baja, residente en chabola en Barrio de Fuencarral. Chatarrero. No cristiano.)

3.1.2. “Estar sano” = “Estar fuerte”

Tanto en la clase baja como en la media-baja se ha observado cómo la afirmación de la identidad gitana pasa frecuentemente por la presunción de una fuerza constitutiva intrínseca, que conllevaría la relativa invulnerabilidad del cuerpo frente a las agresiones exteriores. Cabe establecer la hipótesis de que semejante afirmación de fortaleza racial o étnica pudiera ser un mecanismo simbólico que ha permitido a la comunidad gitana reproducirse socialmente en situaciones en las cuales la autogestión de la enfermedad era inevitable, debido a las precarias condiciones de vida o a la dificultad de acceso a recursos médicos institucionalizados.

Esta idea de la fuerza gitana está vinculada con el estado de plenitud necesario para poder desarrollar las actividades productivas sin las cuales la subsistencia de la familia se vería amenazada. “Estar sano”, por tanto, cobra sentido como condición de posibilidad para la continuidad de dichas actividades cotidianas; en consecuencia, sólo se consideran relevantes y trascendentes aquellos padecimientos que obligan a interrumpir la actividad.

Las mujeres incluyen en su definición de “estar bien” o de estar sanas la posibilidad de realizar tareas tales como “hacer la casa”, la comida, así como lo relativo a cuidar a otros. Los hombres, por su lado, mencionan principalmente las capacidades físicas necesarias para realizar su trabajo fuera del hogar.

A. ¿Y si yo te pregunto qué es estar sana?

E. No estar enfermo... no quejarte de nada... estar sano es eso, ¿no? Cuando estás enfermo es cuando no puedes levantarte a cuidar los niños... Pues si puedes cocinar, estás bien.

(Esther: mujer, 19 años, clase social media-baja, residente en La Jungla. 2 hijos. No cristiana.)

En general, y con respecto a la asistencia médica, nos encontramos con una conducta diferencial de género, dado que en los discursos de los varones la fuerza gitana se traduce en una resistencia particularmente notable al acceso a los servicios sanitarios. Recurrir al sistema sanitario parecería una confirmación de debilidad constitucional, en

la medida en que pondría en entredicho la “fortaleza física” del hombre gitano, así como la autonomía con respecto a la gestión del propio cuerpo. Son frecuentes las narraciones en las que los entrevistados afirman que a ellos “hay que obligarles por la fuerza” a ir al médico.

A: *¿No te gustan los médicos?*

C: *A lo mejor, digo yo, me hago aquí lo que es una grietita, me quito dos puntos, y nada, ¡le meto un vendaje y fuera!, y sola sana.*

A: *¿Cuál es la última vez que has ido al médico?*

C: *Pues hace mucho, que fui cuando me echaron puntos aquí, que fue un accidente de tráfico, pero hace dos años o así... Y fui, porque me obligaron, ¡Si no, no!*

A: *¡Pues es un buen corte!*

C: *¡Sí! Y el que me pegué aquí y en la cara...*

A: *¿Y quién te obligó?*

C: *Mi mujer, mis cuñados... (...) Nosotros cuando nos pasa algo, siempre vamos lo más último, cuando vemos los más fuertes, que van porque tienen que ir por fuerza, vamos, sí no, ¡nada!*

(César: Hombre, 26 años, clase social baja, residente en asentamiento chabolista La Jungla. Chatarrero. No cristiano.)

Como podemos ver al final de la cita anterior, muchas son las personas de esta clase social que sostienen, generalizando a los miembros de todo el colectivo gitano, que “*los gitanos siempre vamos al médico al final*”, cuando el dolor o la incapacidad son muy acusados¹³.

Mientras ese estado de gravedad no se presente las personas de estas clases sociales (baja y media-baja) no son propensas a delegar en la institución sanitaria la gestión sus padecimientos¹⁴.

A: *¿Por las enfermedades graves se va siempre al médico?*

S: *Mira, yo te voy a decir una cosa, a lo mejor un gitano, lo sé porque somos así, nosotros a lo mejor nos hacemos una herida, y mientras no se vea el tendón y el hueso, no vamos. Nos pasan a lo mejor las enfermedades muy malas porque lo dejamos. Lo dejamos, somos muy burros.*

A: *¿Por qué cosas se va al médico?*

¹³ Hecho que Boltanski (1975) define como característico de las clases populares francesas.

¹⁴ Autores conocidos como Luc Boltanski (1975), en su obra “Los usos sociales del cuerpo”, reflexionan sobre cómo las mismas sensaciones mórbidas requieren un aprendizaje para ser expresadas en síntomas, y analiza cómo en la medida que se asciende en las categorías socio-profesionales, no sólo se explican los síntomas de acuerdo a términos generados por la ciencia médica sino que hay un mayor consumo médico (se acude mucho más frecuentemente a la consulta médica, sobreinterpretando síntomas como padecimientos graves).

N: *Cuando tengamos la tripa por fuera.*

L: *Cuando es grave sí se va.*

S *Porque mientras, no vamos, te lo juro.*

F: *Cuando nos duele algo, cuando nos da un dolor, cuando nos duele la cabeza.*

L: *Pero luego, a última hora.*

F: *Pero ya cuando nos estamos muriendo del dolor, mientras, no.*

(Natalia, Silvia, Luna y Fátima. Grupo de discusión de mozas. Clase social media-baja. 24, 23, 19 y 17 años. Residentes en chabola. Barrio Fuencarral. Solteras. No cristianas.)

Del mismo modo, varios entrevistados también afirman que la fortaleza o dureza es una de las características definitorias de la población infantil, la cual consideran, incluso, que se pone muy pocas veces enferma, teniendo en cuenta los entornos precarios en los que vive.

A: *¿Están acostumbrados [los niños]?*

N: *Ya están acostumbrados, ya nada.*

A: *Son duros también.*

N: *¡Uyyyy, y duros!, de verdad, ¡madre mía, son piedras! Estos son..., pero duros, duros... Hay uno que le llaman por ahí el Samurai, mira aquél, aquél, el de verde. [Risas]*

(Nacho: hombre, 43 años, clase social baja, residente en La Jungla. Chatarrero. No cristiano)

La edad es un factor que en las narraciones de las personas entrevistadas se asocia con la garantía de poseer salud y fortaleza. Se considera, de manera generalizada, que las personas jóvenes, recién casadas, son personas sanas y fuertes y, en cierto modo, inmunes a la enfermedad.

S. *Sí, lo que aquí, las que están casadas y eso tienen mucha salud, ¿sabes? A lo mejor tener enfermedades raras, ninguna. Un dolor de cabeza, un dolor de piernas...*

A: *¿Y para eso?*

S. *¡Para eso no vas! [al médico] Para eso se tiene tratamiento en casa. Se toman una pastilla, ¡y andando!*

(Sonia: mujer, 45 años, clase social baja, residente en chabola. Valdemingómez. No cristiana.)

3.1.3. Autogestión del dolor

En estas clases sociales prácticamente se delega en el médico sólo la gestión de los padecimientos que de los niños. Por lo demás, existe una gran autonomía del sujeto, quien, por lo general, intenta solucionar los procesos que cursan con dolor recurriendo a la medicación que se supone efectiva.

Es con relación a los casos de autogestión del dolor donde se despliegan las estrategias de automedicación del grupo, siempre en torno a una lógica centrada en conseguir la continuidad de las actividades productivas (tanto las del ámbito del cuidado familiar como las del ámbito laboral). La enfermedad no aparece conceptualizada en términos técnicos y sólo se describe con cierta profundidad cuando ha sido grave o se ha prolongado durante un largo periodo de tiempo. Los comportamientos se orientan a superar los síntomas lo más rápido posible, por lo que se le da gran importancia al efecto paliativo de los medicamentos.

Cuando el individuo no sabe qué medicamento tomar, se recurre primeramente al entorno inmediato, recayendo la autoridad en amigos y/o familiares. En varios relatos se afirma recurrir a las madres o esposas para pedir consejo sobre qué medicación tomar, ya que se considera que son las que más saben sobre los medicamentos, al ser las encargadas del cuidado de la unidad familiar.

A la hora de describir la enfermedad, los entrevistados de clase baja y media-baja van nombrando las diferentes partes del cuerpo aquejadas por el dolor (piernas, muelas, cabeza...); no describen la enfermedad o dolencia en términos médicos. Tampoco se nombran los medicamentos por su nombre técnico o comercial, y se usan algunos identificativos como “sobres de menta”, “los de la caja verde”, para referirse a ellos. No aparecen nunca narraciones sobre los posibles efectos secundarios de la medicación y se confía totalmente en la experiencia que personas cercanas han tenido con esos medicamentos.

E. Yo sí, porque si no me duelen mucho las muelas.

A. ¿Te duelen?

E. Sí.

A. ¿Y has ido al médico, o cómo haces?

E. Me tomo las pastillas y ya está. Me voy a la farmacia y les pido las pastillas de las muelas y ya está. Los sobres de menta [Espidifen], los tengo ahí.

(Esther: mujer, 19 años, clase social media-baja, residente en La Jungla. 2 hijos. No cristiana.)

Sólo cuando las personas del entorno inmediato no ofrecen soluciones efectivas, vía medicación, se acude a la farmacia como segundo lugar legitimado en busca de conocimiento experto y asesoramiento acerca de la medicación a tomar.

A: *¿Qué pastillas te tomaste?*

M: *Yo no sé cómo se llama eso, una chiquitita blanca.*

A: *¿Y cómo sabías que esas pastillas eran buenas?, ¿te lo había dicho el médico?*

M: *No, fue a la farmacia [mi marido], me las compró, me las tomé y mano santa, lo que no hicieron en el hospital, me lo quitó las pastillas esas, no sé cómo se llaman.*

(Marta: mujer, 49 años, clase social baja. Residente en La Jungla. 6 hijos. No cristiana.)

En consecuencia, no se considerará necesaria la búsqueda de consejo médico si las dos estrategias anteriores logran su objetivo, esto es, acabar con los síntomas.

A. *¿Y tú para qué irías al médico?*

E. *Pues cuando tenga un dolor, cuando esté mala, pues tendré que ir, ¿no?*

(Esther: mujer, 19 años, clase media-baja, residente en La Jungla. 2 hijos. No cristiana.)

En general, se considera necesario acudir a la consulta médica sólo cuando no existen propuestas en el entorno cercano para su diagnóstico y tratamiento y, además, en caso de que los síntomas interfirieran sensiblemente en el curso normal de la vida cotidiana.

La percepción subjetiva de gravedad se traduce en una angustia particularmente extrema, ya que el fantasma de la muerte se actualiza con facilidad; podría decirse que la actitud se torna fuertemente hipocondríaca. Las enfermedades más temidas, y que se sospechan con facilidad ante síntomas inusuales son principalmente el cáncer y el SIDA. Veamos cómo en la siguiente cita el dolor inusual se asocia inmediatamente con la posibilidad de la muerte.

A: *¿Tú vas al médico?*

P: *No, no, yo para mí, lo que es para mi cuerpo no.*

A: *¿Por qué?*

P: *Yo si tengo que morirme, que muera en mi casa, ahora, yo tengo un familiar o lo que sea que veo que está así enfermo, soy el primero que lo quiere llevar, pero yo para mí... Me da cosa.*

A: *¿La última vez que has ido al médico para ti cuándo ha sido?*

P: *Tenía un dolor enorme, y ahí me tuvo que coger mi tío y yo, 'que no y que no', '¿que no?, verás, llamó a cuatro o cinco, me metieron a la fuerza en el coche y me llevaron, pero a la fuerza, ¿eh? Y me decía la chica: "esto tiene pinta de apendicitis", y yo: "¿qué dices?, ¿apendicitis?, quita, que me voy a mi*

casa, ¡sí muero que muera en mi casa!”. Y luego dijo que no, que era un broma...

(Pedro: hombre, 25 años, clase social media-baja, residente en chabola en Barrio de Fuencarral. Chatarrero. No cristiano)

Es ante la sospecha de estas enfermedades cuando se moviliza todo el grupo y se busca atención médica especializada. Es un momento caracterizado por una extrema ansiedad colectiva.

3.1.4. La lógica del “quitado”

En relación con la concepción de enfermedad expuesta, encontramos recurrentemente la idea de *suciedad* o de “*estar podrido por dentro*”, que se relaciona con padecimientos en estado avanzado que derivan en el deterioro del cuerpo físico.

Esta forma de entender la enfermedad encaja perfectamente con las estrategias que se siguen para abordarla, que casi siempre pasan por la lógica del “quitado”, que se refiere, tanto a la “curación” proveniente de la extracción de las partes corporales dañadas (ej.: una muela) como a la extracción de aquellos males o hábitos que afectan a la reproducción social del grupo.

J: [Hablando de las muelas picadas] A mí me se pica algo y voy a que me lo quiten y ya está. Que me lo curen. Tengo un diente podrido o algo así, que me lo quiten y ya está.

(Julio: Hombre, 22 años, clase social baja, residente en piso en Barrio de Entrevías. Chatarrero. A veces asiste al culto.)

3.1.5. La relación con el sistema sanitario

Con respecto a los niños, la mayoría de los adultos de clase baja y de clase media-baja afirman ir a la consulta médica en cuanto se observa algún comportamiento extraño en ellos. Este hecho contrasta con el déficit de acceso en los adultos.

A: ¿Qué médico te gusta a ti más, sabes la diferencia entre un médico del hospital o el de cabecera?

M: A mí me da igual uno que otro, porque para mí a penas, voy para los niños cuando se ponen malitos..., pero ¡uf!, de año en año. A lo mejor tiene fiebre la niña, pero le doy un poquito Darsy y a lo mejor se le quita.

A: ¿El Darsy lo usáis para la fiebre?

M: Sí, para la fiebre o para los dolores de muelas que nos han dicho los médicos que también sirve.

(Marta: mujer, 49 años, clase social baja. Residente en La Jungla. 6 hijos. No cristiana.)

En cuanto a los adultos, ya se ha comentado previamente que prima la autogestión del dolor –a través del grupo o la búsqueda de medicación efectiva en la farmacia- para posibilitar la continuidad de las actividades cotidianas. Si tras la auto-medicación no se ha aliviado el dolor, se acude a la consulta médica.

En la consulta médica se espera del acto médico efectividad, para lo cual el paciente expone sus sensaciones corporales al profesional sanitario y espera que la atención recibida sea rápida y que concluya con la prescripción de un medicamento. La denegación del medicamento por parte del profesional puede ser fácilmente causa de conflicto, como es el caso, por ejemplo, de un hombre que fue a urgencias por encontrarse indispuesto y el médico le dijo que fuese a su centro de salud al día siguiente para que le viera su médico de cabecera puesto que no consideraba que el padecimiento fuera grave. Este hecho fue interpretado por el entrevistado como que el médico que “no le prestó la suficiente atención”.

Cuando los síntomas son escandalosos o inusuales sobreviene, como se dijo, gran miedo y preocupación por la presumible gravedad del proceso, ya que aparece la posibilidad de haber contraído una de las temidas enfermedades graves, es decir, cáncer o el SIDA. En ese momento se busca decididamente atención médica y se deposita toda la confianza en el conocimiento del profesional de la medicina. La expectativa con respecto al comportamiento médico cambia entonces por completo. Se espera, en este contexto, un examen detallado y minucioso, un diagnóstico sin titubeos y expresado con autoridad en un lenguaje sencillo y pedagógico que permita comprender –en ese momento de suma angustia- el origen del padecimiento, pero sobre todo, el descarte de las aludidas enfermedades consideradas graves.

En este sentido, y ante la posible presencia de tales enfermedades graves, se considera que el tiempo apremia y se despliegan todas las estrategias grupales posibles para salvaguardar la vida de esta persona. El grupo está moralmente obligado a movilizarse. A este respecto, una estrategia frecuente consiste en buscar todo el consejo médico posible contrastando las opiniones de los clínicos. Se acude a varios centros de salud, inicialmente al sistema público y casi siempre también a centros privados los cuales se pueden pagar gracias a la ayuda económica de la red social.

La comparación entre los diagnósticos ofrecidos por diferentes profesionales médicos es lo que hemos denominado “búsqueda de la segunda opinión”. Esta búsqueda de conocimiento profesional que demuestra que los profesionales sanitarios sí están legitimados para tratar con las enfermedades graves, está siempre relacionada con la voluntad del grupo de “interesarse” por las personas enfermas de gravedad.

A: *¿Y alguna vez habéis gastado en médico que fuese privado?*

S: *Sí, sí. También. Sí, porque yo tengo familia, y mi padre ha muerto de cáncer... Sí, sí lo hemos llevado. Para saber más, para tener las pruebas más rápidas... Por que lo veíamos muy mal. Y en el hospital se tiran tres meses o un año para darte una respuesta, y si lo llevas a un médico privado pues te lo dicen al día siguiente. Y nosotros nos queremos interesar, para si fallece o muere antes, para saber de lo que ha muerto. Pero nada más.*

A: *O sea que, cuando se va al médico privado es para que sea más rápido.*

S: *Sí, más rápido.*

A: *¿Pero pensáis que es mejor que el otro, o no?*

S: *No, no, no. A lo mejor, la familia viene, uno que pone cien euros, el otro que pone doscientos que puede, y juntamos ese dinero para llevarlo al médico particular.*

(Sonia: mujer, 45 años, clase baja, residente en chabola. Valdemingómez. No cristiana.)

En caso de que se acuda al hospital bajo ese estado de suma preocupación, los profesionales sanitarios tendrán que desplegar todas sus destrezas comunicativas para lograr tranquilizar en lo posible al conjunto familiar, puesto que la red extensa se encontrará allí reunida.

S: *[La madre de la entrevistada se hizo una analítica después de que se la detectase un bulto en el cuello]. Llega el día del análisis, miró el análisis la doctora, dice, "mira, yo veo aquí algo". Habló su lenguaje, que es tan raro, que parecen políticos, y fue mi madre, "a mí háblame claro, como te estoy hablando, porque que yo no te entiendo ni papa". "Lo que te estoy diciendo es que aquí yo veo que tu cuerpo está luchando con algo pero no sé el qué". La hicieron un volante para urgencias, vamos a La Paz y en La Paz cariñosos, hablándonos muy bien, la atendieron muy bien, pues nada, le pincharon el bulto allí, y mi madre, a cada médico que venía le preguntaba, "mire usted, ¿esto qué es?, ¿es un cáncer?, dígamelo, si es un cáncer yo quiero saberlo". Sólo pensaba en negativo, "¡ay!, como me quede calva"....*

(Silvia: mujer, 23 años, clase social media, residente en chabola. Barrio Fuencarral. Madrileña. Empleada como reponedora en Alcampo. Soltera. No cristiana)

En muchas ocasiones se acude a la consulta médica para disipar la preocupación de que pudiese tratarse de algo grave. Cuando el médico explica lo que es y confirma que no se trata de algo especialmente preocupante, es relativamente común que no se siga el tratamiento prescrito y se confíe en la recuperación "natural" del cuerpo.

N: *La última vez fue porque tenía dolor en el riñón y me dijeron que era infección de orina. Ya está. Me mandó una pastilla muy grande que no me las tomé... [risas] Te lo juro. No me las tomé.*

A: *¿Fuiste para quedarte tranquila?*

N: *Para nada, para ver lo que era.*

A: *¿Y se te fue solo?*

N: Sí.

(Natalia: mujer, 24 años, clase social media-baja, residente en chabola. Barrio Fuencarral. Empleada de limpieza en Telepizza. Soltera. No cristiana.)

A pesar de que en estas clases sociales es bastante excepcional el acceso al centro de salud, sí se acude, como se dijo, cuando se observa en los niños algún comportamiento anormal.

A. ¿Y vas sólo cuando les pasa algo, o también para algo más?

E. Para ponerles las vacunas..., o cuando están malos..., o cuando el médico me dice que coja cita que quiere verlos.

A. ¿Y normalmente vas primero al de cabecera o al de urgencias?

E. A urgencias voy el sábado cuando está cerrado.

A. ¿Dónde te sientes tú mejor?

E. En el de cabecera, porque se saben toda la historia de los niños.

(Esther: mujer, 19 años, clase social media-baja, residente en La Jungla. 2 hijos. No cristiana.)

De este modo, encontramos que la mayoría de las madres jóvenes entrevistadas acuden periódicamente con sus hijos para vacunarles o hacerles las revisiones médicas prescritas por los profesionales sanitarios.

En cuanto los niños manifiestan sentirse mal o dejan de comportarse como lo hacen cotidianamente, los padres se preocupan enormemente y se delega fácilmente –no sin una gran angustia– en el profesional médico. Se espera del profesional un trato cuidadoso en la consulta, un examen detallado y una buena explicación de lo que está afectando al niño. Al contrario que lo esperado para los adultos, ya no se busca que se medique al infante de forma rápida y sin demasiadas explicaciones, sino sobre todo descartar que el niño sufra algún padecimiento grave.

3.1.6. La relación en la consulta

La relación con las instituciones sanitarias está marcada por diversos factores que inciden en su mayor o menor utilización. Por un lado, como ya hemos comentado, la clase social baja y la media-baja delegan la gestión de los padecimientos principalmente en los miembros del entorno cercano.

Por otro lado, aunque no se asista frecuentemente al médico, la trayectoria individual con respecto a los procesos de salud, enfermedad y atención, está en gran medida influenciada por el resultado de las primeras experiencias en el sistema sanitario. Al

haber acompañado a algunas mujeres de clase baja y media-baja en sus primeras visitas al médico, encontramos que las narraciones sobre dichas experiencias están marcadas por una sensación que los entrevistados denominan como “nerviosismo o vergüenza”. Es interesante señalar cómo las mujeres expresan esta sensación a través del término “vergüenza” y los hombres a través de la palabra “nervios”.

Estas mujeres manifiestan en la consulta una sensación de vergüenza que se expresa claramente en un cambio de comportamiento durante la misma. En este sentido, se ha observado durante los acompañamientos cómo se adopta una posición corporal diferente. Existe una reducción de sus movimientos corporales –entrando casi en un estado estático¹⁵–; las mujeres agachan la cabeza, prácticamente sólo hablan cuando se les pregunta y no realizan preguntas en caso de no haber comprendido las indicaciones o explicaciones del médico. Este retraimiento físico supone barrera para la comunicación entre el médico y la paciente.

Posiblemente, esta barrera puede ser contrarrestada por los profesionales sanitarios con un trato caluroso y con un lenguaje muy claro, así como con repetidas explicaciones de lo que se pretende dar a entender comprobando que la paciente ha comprendido.

Dado el alto número de personas analfabetas en estas dos clases sociales, no se debe confiar en el formato escrito como garante de un adecuado seguimiento médico. Por tanto, asegurar la comprensión en el momento de la consulta se vuelve absolutamente prioritario.

Esta vergüenza parece superada en madres jóvenes que, a pesar de vivir en entornos muy degradados, ya cuentan con una cierta formación sanitaria en cuanto a temas infantiles y planificación familiar. De igual modo, alguna de las mozas insertas en el mercado laboral sostienen pedir segundas explicaciones cuando no comprenden a los profesionales sanitarios.

A: ¿Pero les entendéis cuando os hablan?

L: Yo se lo digo claro al médico, “a mí no me hables con tu lenguaje de médico, a mí me hables claro, lenguaje de la calle, que yo te entienda”, como me diga “analíticas de no sé qué”. A mí cuando me hablan tan así yo no entiendo.

(Luna: mujer, 17 años, clase media-baja, residente en chabola. Barrio Fuencarral. Empleada de reponedora en Alcampo. Soltera. No cristiana.)

¹⁵ Este mismo hecho ha sido descrito por Boltanski (1974: 77), quien reflexiona sobre la poca relación que se establece entre el médico y los pacientes de las clases bajas, haciendo hincapié en el “monólogo” del médico y en la actitud silenciosa del paciente, quien pocas veces se atreve a perturbar al profesional con sus cuestiones.

Como ya hemos comentado, el trato cálido y una ausencia de enjuiciamientos morales favorecerán que las personas de etnia gitana que acuden a consulta se expresen con mayor libertad. En la siguiente cita podemos observar cómo una mujer gitana que había decidido no darle el pecho a su hijo –a pesar de preferirlo- decidió no expresar abiertamente a los profesionales sanitarios los motivos de su decisión por anticipar que la misma iba a ser desacreditada.

[La siguiente mujer madre de dos hijos, de 19 años, afirma en entrevista que dejó de darles el pecho a sus hijos por miedo a que se acercasen las serpientes a su cama]

E: ¿Y qué te dijeron en el hospital cuando les comentaste...?

R: Que muy mal, ¡que cómo no le iba a dar el pecho a los niños! Y yo: “no, no, que yo no quiero, que no”, y me regañaron un montón, la médica.

E: ¿Les explicaste por qué era?

R: No, me daba vergüenza. Pero yo hasta que no lo conseguí, era, “venga piénsatelo otra vez”, y “piénsatelo”, y hasta el último día que tal, no me lo dieron. Y así.

E: ¿Y tú qué razón les dabas para...?

R: Pues yo les decía que me sentía muy mal para dar el pecho, que estoy muy débil, que luego me quedo muy delgada, y que no quiero. Todas las cosas así. Que no me gusta dar el pecho, que me siento mal dándole el pecho, que me entraban angustias... Todo esto se lo decía a las comadronas. Que no quería darle el pecho. (...) Vamos, películas, pero grandes.

(Rosa: mujer, 20 años, clase social media-baja, residente en casa baja Cañada Real. Desde los 3 años hasta el momento de escaparse vivió en piso de protección familiar otorgado a sus padres. 2 hijos. No cristiana.)

3.2. El cuidado de la salud en la clase media: “lo normal”

En la clase media aparece un concepto de salud próximo al de la sociedad mayoritaria, que relaciona la salud/enfermedad con los modos de vida actuales de un sujeto individual, de manera que en los relatos de las personas entrevistadas aparecen alusiones a hábitos no saludables (mala alimentación, falta de ejercicio) y referencias a factores perjudiciales para la salud que no habían sido anteriormente mencionados por los grupos anteriores; entre otros, la contaminación ambiental.

A: ¿Te preocupa estar gordo?

B: Claro, porque afecta a mi salud. Por mi salud, luego me va a afectar a mí, me voy a asfixiar, me voy a cansar más...

(Bertín: hombre, 20 años, clase social media, residente en una casa baja, Cañada Real. Infancia en chabola. Realajo a los 6 años. Empleado de una carnicería. 1 hija. No cristiano.)

E. *¿Estás sano?*

G. *No estoy sano, porque fumo y soy totalmente sedentario, y además, no hago nada de deporte.*

(Gonzalo: hombre, 31 años, clase social media, residencia en piso de realojo de los padres. Barrio de Carabanchel. Documentalista para empresa estatal. Actualmente se está sacando la E.S.O. Soltero. No cristiano.)

Aparece el uso generalizado de vocabulario médico para la descripción de los padecimientos y también se manifiestan mayores habilidades para establecer una relación con las instituciones sociales y sanitarias en términos igualitarios. Del mismo modo, el establecimiento de las relaciones entre las diferentes partes del cuerpo es mucho más frecuente que en los testimonios de los entrevistados de las otras dos clases sociales anteriores.

A. *¿Y por qué no fuiste antes? [al médico] Porque a lo mejor no te hubieran ingresado...*

J. *Sí, me hubieran ingresado de todas maneras, porque ellos tenían que intentar sacar eso de ahí [piedras], porque me dijo el médico que es muy malo, que se puede ir al páncreas y ya... Eso sí que es peligroso....*

(Julia: mujer, 49 años, clase social media. Residente en casas ocupadas hasta que les otorgan piso de realojo en barrio Fuencarral. 10 hijos. Cristiana)

Pero uno de los factores más característicos de la clase media procede de la interiorización discursiva de los hábitos saludables, incluidos dentro de la idea de “normalidad”. Veamos cómo la siguiente entrevistada utiliza este término para referirse a su vida.

X: *No. Me casé ahí en el barrio de San Andrés y también la boda gitana, por la iglesia y por lo gitano. Y... él estaba trabajando, era camarero, luego se colocó en TVE y ha estado, pues no sé si treinta o cuarenta años trabajando allí y siempre hemos tenido nuestro pisito, cuando nos fuimos de allí nos dieron un piso allí en Tres Cantos, que le habían dado a su padre, que su padre era esto de la... Obra Sindical del Hogar, que había antes, y nos dieron un piso por él. Un pisito ahí y vamos, una vida normalísima. Los niños han ido al colegio, tengo un niño, el mayor, que tiene cuarenta años que estudió para ser periodista...*

(Ximena: Mujer, 62 años, clase social media. Procedente de Toledo, residencia en piso de realojo desde que se casó en el barrio de Carabanchel. Matrimonio a los 20 años. 5 hijos. Cristiana.)

Del mismo modo, cuando hablan de sus aspiraciones laborales o hábitos de higiene, se homologan al resto de la sociedad, sosteniendo que realizan comportamientos similares a los de “todo el mundo”.

L: *Hace dos meses que me saqué el carné de carretillero por unos cursos que me pagó la Comunidad de Madrid. Ahora estoy buscando trabajo, a ver si me sale algo más seguro. Vamos, “como todo el mundo”*

(Lucio: Hombre, 36 años, clase media-baja, residencia en piso de realojo en barrio de Entrevías. Madrileño. Familia extremeña, venta ambulante sin

permiso legal. Se ha sacado el carné de carretillero a través de unos cursos subvencionados por la CAM y está buscando trabajo estable. 3 hijos)

A: *Y con el tema de los dientes?, ¿os los cuidáis?*

H: *Hombre, nos hacemos la limpieza de todo el mundo, pero tengo una fobia a los dentistas...*

(Hernando: Hombre, 34 años, clase media, residente en el Rastro. Madrileño. Trabaja como anticuario en el Rastro en negocio familiar, 2 hijos.)

En su deseo de homologarse discursivamente a la sociedad mayoritaria varias personas se distancian explícitamente de los gitanos “analfabetos” o “cerrados”, a la vez que sostienen ser igual que todo el mundo y preocuparse por el cuidado de su salud.

A: *Y con los niños, ¿cómo hacéis con los dientes, ¿insistís?*

L: *¡¡Claro!! Y ella [su hija] está en tratamiento de los dientes. Le han puesto un aparato para corregirle los dientes porque le salían torcidos, y eso lo ha pagado la parroquia. Y cada dos meses tiene su cita, y va muy bien con el tema de los dientes. Le salieron torcidos, pero bien.*

A: *¿Y vosotros igual?*

L: *¡Hombre, claro, por supuesto! Pero es que todos no somos iguales, todos los gitanos no somos iguales, hay gente muy analfabeta, muy analfabeta que no sabe de nada.*

(L: Hombre, 36 años, clase media. Barrio de Entrevías. Madrileño. Venta ambulante sin permiso legal. Se ha sacado el carné de carretillero a través de unos cursos subvencionados por la CAM y está buscando trabajo estable. 3 hijos. Cristiano.)

Algunos entrevistados reflexionan sobre cómo a pesar de que sus padres, en su momento, no les explicasen la importancia de determinados hábitos saludables, ellos sí se están preocupando por enseñárselo a sus hijos.

J: *Sí, pero no... no nos hacen caso porque... a mí me hubiera gustado tenerlos mejor, lo que pasa que a mí nadie me ha dicho ‘lávate los dientes’ o ‘te los tienes que lavar porque si no se te caen’, a nosotros nadie nos ha enseñado eso, ni mi padre, ni mi madre... Por eso, que digo que es la falta de costumbre de no habernos habituado a eso. Sin embargo yo ahora lo sé y a mis hijas les hago que se limpien y las llevo al dentista cuando puedo, porque siempre estamos sin un duro.*

(José: Hombre, 32 años, clase media, residencia en piso alquilado. Madrileño. Familia procedente de Palencia. Anteriormente vivía en casa baja de protección oficial otorgada a su madre. Casado con “paya”. 2 hijas. Trabaja actualmente de jardinero. Su esposa es cajera en ALCAMPO)

Por tanto, es importante remarcar que los entrevistados de clase media ya no establecen generalizaciones sobre los comportamientos de todo el colectivo, del tipo “los gitanos no vamos al médico”, sino que se sienten sorprendidos por algunas preguntas de los investigadores y reafirman constantemente que el hecho de ir a las revisiones médicas o de pedir consejo a los especialistas es “de sentido común”.

A: *Los temas de los que hemos estado hablando: alimentación, deporte, etc., ¿cómo los has aprendido?*

G: *¿Y tú?, ¿dónde has aprendido tú eso? Como todo el mundo, es una cosa que se sabe, y ya está.*

(Gonzalo: hombre, 31 años, clase media, residencia en piso de realojo de los padres. Barrio de Carabanchel. Documentalista para empresa estatal. Actualmente se está sacando la E.S.O. Soltero. No cristiano)

Veamos cómo un hombre de 20 años, carnicero, explica haber ido a la consulta médica con su esposa para pedir asesoría sobre qué método de planificación familiar utilizar. Al final de la cita sostiene que él adquirió todos sus conocimientos en la institución escolar.

E: *¿Qué hacéis para no tener más hijos?*

A: *La píldora. Fuimos al médico, se lo dijimos, y nos la dieron allí.*

E: *¿siempre has sabido del DIU y de los demás métodos?*

A: *Yo he ido al colegio y a mí me han dado clase de todo, de sexo masculino y de todo. Fuimos al médico, se lo dijimos y nos lo dio, nos dio una [píldora] que le hacía mucho efecto, se mareaba, fuimos otra vez y le dio otra más flojita, y ahora lleva un año y medio con ella.*

(Bertín: hombre, 20 años, clase media, residente en una casa baja en Cañada Real. Infancia en chabola. Realojo a los 6 años. Empleado de una carnicería. 1 hija. No cristiano.)

El hecho de asistir a las revisiones médicas no siempre parte de un problema o padecimiento concreto, sino de un deseo de saber o tener información sobre la salud individual. De este modo, la aceptación de las revisiones médicas no sólo significa un aumento de la autoridad conferida a la institución médica, sino un cambio de mentalidad que va unido a la incorporación de una nueva actitud preventiva, la cual implica una nueva percepción del tiempo, interiorizando comportamientos relativos al cuidado de la salud que conllevan planificación a largo plazo.

Boltanski (1975: 75) sostiene que la proporción de sujetos sociales que aceptan someterse a las exigencias de la medicina preventiva aumenta a medida que se pasa de las clases populares a las clases medias, y afirma que entre sus indicadores se encuentra la asunción de la importancia de las revisiones médicas periódicas para uno mismo y para sus hijos. Continúa diciendo:

“... efectivamente, las normas de conducta que debe observar el individuo y que, en conjunto, forman lo que se suele llamar medicina preventiva, contienen objetivamente una filosofía implícita y exigen de quienes deben aplicarlas una cierta actitud general frente a la vida, y en especial, frente al tiempo, aun cuando estén basadas en un saber racional y dependen estrechamente del desarrollo de las ciencias médicas. La medicina preventiva requiere que los sujetos sociales

adopten una conducta racional frente a la enfermedad que, replanteada como posible eventualidad en un plan de vida, puede ser dominada o superada por la previsión a largo plazo”.

En la siguiente cita podemos ver cómo una de las mujeres entrevistadas está preocupada por tener información sobre su nivel de colesterol y por llevar a sus hijos a todas las revisiones médicas.

A. *¿Cuándo fue la última vez que fuiste al médico?*

F. *Pues yo hace 15 días que tuve que ir a la revisión del DIU. Tengo las pruebas, que tengo que llamar para coger los resultados, y nada, muy bien... Y estuve también el mes pasado a hacerme los análisis, para ver cómo voy, del colesterol y todo eso.*

A. *¿Cómo lo tienes tú el colesterol?*

F. *Un poco alto...*

A. *¿Y qué te dice el médico?*

F. *Nada, me dan unas pastillas, un tratamiento, y cada 3 meses me hacen los análisis... porque yo también quiero estar controlada... Y a los niños también, todo, sus vacunas, sus revisiones, lo tienen todo al día...*

(Felisa: mujer, 39 años, clase media, residente en casa baja en Cañada Real. 7 hijos. Cristiana.)

A: *¿Cuándo vas al médico?*

K: *Cuando me duele algo o cuando me tocan las revisiones también, y algún análisis también me he hecho de vez en cuando, por saber.*

(Kristian: Hombre, 34 años, clase media, cerrajero. Madrileño. 3 hijos. Familia procedente de Extremadura. No cristiano.)

La siguiente entrevistada afirma someterse a unas dolorosas pruebas aduciendo la importancia de “saber” u obtener esa información.

X: *Yo ahora, mismamente pues te digo, he estado mal y me he mirado el azúcar, no el otro, la tensión y tengo 12/6, fenómeno, o sea, yo me evito de... no me apetece a mí...*

T: *Ella se controla, y va a los médicos, y todas las pruebas que le mandan se las hace. A ella lo que le tienen que buscar es el nódulo, pinchárselo y extraer el líquido.*

X: *Mi pinchan con una aguja muy finita, me hacen así...*

A: *¿Y duele?*

X: *Me duele más cuando extraen el líquido que cuando pinchan. Y voy, porque digo que esto tengo que ir porque hay que saber.*

(Ximena: Mujer, 62 años, clase media, residencia en piso de realojo en el barrio de Carabanchel desde que se casó. Procedente de Toledo, 5 hijos. Cristiana.)

Toñi: Mujer, 35 años, clase media. Madrileña. Familia procedente de Toledo. Mediadora social. Madre de 3 hijos. No cristiana.)

Las revisiones médicas periódicas se encuentran aceptadas bajo la idea de “control”, sobre todo en el ámbito infantil, durante el embarazo y en temas relativos al colesterol u otros aspectos de la dieta. Aparecen conceptos, como el de calorías, que no eran utilizados en las otras clases sociales.

A: *¿Y tú para cuidarte qué haces?*

J: *Pues ahora tengo una dieta para la piedra esa para que se me vaya y tiene que ser baja en calorías.*

(Julia: mujer, 49 años, clase media, residente en casas ocupadas hasta que les otorgaron piso de realojo en Barrio de Fuencarral. 10 hijos. Cristiana.)

La mentalidad preventiva está relacionada con alusiones por parte de los entrevistados al autocontrol necesario para restringir determinados comportamientos, siendo el “control” de la dieta uno de los más mencionados. El siguiente entrevistado afirma tratar de “no abusar” de las comidas.

A: *¿Te cuidas?*

L: *¿En qué sentido?*

A: *¿Qué cosas te preocupan para estar sano?*

L: *Estuve bastante tiempo con la tensión de jovencito, y me cuido un poquito con la sal, y eso. Con 20 años estuve 3 meses en tratamiento. No fumo, ni bebo... Me mandaron como una dieta, me quitaron un poquito de sal... No comer muchas tonterías, y dentro de lo que cabe tampoco abuso mucho.*

(Lolo: Hombre, 29 años, clase media. Barrio de Moratalaz. Madrileño. Actualmente en curso de RMI. Trabaja de chatarrero. 3 hijos. Cristiano)

En algunas de las definiciones de la salud se mezclan aspectos ya escuchados en las clases baja y media-baja, aunque complementados con comportamientos específicos que se realizan con respecto a otros ámbitos, como puede ser el cuidado de la dieta.

A: *¿Consideras que estás sano?*

L: *Siempre digo que estoy sano, confío en mí, como no fumo, no me drogo, no hago nada malo... Debería hacerme pruebas... (...)*

A: *¿Cuidas tu salud?*

L: *Nada, no me cuido.*

A: *¿Cuidas lo que comes?*

L: *Eso sí, dentro de lo que puedo intento comer bien. No me gusta mucho el aceite ni el colesterol. Intento comer todo a la plancha porque me hice unas pruebas hace ya bastante y me dio colesterol. Me dijeron que tenía que comer menos aceite, y que tenía que comer pescado y verduras, y comer lo más sano*

posible. Y lo hice. Me encuentro mejor.

(Lucio: Hombre, 36 años, clase media-baja. Barrio de Entrevías. Madrileño. Familia extremeña. 3 hijos. Venta ambulante sin permiso legal Cristiano.)

Aunque en las entrevistadas de clase media la vergüenza no aparece como término explicativo de la no asistencia a la consulta, los hombres muy jóvenes (sin experiencia con el centro de salud) y los de edad siguen afirmando que ir al médico les genera un cierto nerviosismo.

D: Es verdad que nosotros también poco queremos ir al médico. Nos da como miedo.

A: ¿Te da miedo?

D: No lo sé, te pones como nervioso, te pones como... muy raro. Mi madre se puso mala. No quería ir. Y dice que era un cólico y que no iba. Y que no se podía ni mover ni nada. Y nosotros, “venga mamá, que tienes que ir, tienes que ir”.

(David: hombre, 18 años, clase media. Residencia en piso de realojo otorgado a sus padres. Barrio Fuencarral. Soltero. Cristiano.)

Con respecto a la capacidad de las personas para expresarse en la consulta, es en la clase media donde existe una formación educativa más amplia¹⁶, en la que se despliegan conscientemente estrategias para “comprender” lo que se dice. Este hecho coincide con una mayor aceptación de la información proveniente de las instituciones médicas y sociales. Por tanto, la sensación de “vergüenza” que comentamos en el apartado anterior es casi inexistente y ya no es un obstáculo que imposibilita que la persona sea capaz de preguntar al profesional sanitario cuando no entiende, o pedir una repetición de lo ya explicado.

Por lo general, son las personas de clase media las que acompañan a familiares de clase baja y media-baja a la consulta y realizan la función de “traductores”.

A: ¿Siempre los has entendido bien?

B: Sí.

A: Hay gente que me dice que no entiende a los médicos.

B: Mi madre, yo tengo que ir con ella para que me explique todo...

(Bertín: hombre, 20 años, clase media, residente en una casa baja en Cañada Real. Infancia en chabola. Realojo a los 6 años. Empleado de una carnicería. 1 hija. No cristiano.)

¹⁶Tal vez no reglada, pero sí a través de los cursos de formación a los que hombres y mujeres asisten como contraprestación a la percepción de la Renta Mínima de Inserción, en los que en muchos casos acuden profesionales sanitarios o se visita conjuntamente los centros de salud, para que así los profesionales de los mismos se presenten y expliquen el funcionamiento de los mismos.

Otra característica de la clase media es la aparición de alusiones referentes a los efectos perjudiciales de la auto-medicación (lo cual no quiere decir que este fenómeno no se produzca).

A: *¿Vas al médico?*

L: *En 10 años que llevo aquí habré ido 10 ó 12 veces. No soy de los que les duele algo y voy al médico. No voy, porque me citan a una hora y no salgo de ahí hasta dos horas después. Me tomo una pastilla, pero no está bien. Automedicarse no está bien, porque la reacción no se sabe, pero eso es lo que hago.*

(Lucio: hombre, 36 años, clase media-baja, residencia en piso de realojo en barrio de Entrevías. Venta ambulante sin permiso legal. 3 hijos. Cristiano.)

De hecho, varios entrevistados afirman utilizar diferentes medicamentos sin asistir a la consulta médica. En la siguiente cita, el entrevistado muestra conocer la composición de uno de los medicamentos que utiliza.

A: *¿Tú alguna vez tomas algún medicamento sin ir al médico, alguno que sabes ya que funciona como... ¿cuáles?*

J: *Sí, el Espidifen.*

A: *¿Para qué es?*

J: *Es Ibuprofeno de eso para el dolor y antiinflamatorio. Para las muelas, para el dolor de cabeza, para casi todo. Y nada, pues eso, el Espidifen y poca cosa, y el Almax para el estómago, para los ardores. Y ya está, poca cosa más.*

(José: Hombre, 32 años, clase media, residencia en piso alquilado. Madrileño. Familia procedente de Palencia.. Matrimonio inter-étnico. 2 hijas. Trabaja actualmente de jardinero. No cristiano.)

Aunque los medicamentos se siguen valorando principalmente debido a su efectividad, en la clase media se gestiona estratégicamente la información recibida de diferentes profesionales. En este sentido, algunos entrevistados nos han contado cómo ante un padecimiento consultan tanto a los profesionales de la farmacia como a los profesionales de los centros de salud, y siguiendo los criterios de efectividad y rapidez, siguen el consejo de los profesionales de la farmacia.

B: *Yo cuando me pasa algo, primero voy a la farmacia, luego voy al médico. Lo que me diga el farmacéutico se lo digo al médico.*

A: *¿Haces lo que te mandan?*

B: *Yo le hago caso al de la farmacia. Yo voy a la farmacia, y yo tengo, por ejemplo, lo que tengo ahora, un esguince en el pie, y me duele a veces. Y el de la farmacia me dijo que me pusiese una tobillera. Y el médico me dijo que tenía que hacerme una radiografía. No sé si te has dado cuenta, yo me di cuenta que el farmacéutico me dijo que me pusiera una tobillera. Eso es en el acto, ¡ya!, pero la radiografía necesita 3 días y ya estoy con el pie... Le hice caso al farmacéutico y ya no me duele.*

(Bertín: hombre, 20 años, clase media, residente en una casa baja en

Cañada Real. Infancia en chabola. Realajo a los 6 años. Empleado de una carnicería. 1 hija. No cristiano.)

Dado que las personas de clase media acuden mucho más frecuentemente a la consulta médica son ellas las que más comentarios realizan sobre cómo son atendidas en los centros de salud. Por lo general se valora enormemente que el personal médico sea accesible y muestre preocupación por los problemas del paciente, que escuche y que sea “cariñoso”; todas ellas características de la expresión “buen trato”. La siguiente cita pertenece a una mujer de 39 años, madre de 7 hijos, quien está muy contenta con su médica.

F: Tengo una médica aquí que es buenísima... yo la llamo por teléfono y aunque esté en su casa, coge el coche y viene a verme, es una médica buenísima. Yo voy allí y le digo que tengo mi niño malo, y se lo cuento por teléfono y me dice... es una médica buenísima... muy cariñosa con los niños, te escucha, se interesa por todo lo que te pase... y nada más te ve un poco mal te escucha te da consejos. Ahora está de vacaciones, ya estoy deseando que vuelva...

(Felisa: mujer, 39 años, clase media, residente en casa baja en Cañada Real. 7 hijos. Cristiana.)

De hecho, varias son las mujeres que deciden dar a luz en determinado hospital, a pesar de que no sea el centro que les corresponde, en función del trato que han recibido en otras ocasiones.

A. ¿Y dices que te gusta más la Paz que otro, cuál otro?

Z. El 12 de Octubre

A. ¿Por qué?

Z. Porque es un mejor trato, allí las enfermeras son más ariscas...

(Z: Mujer, 27 años, clase media, madrileña, residente en piso comprado en Vallecas. Familia procedente de Palencia. 4 hijos. Cristiana)

En general, se critica la corta duración de las consultas y la rapidez con que los médicos les prescriben medicación sin un examen en profundidad.

A: Cuéntame un poco... ¿tú ves alguna diferencia o qué te gusta más urgencias, los hospitales o el de cabecera?, ¿en cuál te sientes tú más cómodo?

J: A mí no me gusta ninguno. [Risas]

A: ¿Ninguno?

J: Pero bueno, el de cabecera, porque ahora estoy con un médico que le hablas las cosas y te atiende bien y te atiende como te tiene que atender porque últimamente estaba con una doctora que nada, esa era verme: “¿qué te pasa? ¿Quieres esto? Toma” Pam. Y te despachaba, dos minutos tardaba de consulta y así, y ahora este por lo menos te presta atención, “¿qué te pasa?”, tal, esto, lo otro, a ver, te mira, esto. No me gusta ninguno, pero si tengo que ir a alguno voy al de cabecera.

(José: Hombre, 32 años, clase media, residencia en piso alquilado. Madrileño. Familia procedente de Palencia. Matrimonio inter-étnico. 2 hijas. Trabaja actualmente de jardinero. No cristiano.)

El mismo entrevistado de la cita anterior sostiene que el médico que tenía anteriormente le explicaba las cosas de forma que no entendía, y aún cuando le preguntaba, la explicación posterior continuaba siendo incomprensible. Es importante señalar la relación existente entre la comprensión por parte del paciente del diagnóstico médico y una correcta adhesión al tratamiento. En caso de no entender lo que dice el médico, es probable que se decida no empezar el tratamiento.

J: Pero al de antes [al médico], le preguntabas y te volvía a decir la misma cosa y tú pero... y ya muchas veces tenía que decir: "venga, vale" y darlo por bueno y...

A: ¿Y te tomas lo que te mandan aunque no lo entiendas?

J: No, cuando no lo entiendo no. [Risas]

(José: Hombre, 32 años, clase media. Jardinero. No cristiano.)

Otro entrevistado asemeja esa forma rápida de atender en la consulta con una "mentira", dado que considera no se toman el tiempo necesario para comprender qué es lo que le pasa al paciente¹⁷.

A: ¿Al médico siempre le entiendes?

L: Voy poco, pero no lo entiendo [risas]. Vas al médico y en seguida, "¿qué te pasa?" "Esto". "¿Dónde te duele?" "Aquí". "Eh, eh, eh, no sé qué, no sé cuánto". ¡Luego todo es mentira!! ¡Si el médico es uno mismo! "¿Qué es lo que hace?, ¿por qué le pasa esto?" Y en seguida, "pues esto es de esto"... En seguida tira de receta, sin saber lo que pasa. Yo no voy al médico, si quieres que te diga la verdad.

A: ¿Es para algo muy fuerte?

L: ¡Claro, claro! Cuando hay un enfermo en el hospital y está muy grave, o se va a morir, vamos todos. ¡Si nos echan y todo de los hospitales...!

(Lucio: hombre, 36 años, clase media-baja, residencia en piso de realjo en barrio de Entrevías. Venta ambulante sin permiso oficial. 3 hijos. Cristiano.)

¹⁷ Boltanski (1975) analiza cómo debido a la distancia social entre los médicos y los pacientes de clases populares, los médicos dedican menos tiempo a las explicaciones que dan a los pacientes de éstas, dado que consideran que no van a lograr entenderlas. De igual modo, afirma "Por otro lado, los miembros de las clases populares que, en su mayor parte, juzgan que el examen médico es demasiado rápido y que consagrar tiempo al enfermo es una de las cualidades más importantes de un médico, que estiman que su médico no les da suficientes explicaciones o tiende a utilizar palabras incomprensibles, que además no hablan de sus problemas personales con el médico, están separados de éste por la distancia social que, en todo caso, media entre un miembro de las clases superiores, fuertemente escolarizado y poseedor de un saber particular, y un miembro de las clases populares". (p.40) En un libro anterior (1974: 74-79) el autor utiliza datos estadísticos para argumentar que a medida que los pacientes pertenecen a clases sociales más bajas, los médicos les dedican menos tiempo. Boltanski relaciona lo anterior con la falta de predisposición del cuerpo médico de transferir conocimientos a aquellas personas a las que no se considera suficientemente instruidas.

La ampliación de la definición de la salud incluyendo principalmente temas relativos a la dieta, el colesterol y el sobrepeso, implica que varios de los entrevistados sostengan que les interesaría materiales sobre estos temas.

A: ¿Te interesaría recibir material de alguno de estos temas?

H: No lo sé, de alimentación yo creo que sería mejor, que es el problema que tenemos todos del colesterol y del sobrepeso.

(H: Hombre, 34 años, clase media, residente en La Latina. Madrileño. Trabaja como anticuario en el rastro, en negocio familiar. 2 hijos. A veces asiste al culto.)

4. CENTROS DE SALUD VS. URGENCIAS. CENTROS PRIVADOS VS. PÚBLICOS. LA EXPERIENCIA COMO CRITERIO DE ELECCIÓN.

En este apartado se decidió no separar la información por clases sociales dado que no se encontraron diferencias significativas entre las mismas, más allá de que las personas de clase media-baja, al no asistir regularmente a la consulta, sólo hacen referencia a visitas médicas puntuales, relacionadas con el embarazo, el cuidado infantil o con padecimientos graves.

En general, se observa que todas las personas entrevistadas conocen perfectamente la distinción entre los centros de salud, las urgencias, y los diferentes protocolos que hay que llevar a cabo para poder utilizarlos (pedir cita, esperar antes de la consulta, etc.). Algunas personas afirman tener la costumbre de llamar para pedir cita, y muchas veces manifiestan su fastidio por haber tenido que acercarse directamente al centro de salud porque el sistema de cita telefónica no funcionaba adecuadamente.

K. Pedimos la cita.

A: ¿Y cómo se pide?

K. Por teléfono. Y muchas veces si no te lo cogen, tendrás que ir allí, ¿no?

(Kristina: mujer, 20 años. Clase media-baja, residente en chabola en Valdemingómez. 2 hijos. No cristiana)

A. ¿Y tú a qué médico sueles ir, al del barrio?

E. Sí, al del barrio, y si es por la noche que me pongo mala entonces La Paz.

(Erika: mujer, 24 años, clase media, residente en piso de alquiler. Barrio Fuencarral. Matrimonio inter-étnico. Cristiana.)

La elección de un centro sanitario u otro, ya sea de atención primaria, especializada o urgencias, ya sea público o privado, está condicionada en gran medida por el trato más o menos cercano verificado previamente. La fidelidad se instala fácilmente, si el comportamiento del sanitario se ha percibido como familiar y cercano y, a la inversa, es relativamente fácil que se busquen otras alternativas cuando la experiencia previa ha sido insatisfactoria al respecto.

T: Ahora mismo voy al [centro de salud]... Porque me gusta mi doctora,

porque es una doctora que se preocupa mucho, ¿me entiendes?, por mí. Es super buena.

A: *¿Y es privado?*

T: *No.*

(Trini: mujer, 21 años, clase media, residente barrio La Latina. Dependienta en tienda propia. Soltera. No asiste al culto.)

La gran mayoría de profesionales socio-sanitarios suelen manifestar el prejuicio de que las personas de etnia gitana son frecuentes consumidoras de urgencias, incluso ante afecciones triviales. A pesar de que el presente estudio no pretende abordar este aspecto, nos atrevemos a sugerir incluso lo contrario, ya que sobre todo las personas adultas de clase baja y media-baja muestran una actitud sistemática de evitación de la consulta médica, explicable bien por el sentimiento de vergüenza anteriormente aludido, bien por la también aludida representación de sí mismos como sujetos sanos y fuertes y, por tanto, relativamente invulnerables frente a la enfermedad.

En cualquier caso, la propensión a acudir a los servicios de urgencias es claramente superior a otras alternativas para temas intuidos subjetivamente como importantes, y responde al deseo de obtener exámenes minuciosos. Frecuentemente, las urgencias no se nombran, sino que se incluyen dentro del término “hospital” o se nombra el hospital en concreto al que se acude, se ha acudido o se acudirá.

Z. A mí el médico de familia me cae muy mal, porque no te atiende como debe ser, he ido esta última vez porque me dolía la muela, y en vez de mirarte, yo que sé, el oído, que es lo principal... Pues nada, directamente me lo recetó, ni te mira ni nada.... Otras veces pues “que tengo esto...”. Ni te mira ni nada., ¡te receta y ya está! Ni te miran ni nada.

A. *O sea, que prefieres el hospital.*

Z. Sí, porque te miran muy bien, te hacen análisis de sangre, de orina.... Te miran bien por todo. Mucho mejor... (...)

(Zulema: mujer, 27 años, clase media, residente en piso comprado en Vallecas. Varios años viviendo en chabola a raíz de matrimonio. Infancia en piso de realajo. 4 hijos. Cristiana)

Las personas que afirman preferir la asistencia sanitaria a centros privados aducen que la relación personal es de una calidad superior y que el tiempo de obtención de las citas es mucho menor. Además, son relativamente frecuentes las narraciones de supuestas negligencias médicas acaecidas en el sistema público y descubiertas precisamente a través del uso de médicos privados, lo que legitima esta práctica de la “búsqueda de la segunda opinión” en el ámbito privado.

X: Pues resulta que cuando yo estaba con lo de las plaquetas me dijeron a ver si tenía osteoporosis, pues me mandan allí, me hacen una prueba y me dicen “pues sí, tiene osteoporosis”, hay que hacerte una...metría. Entonces fui a pedir hora y me daban para seis meses, pero como yo tenía lo privado...

Bueno, el caso es que digo: “yo tengo para que me lo hagan antes”. (...) Voy, me lo hacen a los tres días [en una clínica privada] y ven que no tenía nada. Por eso quiero decir que confío mucho más en [la atención privada]..., por la relación, porque te atienden, yo qué sé, de otra manera, claro.

(Ximena: mujer, 62 años, clase media, residencia en piso de realojo en Barrio Carabanchel. 5 hijos. Cristiana)

Se observa, en cualquier caso, una gran diversidad de posturas respecto a la preferencia por los centros de salud públicos o privados. Aún así, encontramos la tendencia a asociar la relación comercial que se establece con el médico privado con la expectativa de que dicho profesional realice un esfuerzo especial en la detección de los padecimientos, lo cual hace que esta vía privada se muestre especialmente eficaz para mostrar el interés de la red familiar externa por el paciente enfermo.

A: Si pudieras elegir entre ir al médico del centro de salud, o ir a un médico de pago, ¿a cuál irías?

B: Si estás en el médico de salud ese [de la Seguridad Social], y venga a hacer pruebas, y más pruebas, y no le sacan nada. Y vas al médico de pago por probar, y te lo dicen, ya tiras más por el médico de pago.

A: ¿Te saca más cosas en el de paga?

B: Sí, sí, para eso le pagas. Al otro también le pagan, pero le paga el Estado.

(Bertín: hombre, 20 años, clase media, residente en una casa baja en Cañada Real. Infancia en chabola. Realojo a los 6 años. Empleado de una carnicería. 1 hija. No cristiano.)

En cualquier caso, el patrón general de elección de centro sanitario (público o privado) suele conllevar normalmente una primera experiencia en el sistema sanitario público.

Son varios los entrevistados que opinan que los médicos de la Seguridad Social tienen mejor preparación y más experiencia que los de las clínicas privadas. En general, a los médicos de más edad se les confiere, por una transposición automática que sigue los criterios de legitimación de la autoridad del colectivo, mayor autoridad.

C: Yo tengo fe en los del seguro, porque mejor especialistas que esos, ninguno, a lo mejor el de pago sí, oye, ha tenido la carrera de médico, pero ha salido de la carrera no más y ha dicho “mejor voy a poner una clínica de esas”, que han salido muchos que han hecho cirugías y luego han hecho pues un crimen, pues yo de esos médicos, no, no me confío, sin embargo estos del Gregorio Marañón son expertos en medicina y saben, no compares a uno que a lo mejor lleva 8 años en una clínica sólo. En cambio, estos llevan toda la vida, y es lo mejor, yo de esos de pago, no me gustan, no; estos sí.

(César: hombre, 26 años, clase baja, residente en asentamiento chabolista La Jungla. Chatarrero. No cristiano.)

5. CRÍTICAS Y DEMANDAS AL SISTEMA SANITARIO

En general las críticas y demandas al sistema sanitario público provienen mayoritariamente de las mujeres, quienes, en términos generales, son las principales encargadas de las actividades de cuidado del grupo. Éstas se refieren principalmente a aspectos derivados del cuidado infantil o de los seguimientos durante el embarazo.

Por otro lado, muchas de ellas sostienen que el sistema de cita telefónica, el cual les evitaría desplazarse desde los asentamientos chabolistas - muchos de los cuales no cuentan con acceso al sistema de transporte público¹⁸ - no funciona adecuadamente.

Durante el trabajo de campo, y en algunas entrevistas, hemos identificado el problema de que el centro de salud más cercano (caminando) al lugar de residencia de las mujeres no es el que les corresponde, por no estar empadronadas en esa zona. Varias mujeres manifiestan no llevar a sus hijos al médico por este motivo.

A. ¿Y qué te dice el médico?

F. Nada me dan unas pastillas, un tratamiento.. y cada 3 meses me hacen los análisis... porque yo también quiero, estar controlada... y a los niños también, todo, sus vacunas, sus revisiones.. lo tienen todo en el día.. y nada me pilla muy bien porque lo tengo aquí.. el centro de Rivas.. lo que pasa es que mis hermanas tienen un problema porque tienen que ir a Vicálvaro porque aquí no las quieren coger porque dicen que no están empadronadas... y eso es un problema, porque aquí vas andando, pero a Vicálvaro quién te lleva si no tienes ni coche ni nada quién te lleva... hay muchas mujeres que no llevan a sus hijos por eso, porque les queda lejos...y los maridos están trabajando, están a lo que sea.. y ellas no saben conducir. Y yo estoy muy contenta. Tengo aquí a los médicos. También hace 10 años que tengo los médicos...

A. ¿Pero tú estás empadronada aquí?

F. No, yo tampoco. El otro día que fui al médico me dicen que me tienes que traer el empadronamiento... y digo ¿y eso para qué? Porque si no estas empadronadas te quitamos de aquí... ¡De eso nada, no me vas a quitar tú por tu cara bonita del médico de mis niños que llevo yo aquí ya 10 años! ¡Porque tú quieras no me vas a quitar de aquí! A ver si tengo que denunciarte... Y me dice, "uy no, no Felisa, tú no tienes problemas, tú tráeme la cartilla que tú estás aquí muy bien... pero tus hermanas no..."

(Felisa: Mujer, 39 años, clase media, residente en casa baja construida en la Cañada Real (Rivas). Gallega. 7 hijos. Asiste a veces al culto.)

¹⁸“Acceso a los servicios sanitarios de la población en los asentamientos marginales en la Comunidad de Madrid. Cañaveral, Mimbreras, Salobral, Plata y Castañar, Santa Catalina, Vereda del Pan y Agua, Quinta, Pitis y Barranquillas”. (2005) Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

Dado que el cuidado infantil es central para todas las personas entrevistadas, muchas veces las críticas surgen después de acudir a la consulta del pediatra y haber observado una atención deficiente o poco exhaustiva.

Otra de las críticas que nos encontramos es la de la desigualdad de trato percibida con respecto a la población mayoritaria. En las citas siguientes, los testimonios de hombres de clase media y media-baja nos muestran cómo están percibiendo claramente una imposición de determinadas políticas de planificación familiar. Respondan o no a hechos reales, hemos de subrayar su relevancia, ya que condicionan el uso del sistema sanitario y la relación con los profesionales y predisponen a los entrevistados a una determinada actitud dentro del sistema sanitario, ya sea la de pasividad o la de auto-defensa.

A: Pero vamos, que lo conocéis todo... [los métodos de planificación familiar].

M: Antes había mucha ignorancia, pero ya la gente, la mayoría, por televisión... Por muchas cosas, por hablar...

F: Y si no tenemos a los de los hospitales que nos lo dicen enseguida.

L: "Majete, cuídate..."

F: Porque yo con los dos últimos, y eso que yo me tiré... [Estuvo varios años intentando tener hijos].

Go: ¿Tienes tres?

F: Sí... catorce años para tener hijos, y con los dos últimos me decía la matrona "¿ya le hacemos a tu mujer...? [La ligadura de trompas]" "No le haga nada a mi mujer".

Go: ¡¡Si es que no quieren que tengamos hijos!!! Sin embargo a las señoras [payas] no les dicen nada.

M: A los gitanos y gitanas nos dicen que no tengamos hijos, y a un paisano [payo] no le dicen nada...

Go: ¡Pues sí que hay discriminación!, y además no quieren que tengamos hijos. Porque yo en el último que tuve, que estaba yo fuera porque dentro no puedo estar, que me mareo, salió mi cuñada de dentro y me dijo que tenía que pasar a firmar unos papeles. Pasé y la partera me dijo que tenía que mirar por mi mujer y no tener más hijos. Estaba muy enfadada. Yo me salí de la sala y ella salió persiguiéndome. Vamos, que me tuve que esconder... Y eso no se lo dicen a los paisanos. Y el niño casi se me muere por culpa de esa señora, que tuvo que estar ingresado cinco días entre la vida y la muerte.

(Grupo de discusión de varones gitanos entre 30-50 años. Barrio Carabanchel.)

Otras críticas encontradas frecuentemente en las narraciones de los entrevistados responden a la dificultad de comprender el lenguaje de los profesionales sanitarios, a la supuesta superficialidad con la que se realizan los exámenes médicos, así como a los prolongados tiempos de espera, especialmente en el acceso a los especialistas. En este

sentido, el acceso a las urgencias se justifica muchas veces como una forma de evitar esa demora.

6. ALGUNOS APUNTES SOBRE LAS RELACIONES DE GÉNERO

6.1. Introducción

A lo largo de estas páginas pretendemos reflexionar sobre cómo determinadas normas sociales están tan interiorizadas en las acciones de las personas entrevistadas que a pesar de que alguna de ellas pueda discursivamente ponerlas en entredicho, los sujetos se ven avocados, de forma “natural” o cuasi-automática, a hacer aquello para lo que han sido educados, y por tanto, cumplir, sin necesidad de presiones “directas”, lo que se espera de ellos¹⁹. En este apartado trataremos de señalar algunos de los factores que podemos intuir están en la base de esta fuerte programación social que condiciona a hombres y mujeres a no cuestionar determinadas prácticas. En todo caso, quisiéramos señalar que a pesar de que desde el inicio este estudio ha tenido un enfoque de género, este no ha sido un estudio específico de las relaciones de género entre las personas del colectivo gitano, por lo que las aportaciones de este apartado deben ser tomadas como hipótesis plausibles.

6.2. La importancia de ser una mujer honrada: la presión por la preservación de la virginidad femenina

La norma de la preservación de la virginidad femenina hasta el momento del matrimonio parece ser esencial para casi todas las personas entrevistadas (exceptuando una, que explícitamente rechaza las “costumbres gitanas”), y establece una forma diferencial de control social hacia hombres y mujeres, que incluye la socialización en actividades diferentes para ambos sexos (8-10 años en adelante) y la estratificación de las actividades y de los espacios permitidos para cada uno de ellos.

¹⁹ Bourdieu, P. (2000) La dominación masculina. Anagrama, Barcelona.

Esta norma de la virginidad está relacionada íntimamente con la idea de la *honradez*, que sobre todo afecta al comportamiento de la mujer, en tanto que prescribe cómo tiene que comportarse frente al grupo; por ejemplo, ayudando a los suyos en las tareas domésticas, no saliendo a divertirse a bares y/o discotecas, no bebiendo o fumando y, principalmente, absteniéndose de tener relaciones sexuales hasta el momento del matrimonio. El estereotipo de “mujer gitana” aparece muchas veces como sinónimo del de “mujer honrada”.

Una mujer considerada honrada es aquella a la que los hombres gitanos afirman deberle respeto. Dicho respeto incluye por su parte mantener las distancias frente a la mujer, no mirarle o hablarle demasiado. La mujer honrada se diferencia, por tanto, de las “otras” mujeres, quienes incurren en comportamientos reprochables como salir de fiesta, beber, fumar, tener novios y/o relaciones sexuales.

L: Nosotros conocemos a las mujeres que son mal casadas, las que están dejadas, las que están por ahí de juerga.

A: Ah...

L: Pero hay mujeres que tienen su respeto, que la ves y dices tú, “esta no”, tienes que tener su respeto, ni mirarla ni nada, que por eso no nos juntamos nunca, ¿entiendes?

A: Claro...

L: Hay mujeres que no tienen su respeto, ni nada, que les gusta... ¿entiendes?

(Luis: Hombre, 24 años, clase media, madrileño, familia procedente de Extremadura. Vive alternativamente en los pisos de realojo otorgados a su madre y a su suegro. Actualmente en curso de RMI. Ha trabajado de peón y de barrendero)

A: ¿El tema de que las mujeres puedan trabajar o salir por ahí, qué te parece?

G: No, yo no... A mí no me gusta. La mujer gitana, si es gitana de verdad, yo pienso para mí que como siempre, no tiene que salir de discotecas, no tiene que tener novio, ni nada de eso.

A: Ni tiene que fumar...

G: Nada, ni fumar, ni beber, nada. En casita, cuidar de la madre, hacer la comida, las cosas de casa...

(Germán: Hombre, 26 años, clase media, madrileño, familia procedente de Palencia, no hijos, peón de construcción)

En general, el respeto a la costumbre, a las cosas que han sido así “de siempre”, sirve de justificación instantánea para afirmar que los comportamientos no deberían cambiar.

A: ¿Y a ti qué te parece que los hombres fumen?

S. *Eso ya viene de toda la vida y eso lo vemos bien.*

A: *¿Y que lo hagan las mujeres?*

S. *Mal. Las mujeres fumar lo vemos mal, y que beban también. Una gitana que beba también. Queda mal. Eso ya viene de... siglos.*

(Sonia: mujer, 45 años, clase baja, residente en chabola en Valdemingómez. Nacida en Portugal. Familia extremeña. Madre de 3 hijos. Venta ambulante nómada durante su infancia. Madre de 3 hijos. No cristiana)

Sólo cuando existen condiciones que permiten acceder a nuevas experiencias o nuevos mundos de sentido, como es la continuidad en el ámbito escolar o el acceso al mercado laboral (que aumenta significativamente las relaciones sociales y la movilidad de las mujeres), empiezan a cuestionarse, como veremos más adelante, las funciones socialmente asignadas a cada género.

El miedo a la mala fama es un tema recurrente en las conversaciones de todas las mujeres. Consecuentemente, las jóvenes se esfuerzan por abstenerse de realizar aquellos comportamientos que vayan a acarrearles la susodicha mala fama, siguiendo los preceptos de la mujer honrada. Veamos cómo en el siguiente extracto de entrevista cuatro mozas explican lo que es ser una mujer honrada.

L: *Normalmente, yo creo, no todas las mujeres gitanas somos honradas.*

A: *¿Qué es ser honrada?*

F: *Nosotras.*

L: *Cuando estás con tu marido es serle fiel a tu marido, no ponerle los cuernos.*

A: *O sea, sólo estar con tu marido.*

L: *Con tu marido.*

A: *¿Y si no tienes marido?*

S: *Búscate uno, y no ponerle los cuernos.*

L: *Mira, yo soy soltera y yo soy honrada porque nunca he tenido un novio, no enseño mi cuerpo, porque no voy por la calle chillando, no soy de estas locas.*

F: *Porque no vamos a las discotecas, no fumamos, no bebemos.*

(Natalia, Silvia, Luna y Fátima. Grupo de discusión de mozas de clase media. 24, 23, 19 y 17 años. Residentes en chabola. Barrio Fuencarral. No cristianas)

Cuando la edad de la mocedad femenina se prolonga y las mujeres se encuentran trabajando, el control social pasa por la supervisión por parte de padres y hermanos de sus tiempos, fiscalizando que vuelvan a casa directamente del trabajo. Algunas de estas mozas comentan que han de establecer determinados límites en las relaciones con

sus compañeros de trabajo para no ser cuestionadas por sus familias. Como por ejemplo limitando las muestras de afecto en el trato con ellos.

Las mozas entrevistadas sostienen tener que “ronear” (ligar) a escondidas, dado que su fama peligraría en caso de que alguien las viese flirtear con los jóvenes, lo cual sería inconveniente para poder casarse posteriormente.

Véanse las siguientes citas, en las que dos madres explican el porqué del miedo a que sus hijas pierdan la virginidad, dado que como mujeres dejarían de ser válidas para el matrimonio. Como podemos ver, el miedo no responde sólo a que las mujeres tengan relaciones sexuales y pierdan la virginidad, sino a lo que pasaría en caso de quedar embarazadas de un hombre no gitano, puesto que se asume que en caso de ser gitano se casaría con ella.

M: “Una gitana que se va a una discoteca a arrimarse con los payos... A los payos se les empina... Y viene con barriga...”

P: “Y al gitano también [se le empina]”

M: “pero es que si es gitano el que le hace la barriga esa mujer se tiene que casar. Y si es payo pues no. Coge, y la deja”

A: No es tan fácil que te quedes embarazada, ¿no?

M: “¿Pero y el agujero que te han hecho?” Una mujer con un boquete para qué vale, ¿para qué la van a querer? Ya no vale. Una noche que se acueste con un hombre y ya se ha roto su vida, porque todos los gitanos la señalan. Ya no es una mujer buena. Ya no se puede juntar [en ceremonia del pañuelo que explicaremos adelante]. Es una mujer de vergüenza, no te ajuntas que es una mujer de vergüenza, ¿para qué te ajuntas con ella?”

P: “Lo que tú estás explicando... Para que lo entienda ella, una moza gitana, que sea moza, que sea virgen, si sea quien sea, la rompe [le quita la virginidad], ya para un mozo no vale...”

(Grupo de discusión. 16 Mayo 2006)

J. Es que ahora hay más libertades, pero eso es una costumbre que no se perderá... Nosotros vemos mal que una chica vaya con un chico y a los dos meses con otro... Entonces el que realmente se quiera casar con ella y la vea, dice que ya no se quiere casar con ella... Nosotros lo vemos muy mal...

(J: Mujer, 49 años, clase media, residente piso de realojo en barrio de Fuencarral. Procedente de Palencia. Casada a los 19 años con su actual marido, primo de ella. Actualmente trabaja de voluntaria como cocinera para una asociación evangélica. 10 hijos. Cristiana)

El significado de la palabra “novio” es relativamente distinto al habitual en la sociedad mayoritaria: se refiere al hombre con el que la mujer está comprometida. Sin embargo, sí que está aceptado que los jóvenes mozos experimenten sexualmente y tengan varias “novias”.

Cuando las gitanas hablan de ligar o ronear no incluyen dentro de ese término las relaciones sexuales con penetración, aunque se observa cierta propensión a otro tipo de aproximaciones sexuales. Veamos cómo dos mozas residentes en El Cañaverál cuentan la diferencia entre un “novio” y un “rollo”.

M: Entre nosotros, vamos un grupo de mocedad a un parque, y en el parque ya sabes lo que va a suceder.

A: ¿Qué va a suceder?

M: A ver... Estamos así entre mocedad, pues va uno y te empieza por una teta. Empieza por el culo, tocándote el culo, pero al fin y al cabo te estás besando con él. ¿Me entiendes?

A: ¿Cómo distinguís vosotras entre novio, o amigo que llamáis, y rollo?

V: Pues un rollo te besas y ya está.

M: Y ya está. Y con el amigo hablas...

M: Y el novio es tu novio.

A: ¿Al rollo sólo lo veis un día?

V: Claro, lo que pasa es que...

M: Un rato, un rato y... si te he visto no me acuerdo.

A: ¿Y puede ser un desconocido?

M: No, un desconocido no.

V: A ver, siempre se pregunta, de dónde sois.

M: A ver, viene un chico, me empieza a hablar, de dónde eres, dame tu número de teléfono. Pues a raíz de esa semana o un par de días, sucede el rollo...

V: O lo otro.

M: Pero aquí te pillo aquí te mato no. Además, si lo conoces de toda la vida, del colegio como tú dices, del barrio, pues nos vamos al parque de Vicálvaro, va la mocedad, y siempre tiene que haber algo.

(M: Mujer, 16 años, clase media-baja, madrileña. La Jungla. Soltera. Cristiana; V: Mujer, 16 años, clase media, madrileña. La Jungla. Soltera. Cristiana.)

El tema de la selección matrimonial de los hijos ocupa muchos momentos en la vida familiar, y en ocasiones se torna un tema muy conflictivo. A este respecto, nos encontramos con diferentes opiniones en las diversas familias entrevistadas; por un lado están aquellos padres que sostienen que no les parece bien ejercer influencia alguna en la elección de la pareja de sus hijos (afirmando que eso se hacía “antiguamente”), alegando respetarán su elección.

F. Es que antes sí que te obligaban. Es que eso ha cambiado mucho... si

quieres pedir una niña, le preguntas al padre... y él te dice, “yo por mi sí, ahora, lo que diga ella...” y le preguntan a la novia... “¿tú te quieres casar con este chiquillo?” Y si dice que sí, sí, y si dice que no, pues no... Antes no, antes era a la fuerza. Hablaban los padres, “tu niña es para mi niño...” y ya está...

A. *¿Y si no quería la niña?*

F. *Les daba igual... ellos hacían y disponían como quisieran... y hoy ya no... Hoy sí hay diferencia.*

(F: Mujer, 39 años, clase media, gallega. Cañada Real. 7 hijos. Asiste a veces al culto).

Mientras que por el otro lado nos encontramos con familias que llevan a cabo una estrategia intermedia, que consiste en presentar a sus hijos o hijas a jóvenes (preferiblemente familiares) para ver si se gustan, tratando de “facilitar” que establezcan relaciones con gente “de buena familia”.

En todo caso, lo que parece claro es que las familias ya no presionan abiertamente para que sus hijos e hijas se casen con las personas que según su criterio, piensan que son las más adecuadas, aunque sí les ofrecen información sobre la “calidad” de las familias conocidas, la cual suele ser tenida en cuenta por dichos jóvenes. Lo que sí se puede afirmar es que la mayoría de las personas entrevistadas prefieren que sus hijos e hijas se casen con personas de etnia gitana.

E: *¿Te ibas a escapar?*

V: *Pero no, porque...*

M: *No, porque no les gustaba la familia.*

V: *Porque no nos querían.*

E: *¿No os querían?, ¿cómo te enteras tú que una familia no te quiere?*

V: *Pues a mi padre esa familia no le gustaba porque decían que esa familia...*

M: *Eran muy malos.*

V: *Que pegaban mucho a las mujeres.*

E: *¿Y entonces tú dejaste al chico?*

V: *No, seguí con él, pero luego ya me dijo que si me escapaba, y le dije que no.*

M: *Es que mira, nuestros padres, aunque nosotras lo veamos mal, quieren lo mejor para nosotras.*

(M: Mujer, 16 años, clase media-baja, madrileña. La Jungla. Soltera. Cristiana; V: Mujer, 16 años, clase media, madrileña. La Jungla. Soltera. Cristiana.)

Sea como fuere, la importancia del matrimonio y de la alianza con una “buena familia” responde a la preocupación de padres y madres por la futura vida de sus hijas,

principalmente debido a que la forma residencial mayoritaria después del matrimonio suele ser la virilocalidad²⁰. Tras el matrimonio, los padres ya no tendrán a su hija tan cerca como para “controlar” que no esté teniendo problemas con su marido. Por tanto, garantizar que su hija se case con un buen gitano es sinónimo de asegurar un buen futuro para ella, frente al riesgo percibido como bastante probable, de una mala experiencia matrimonial.

Algunos hombres jóvenes nos han contado que también les preocupa enormemente con qué mujer se junten los hijos.

J: Primero veo donde se mete una hija. Porque si te dan... Es mi hija, de mi sangre. Yo la crié, y ahora me la coge, así, por decirte, un desgraciado y me la va a reventar a mi hija... Los gitanos tienen que tener a las mujeres mucho respeto. Mucha educación las mujeres a nosotros. Entonces, claro. Coge una mujer uno, que viene uno que es muy borracho, o es un endrogado, que ha pasado en muchos casos. Le da mala vida a la mujer, entonces.... Entonces tienes que mirar la casa, tienes que mirar todo. ¿Qué pasa? Que ahí miras donde metes tú a tu hija. ¿Qué pasa? Que si tienes un hijo ahí miras donde metes tú a tu hijo. Si metes una casa que va a haber muchos problemas, que va a tener tu hijo muchos problemas, entonces dices “Eh, ¡qué va!”. Llegas a tu hijo, lo coges “Tú con esa no, que te mato [que discutimos]. Búscate a otra, esa no vale para ti. No que yo no quiero meterte en esa familia, esa familia va a tener mucha ruina, muchos jaleos...”

(Julio: Hombre, 22 años, baja, residencia en chabolas en Villaverde hasta que recientemente fue realojado con su esposa y sus tres hijos a una vivienda en altura en barrio de Entrevías. Madrileño. Chatarrero. A veces asiste al culto)

Otra de las estrategias de los padres para asegurar que sus hijos estén con “buenas familias” pasa por tratar de casarlos entre primos hermanos. Al casarse entre miembros pertenecientes a una misma familia extensa, se reduce el riesgo de desprotección de la hija asociado a la virilocalidad.

A: ¿Y eso es muy común, casarse con los primos hermanos?

L. Sí.

S. Es la mayoría de todos.

A: Sí

L. Sí. Ahora tenemos otra boda y también son primos hermanos.

S. Como han estado toda la vida juntos. Pero si hay un hombre aquí, y una moza aquí, por ejemplo, y se pueden casar estos dos, ¿por qué voy a mandar a la niña por ahí, a otra gente que yo no conozca? ¿Y si le va bien o le va mal? Yo sé que aquí, pues le puede ir bien. Y la tienes contigo.

A: Y también conoces a la gente.

Y conoces a la gente, porque sabes que de ahí no te va a venir nada malo.

²⁰ La recién casada se marcha a vivir con la familia del marido.

(Sonia: mujer, 45 años, clase baja, residente en chabola en Valdemingómez. Nacida en Portugal. Familia extremeña. Madre de 3 hijos. Venta ambulante nómada durante su infancia. No cristiana)

Una de las alternativas más frecuentes a la “boda gitana” es la opción de “escaparse” con el novio, la cual suele culminar con el reconocimiento social de que los jóvenes que se han marchado juntos son de hecho matrimonio.

En cualquier caso, las consecuencias de la fuga dependerán en gran medida de cada familia. Algunas familias consideran una gran ofensa que su hijo o hija se haya escapado y no haya realizado la preceptiva “boda gitana”, por lo que ello supone de subversión de las “costumbres gitanas”. En otros casos, incluso se llega a valorar positivamente la evitación del coste de la boda que este proceder conlleva.

La decisión de escaparse depende en gran medida del rechazo explícito por parte de los padres de la unión y, por ende, de entrar en relación con la familia del novio o de la novia.

Hay que dejar claro que en ninguno de los casos en los que la pareja se escapa se puede tener ya una “boda gitana”, que es aquel ritual en el que se realiza la ceremonia del pañuelo y se “sacan las rosas”. Veamos cómo un grupo de mujeres explica esta ceremonia.

Me presento en un grupo de alfabetización de mujeres a través de una asociación. Las mujeres ya estaban hablando del tema del pañuelo cuando yo he llegado. Rosa, una mujer de 20 años, se pone a hablar de las suegras “que dicen que te saquen diez rosas”. Le pregunto qué es lo de la rosa y me dice “a cada pañuelo que te sacan de ahí [vagina] lo hacen una bola, lo anudan, y le llaman una rosa. El número de pañuelos que te saquen depende de la suegra”. Una de las mujeres presentes, mediadora social, de unos 30 años, cuenta que ella no cree en lo del pañuelo, pero que ella pasó por el rito, después de escaparse con su novio. Afirma que a ella le salió el pañuelo bien y ya había “hecho cosas”. (Cañada Real, 20 Abril 2006)

La boda que los entrevistados sigue las “costumbres gitanas” sería aquella en la que los jóvenes previamente se han “pedido” (momento a partir del cual el mozo y la moza ya están prometidos). Los mozos son entonces considerados novios y se les permite salir juntos públicamente.

El periodo del noviazgo es recordado por las parejas recién casadas con mucha ilusión, como uno de los momentos centrales de su vida, a partir del cual las responsabilidades llegaron demasiado rápido. En la última parte de la siguiente cita vemos cómo el entrevistado recuerda cómo el entorno social presionaba para que no tuvieran relaciones sexuales con penetración.

A: ¿Te daría igual a qué edad se case tu hijo?

J: *Hombre, yo a mi hijo se lo diría, que disfrute más de la vida, que no se case. Que cuando se pide uno todo eso es muy bonito, mucha libertad. Mi padre me tenía muy encerrado a mí, no me dejaba salir. A mí antes me gustaba mucho salir por ahí, la juerga. Mi papa me prohibía muchas cosas. Me cogía, me regañaba y me prohibía. Entonces yo no he disfrutado de la vida como tenía que disfrutar. (...) Entonces ya, cuando ya te pide, todo es muy bonito. "Toma", llega el padre, "Toma, 50 centavos. Vete con la novia, corre, que te vas a merendar." Te vas con ella, abrazado con ella, te vas al parque o te ibas ahí al Parque Sur. Mientras te casabas con ella, al cine, a ver una cinta... Entonces pues mira, todo el día, todo el rato, como la quieres estás todo el día pegado a ella, riéndote con ella, jugando con ella. ¿Y qué es lo que pasa? Todo eso es muy bonito. Dices tú, "madre mía, qué alegría".*

A: *Y además que todo el mundo de la familia contento, ¿no?*

J: *Te apoyan, todos están contentos, te ven, "hombre, si ha venido el Julio de la Micaela [prometida]. A ver, sentaros aquí". Te vas a otra casa "mira, Julio, el de la Micaela". Todos encima tuya: "venga, que vamos a hacer dentro de poco la boda. No hagáis nada, ¿eh? Como hagas algo te mato, ¿eh?". "Vale, vale, tranquilo, hacemos boda". Vas donde la familia, donde los tíos, te besan, te abrazan. Todo eso es muy bonito. Pero luego ya cuando uno se casa, hace la familia... Se casan y una familia por cada lado... Ya no están encima tuya, ya se ha acabado todo lo bonito...*

(Julio: Hombre, 22 años, clase baja. Barrio Entrevías. Chatterero. A veces asiste al culto.)

La socialización de las mujeres va encaminada a poder cumplir en el futuro las funciones inherentes a una buena esposa. En este sentido, la figura de la suegra se encuentra muy cargada simbólicamente. Por un lado, sirve para amedrentar a las jóvenes durante la adolescencia (a veces también durante la infancia), puesto que se da por sentado que las mozas residirán con ella una vez casadas. Por otro lado, los padres están preocupados por meter a sus hijos e hijas en casas con "buenas suegras".

S: *Desde chiquitita a lo mejor te dicen "no os vayáis con la bicicleta, que no sacáis pañuelo". "No os casáis, no os va a querer la suegra".*

N: *Pues muy bien, ¡¡que no me quiera!!!*

S: *O "aprended a hacer de comer para que el día que os caséis no os mate [discutáis con] el marido".*

F: *Pues yo he aprendido a hacer de comer con 8 años.*

S: *Yo a los 13.*

(Natalia, Silvia. Grupo de discusión de mozas. Clase media-baja. Actualmente reponedoras. Residentes en chabola. Barrio Fuencarral. No cristianas)

También es costumbre que una vez que los jóvenes están comprometidos la moza vaya a pasar temporadas a casa de su suegra.

Para las madres es esencial enseñar adecuadamente a sus hijas cómo realizar todas las tareas domésticas, para que así, a la postre, no tengan problemas con la suegra.

Pilar: "es que a las mozas las enseñamos desde pequeñas a cocinar y a hacer"

las cosas de la casa, porque no queremos que luego las regañen o las peguen. Una buena esposa tiene que saber hacer bien las cosas de la casa, cocinar, para que no se metan con ella”

Vanessa, quien está presente, me dice que ella lleva tiempo que lo sabe hacer.

Pilar: “por ejemplo, yo me he ido hoy de casa y ella me ha hecho las cosas”

Pilar se pone a contarle a su vecina que una de las esposas de un familiar es muy sucia. “Sólo tienes que ver cómo va de sucia que da asco. Tiene un hijo de 17 años precioso, que no puede ser más guapo, pero no se casa. El otro, el feo, se casó, y la esposa se fue a casa de su padre en seguida. Es que están demasiado amadrados, y la madre le decía que la pegase y el otro lo hacía”.

(Cañada Real, 4 Ago 2006)

La primacía de la preparación de la mujer para el matrimonio guarda relación con el hecho de que muchas familias hayan decidido sacar a sus hijas del instituto cuando ya “estaban mocitas”.

Al final de la entrevista Sonia nos comenta que a ella no le importa que las mujeres se casen con payos. Aún así, nos dice “tenemos mozas muy guapas, y las sacamos de la escuela como a los 12, porque nos da miedo que tengan relaciones, porque tienen que llegar vírgenes al matrimonio”.

(Valdemingómez, 18 julio 2006)

En general, casi todas las mujeres mayores de 30 años afirman haber dejado la escuela para “ayudar” a su madre a cuidar a sus hermanos, dado que forman parte de familias numerosas. De igual modo, varios de los mozos entrevistados del clase media-baja afirman querer dejar la escuela en cuanto acaben el periodo obligatorio y lo asocian inmediatamente con su matrimonio en ese periodo y con la necesidad de “buscarse la vida” para mantener a la familia.

L: No sé por qué [dejé el colegio], tenía que ayudar a mi madre también; porque me ponía a lo mejor unas cajas de cerillas, y me ponía en la puerta del mercado, sabes, le tenía que ayudar a mi madre, sabes, ¿Qué hacía?... mil pesetas, quinientas pesetas... pues para ella, hacía algo, sabes.

(Luis: hombre, 24 años, clase media. Reside alternativamente en los pisos de realojo de su madre y su suegro. 3 hijos. Cristiano.)

V: Yo a los 16 años lo dejo [el colegio].

L: Yo el año que viene ya...

A: ¿Y qué vais a hacer después?

V: Pues cuando nos casemos, a buscar nuestra vida, a chararrear.

(Víctor y Lorenzo: hombres, 15 años, residentes en chabola. La Jungla. Solteros. Matriculados en la E.S.O. Faltan frecuentemente. Ya han comenzado a chararrear con sus familiares. No cristianos)

Aún así, más de la mitad de las personas entrevistadas afirman querer un futuro diferente para sus hijas y sostienen que a pesar de que les dé miedo lo que puedan

aprender en el *instituto*, quieren que en el futuro trabajen y por ello van a dejar que sigan escolarizadas. Incluso nos hemos encontrado un caso de clase media-baja en el que la moza recién casada (14 años de edad) continuaba escolarizada y su madre la estaba apoyando para que realizara algún curso de formación profesional.

Por lo general, es en la clase media donde hay mayor formación académica y mayor inserción laboral, y donde aparece la tendencia a afirmar que “las cosas están cambiando”, expresión que hace referencia a cómo los comportamientos de las mujeres jóvenes gitanas se están saliendo cada vez más de los roles “esperados”, tanto en los espacios que ocupan, como en su modo de vestir y en su acceso al mercado laboral.

Varios son los hombres y mujeres mayores que consideran que el cambio de la mujer gitana es imparable y, de hecho, apoyan la inserción laboral de sus hijas del mismo modo que la de sus hijos.

I: Y una cosa mejor que ha pasado en la vida gitana, que la mujer gitana ha subido como la espuma, porque había mucho machismo, ¿sabes?

A: Pero por ejemplo yo hoy estuve con una chica de 15 años, que tiene la idea de que ella no va a trabajar, que eso lo hará el marido.

I: Es machismo, sí...

X: Es la vida de los gitanos, no es machismo, que esa han sido las costumbres, las gitanas normalmente, no trabajan, ahora ya, las que quieren se van saliendo del casco, a las hijas, si luego se casan y tienen universidad, trabajan, pero no las crían para que trabajen, no las preparan; a que se casen y ya está.

I: A ella le ha pasado (a Ximena), no le faltado de nada, ha sido la dueña de la casa, pero el trabajador en mi casa he sido yo, y la obligación de ella ha sido sus hijos, su casa y su marido.

X: Ahora, queremos más.

I: Hay más libertad también.

A: Por ejemplo, ¿a vosotros os parece bien que Toñi (su hija) trabaje?

I: Pues sí, ¿por qué no?

X: Sí, a su padre mejor que mí... Yo, no por nada, sino porque atiende a sus hijos y no me toque a mí...

A: ¿Pero tú si piensas que ves menos machismo que antes, en general?

X: Sí, sí, mucho menos.

I: Mucho menos. Además, se ha impuesto la mujer hacia el hombre...

(I: Hombre, 64 años, clase media, madrileño, Carabanchel, 5 hijos, no cristiano; X: Mujer, 62 años, clase media. Procedente de Toledo, 5 hijos. Cristiana)

Las mujeres entrevistadas que se han insertado en el mercado laboral tienen una doble jornada, debido a que asumen de forma “natural” la realización de las tareas del hogar.

En todo caso, y a pesar de la centralidad de la honra y de la importancia de la concepción de la mujer cuidadora, se observa cierto cambio a nivel discursivo en varios de los hombres entrevistados, que tal vez sea indicativo de un cambio que se está gestando en el imaginario de los hombres de clase media. Así, se está pasando de la adjudicación exclusiva de las tareas de cuidado a la mujer, más común en las clases baja y media-baja, a la elaboración de discursos en los que los hombres se consideran a sí mismos partícipes, de algún modo, en dichos temas.

Numerosos entrevistados abordan con normalidad e incluyen dentro de sus ámbitos de experiencia lo relacionado con el cuidado infantil (alimentación, higiene, etc.), considerándolo como parte de su función parental.

J: Yo es que si no desayunan [sus hijas] yo creo que no las mando al colegio [risas]. No puedes mandar a un niño así. Vamos, yo lo digo por mí, antes son mis hijas que nada. (...)

J: Bueno, porque cada uno es como es, yo creo que si tienen las vacunas esas es mejor, vamos, no sé. Además, yo todas las que le hemos puesto a la niña, a las dos, yo creo que no han tenido ninguna reacción ni nada, que muchas veces dicen: 'le va a dar reacción'. (...) En cambio a mis niñas no les ha dado nunca una reacción de esas, por eso las llevamos.

(José: hombre, 32 años, clase media, residencia en piso alquilado. Barrio Fuencarral. Matrimonio inter-étnico. 2 hijas. Jardinero. No cristiano)

E: Con respecto a la comida, ¿cocina tu esposa?

A: Yo también cocino...

E: ¿Y qué compras?

A: Si nosotros decidimos, “vamos a comer el domingo que viene”, pues garbanzo. Vamos, compramos los garbanzos, compramos paella, o pescado, los boquerones, que nos gustan mucho, de todo...

(B: Hombre, 20 años, clase media, madrileño, familia procedente de Extremadura. Padre de una hija. No cristiano)

Dado que no hemos realizado trabajo de campo en las casas de familias de clase media, no podemos verificar que estos hombres estén realizando las tareas que dicen compartir con sus esposas. En todo caso, no se puede negar que a nivel discursivo se observa un cambio significativo.

6.3. Algunas contradicciones

A continuación, vamos a destacar ciertas contradicciones a las que algunas de las jóvenes entrevistadas se enfrentan, sobre todo aquellas que están accediendo al empleo y, mediante él, a la ampliación de sus relaciones sociales. Por un lado, estas nuevas experiencias y relaciones les están llevando a cuestionar ciertos aspectos de su modo de vida, así como los roles que desempeñan dentro de sus familias. Por otra parte, esos mismos aspectos que critican (como, por ejemplo, el tener que servir a hermanos y padres en sus familias cuando vuelven del trabajo) son los que les confieren el rango de “buenas mujeres gitanas” en su entorno familiar y social. Consecuentemente, estas mujeres oscilan discursivamente entre un cuestionamiento de su rol familiar y un ensalzamiento del mismo.

En el siguiente extracto de diario de campo dos jóvenes protestan ante su madre por la restricción de los espacios de ocio que ésta les impone, lo que les genera una enorme frustración y la sensación de no estar “disfrutando de la vida”.

Silvia: somos los gitanos menos evolucionados... La gente que conoce otros gitanos me dice que las mujeres fuman y van a discotecas.

La hermana menor de Silvia, de 19 años, se incorpora y dice: “yo también quiero salir. ¿A dónde nos vas a llevar el día de la entrevista?”

Investigadora: no sé, podemos hacerla en el parque de aquí al lado.

Silvia: “¡mamá, estoy harta! ¡Hay que vivir la vida, que solo hay una!”

Maruja: “ya lleváis pantalones y os pintáis. Yo sólo podía pintarme los labios, no los ojos”.

Silvia: “¡sí, menos mal que no llevo ya mandil!”

La madre se marcha a empezar a hacer la comida.

Silvia me mira y dice: “¡esto va a ser siempre igual”

Su hermana Yina, de 19 años, se asoma desde su chabola y dice “Silvia, ponles la comida a Aitor y Pascual”

Silvia me mira y dice: “cuando me case seguiré siendo igual, pasaré de servir a mis hermanos a servir a mi marido”. Se da la vuelta y va a la chabola. La veo saliendo de una chabola con platos de comida y llevándola a la chabola donde se encuentran los hombres.

Maruja vuelve a salir y dice “los gitanos no hacen nada, son un adorno”.

(Fuencarral, 16 Mayo 2006)

Esa idea frustrante de que la vida tiene un destino único, o un itinerario ya conocido, es común a muchas de las mujeres entrevistadas de clase media-baja. Parece que se están dando condiciones que permiten que las gitanas imaginen su vida de manera

diferente a la prescrita y generen nuevas expectativas. Aún así, aunque consideren que se merecen “algo mejor”, y sueñen, por ejemplo, con emprender negocios y cambiar de posición social, carecen normalmente de los recursos suficientes –sociales o materiales– para generar un proyecto viable de ascenso social.

Con respecto a lo anterior, podemos ver cómo las mismas conductas que estas mozas habían criticado (su posición de cuasi-servidumbre de los hombres de su hogar), son las que utilizan posteriormente para auto-denominarse “buenas mozas”.

F: Luego ya no. Luego no te casas, mira nosotras...

N: Mira nosotras aquí... [se ríe]

F: Con lo monas que somos, lo bien que estamos, y sabemos hacer de todo, y no nos quieren...

S: Mira, de verdad, nuestras madres se quejan de nosotras por cosas que hacemos, pero yo pienso que mujeres como nosotras ya darían las payas que tienen hijas que les gustaría que fueran como nosotras...

L: No quedan.

S: Porque mira, nosotras fregamos, barremos, hacemos de comer, todas sabemos atender a un niño, sabemos hacer la compra, sabemos administrar el dinero. No es por echarnos gala, pero yo creo que casi todas las gitanas somos así. Y a lo mejor nuestras madres nos exigen y nos piden más.

N: Mucho, mucho...

(Natalia, Silvia, Luna y Fátima. Grupo de discusión de mozas. 24, 23, 19 y 17 años. Residentes en chabola. Barrio Fuencarral. No cristianas)

Otra tendencia que se puede encontrar en algunas mujeres que se están incorporando al trabajo es la de reafirmar que ellas son, ante todo, buenas madres y esposas. Esta asunción de la sobreexplotación por parte de las mujeres parece la fórmula encontrada para poder compatibilizar la expectativa hegemónica con respecto a su género y el acceso al mercado laboral formal.

Hasta el momento, hemos podido inferir la inmensa presión que sienten las jóvenes para llegar vírgenes a la ceremonia del pañuelo. Aún así, varias personas entrevistadas critican dicho ritual. El siguiente es el testimonio de una gitana en una conversación en la que las mujeres estuvieron hablando de sus bodas.

Rosa: “pues yo me escapé. ¡Para que me quite la honra el dedo de una vieja chuchurría, que me la quite mi novio!”

(Grupo de alfabetización, Cañada Real, 20 Abril, 2006)

En este sentido, es importante tener en cuenta que el hecho de que ciertas mujeres gitanas cuestionen algunos de los puntos de vista dominantes, no significa

necesariamente un cambio de normas con respecto a sus hijas, dada la fuerza de la norma social que prima la virginidad femenina antes del matrimonio.

A. *¿Y a tu hija la llevarías al ginecólogo antes de ser mamá?*

Z. *No, yo creo que no... Hombre si tiene problemas, o la duele, sí, pero siendo virgen, no, nunca, en los gitanos nunca se ha permitido eso... Hombre, si corriese peligro su vida pues la tendrían que dejar, pero esas cosas de explorarla, no, nosotros no lo vemos normal eso.*

A. *¿Pero estando embarazada sí?*

Z. *Sí claro, estando ya con su marido luego no importa, tú no sabes luego los gitanos lo que hablan, luego se dicen mira esa se ha acostado con todo el mundo, porque una mujer si no es virgen no te quieren... Bueno, ahora hay muchos adelantos...*

A. *Sí, yo veo mucha gitana con payo...*

Z. *Muchas payas con gitanos, muchas... Y ahora gracias a Dios lo del pañuelo ya se está quitando un poco...*

A. *¿Tú prefieres que se quite un poco?*

Z. *Sí. Sólo las acuestan en la cama y las miran para ver si están bien... Y después, antes de la boda las vuelven a mirar por si el novio la ha tocado o algo... Y ya está... Gracias a Dios... pero quién haga lo del pañuelo debe ser malísimo...*

A. *¿Tú no lo has probado?*

Z. *No, yo no lo he probado pero lo sé porque me lo han dicho muchas, tiene que ser malísimo... Tú imagínate que te meten eso ahí de repente... No es lo mismo que si estás con tu marido, que si un besito, que si tal... Pero de repente ahí, con un montón de gitanas que no conoces, que te estén viendo todo...*

(Zulema: Mujer, 27 años, clase media, residente en piso comprado en Vallecas. Madrileña, familia procedente de Palencia. 4 hijos. Cristiana)

6.4. El matrimonio como esfera conflictiva

La discusión sobre el matrimonio se asocia con relativa facilidad a problemas y situaciones conflictivas en el seno de la pareja. El juicio de que las mujeres gitanas “aguantan mucho” aparece recurrentemente en los discursos de hombres y mujeres. En la siguiente cita vemos cómo un hombre da por sentado que muchas mujeres gitanas asumen, de manera cuasi “natural”, una posición vital sumisa frente a su pareja masculina.

K: *Ahora los gitanos somos muy liberales, ¿no?, digamos. Pero las gitanas de por sí ya saben como es el marido gitano, ¿entiendes? Influyen muchas cosas.*

A: *¿Cómo es el marido gitano?*

K: Si es que ya te estoy diciendo que ya no pegan ni nada de eso, pero por ejemplo yo... Tú a tu marido él te dice cualquier cosa, y le dices: 'vete a la mierda'. La gitana de por sí no lo dice. Entonces son cosas muy diferentes, otra forma de vida. Si a lo mejor no trabajas durante dos meses la paya te dice: "pues yo te dejo porque así no podemos vivir", y la gitana no, erre que erre, y tiran del carro.

A: O sea, que la gitana aguanta más.

K: Sí. (...)

A: Eso por ejemplo no lo veis bien, que las mujeres salgan por ahí...

K: Si yo tuviera una paya, si yo estuviera casado con una paya, tampoco. Entonces es más difícil que lo comprenda la paya, entonces... Te mataría [discutiría] siempre, estaría matándote. Y la gitana de por sí no te va a decir "me voy a ir por ahí", porque sabe que no.

(Kristian: Hombre, 34 años, clase media, cerrajero. Madrileño. 3 hijos.)

El tema de la violencia de género como factor detonante del divorcio de las parejas, y por ende del conflicto entre las familias de los casados, aparece frecuentemente en las entrevistas con las mujeres gitanas. Algunas de ellas han llegado a afirmar que es preferible "aguantar" malos tratos que generar problemas entre las familias.

A: A mí me han contado que hay algunas mujeres que lo están pasando mal por el tema de la violencia...

S: Yo creo que todas las gitanas...

A: En algunos poblados algunas se han separado y les han dejado los niños a la familia del marido.

S: Eso, has tocado un tema muy..., son temas muy delicados porque por ahí vienen muchas peleas y muchas muertes. El casorio es muy delicado, si lo piensas un poquito, es un poco delicado, porque si te vas con ese hombre y pasa lo que tiene que pasar en una pareja... [relación sexual con penetración], y la familia no lo quiere, por ahí vienen muchos problemas.

L: Por eso yo creo que las gitanas aguantamos a los maridos que nos peguen.

S: Sí.

L Dices, si lo dejo por una pelea y puede morir mi padre, mi hermano, mi tío... Y prefieres aguantar que te peguen, a separarte, o "si me separo me quitan a mis hijos..."

(Natalia, Silvia, Luna. Grupo de discusión de mozas de clase media, residentes en chabola. Barrio Fuencarral. Procedencia Extremadura. Actualmente reponedoras en ALCAMPO. No cristianas)

El divorcio, tema recurrente en conversaciones sobre disputas de pareja, supone, en muchos casos, un conflicto entre familias, principalmente en lo que respecta a decidir con quién se quedan los hijos y dónde van a residir los cónyuges. Por tanto, no es de extrañar que el matrimonio sea conceptualizado como un ámbito rodeado de tensiones. El divorcio sólo se considera factible si ha habido alguno de los siguientes hechos:

drogodependencia, violencia de género hacia la mujer y/o infidelidad. Normalmente es la infidelidad femenina la que se castiga con divorcio y con los hijos repartidos entre la familia del esposo, aunque en la siguiente cita podemos ver cómo uno de los entrevistados considera que cualquier infidelidad masculina lleva consigo la separación y el reparto de los hijos – en caso de que sea la mujer quien decide separarse, generalmente los hijos varones se quedarán con el marido-.

J: Yo, por ejemplo, cojo con mi hijo, le hago cualquier cosa a mi mujer, me voy con otra, le pongo los cuernos con otra, yo mis hijos ya los pierdo, ¿me entiendes? ¡Fuera hijos! Se los lleva la madre, los hijos, le hablan la ley gitana y ya perdí los hijos. Igual como ella. Ella me hace ahí una trastada, no pasa nada. Ahí no hay ruina, no hay nada. Voy a la familia, como nos conocemos no hay ruina, no hay nada. Se hablaría todo: "Venga, vale, toma, ahí se queda su hija, yo me llevo mis hijos...". Ella que se case cuando quiera, se puede casar cuando quiera. Pero yo me caso con mis hijos, mis hijos a mí nadie me los quita. Así es como va el tema de los gitanos.

(Julio: Hombre, 22 años, clase baja, madrileño, Barrio Entrevías. Chatarrero. A veces asiste al culto.)

Aún así, durante el trabajo de campo nos hemos encontrado con la opinión generalizada de que la infidelidad femenina reviste mayor gravedad, dado que hace que los maridos se cuestionen la paternidad de sus hijos.

Quando Jesús, marido de Pilar, me dice que no le parece bien que las mujeres gitanas sean infieles, yo le contesto "¿y que los hombres lo sean está mejor?" Me mira y me contesta: "yo me puedo sacudir la chaqueta, pero si Pilar se va con alguien, a mí me queda la duda de si estos hijos son míos. De todos modos, me han contado historias de que cada vez más gitanas jóvenes engañan a los maridos.

(Cañada Real, 4 Ago 2006)

Debido a la asunción por parte de las mujeres de las relaciones desiguales de género, varias son las que afirman que aunque los maridos "se vayan por ahí", es decir, tengan relaciones extra-matrimoniales, no tienen posibilidad de hacer nada.

Juana: A mí no me gustaría que mi marido se fuese por ahí.

Choni: Si lo hace no puedes hacer nada. "Yo conozco varios casos en la Jungla [Cañaveral] de mujeres que tienen sida porque sus maridos se han ido con prostitutas. Y claro, como no les gusta ponerse preservativo pues cuando vuelven se lo pasan a sus mujeres. Hay varios hombres que ya han muerto y mujeres que están con el tratamiento. ¿Del sida ya no te mueres, verdad?"

(Valdemingómez, 7 Junio 2006)

Los divorcios se llevan a cabo mediante la ley gitana, rara vez mediante denuncias o recurso a las instituciones, siempre que el matrimonio haya sido entre dos personas de etnia gitana. En el caso de que haya habido violencia de género contra la mujer, hemos encontrado varios casos en los que padres y/o madres van a casa de su hija y se la llevan con ellos.

A: *¿Qué pasó con tu hija?*

M: *Pues que se la quité porque la pegaba mucho. La pegaba mucho y se la quité, me fui de ahí.*

A: *¿Y ahora dónde está?*

M: *La he casado con un sobrino mío, que es la que tiene 17 años. Se la quité, se dejaron para toda la vida, y la casé con un sobrino mío, que era soltero.*

(Marta: Mujer, clase baja, nacida en Santander. Residente en La Jungla. Madre de 6 hijos. No cristiana.)

Así mismo, se han localizado casos de mujeres separadas “de hecho” que, a pesar de tener la custodia de sus hijos, expresan que ante cualquier conducta “equivocada” por su parte (fumar, salir de juerga, ser vistas con hombres que no sean de la familia) podrían llegar perderla. Parece ser que aunque haya separación “de hecho”, los ex-maridos siguen manteniendo cierto poder sobre las acciones de sus ex-mujeres.

A: *¿Y tu marido dónde está viviendo?*

F: *Él está viviendo también en la Cañada, allí en una parcela que hay por el medio... pero que yo con él me llevo muy bien.*

A: *¿Y cuánto tiempo lleváis así?*

F: *Pues 3 ó 4 años, a lo mejor nos rejuntamos estamos algunos meses juntos, pero luego nos separamos otra vez.*

A: *¿Y tu familia cuándo decidisteis vivir separados...?*

F: *Nada, no dijeron nada. No es como antes que te criticaban... si ya no podéis vivir juntos te dejás y punto... (...)*

F: *Mi marido me puede quitar de muchas cosas aunque no esté con él... yo ahora mismo si quiero ir a una excursión, le tengo que preguntar, y si él me dice, “no, tú a esa excursión no vayas”, yo a esa excursión no tengo que ir... no puedo ir...*

A: *¿Y le haces caso?*

F: *Sí, claro, pero él es muy liberal. Si me tengo que ir de excursión con los niños le pregunto, él me dice siempre “sí, vete”, y si alguna vez he quedado con alguna niña se lo he dicho y él me ha dicho siempre, sí vete. O sea, que no es de esos maridos cerrados...*

(Felisa: Mujer, 39 años, clase media, residente en casa baja construida en la Cañada Real. Gallega, “separada”. Madre de 7 hijos. Asiste a veces al culto.)

6.5. La inserción de las mujeres al mercado laboral

Otro tema conflictivo es la incorporación de la mujer al trabajo formal. Muchas de las madres entrevistadas afirman que la inserción al mundo laboral formal puede estigmatizar a sus hijas y entorpecer que se casen con un buen hombre. Trabajar, según esta lógica de pensamiento, haría que “la gente hablase” y, por tanto, la mayoría de las madres prefiere que sus hijas no lo hagan. Si a esto unimos el punto de vista de muchos hombres, quienes prefieren trabajar únicamente ellos, entendemos por qué la mayoría de las entrevistadas no están insertas en el mercado laboral ni desean estarlo.

El acceso al empleo puede producir que a las mujeres se les pierda el “respeto”.

Me presento. Les cuento que he conocido a varias mozas que están trabajando de reponedoras, y les pregunto si ellas o sus hijas están trabajando.

Choni cuenta que su hija ya está casada, que está en el instituto, y que ella ya ha ido a pedir que le den un curso de peluquería. Explica que le han dicho que eso hay que pedirlo a partir de los 16 años. Añade, “pero yo sí quiero que trabaje, eso está bien. Yo no quiero que sigan chararreando”.

Juana: “que trabajen sí nos parece bien para nuestras hijas, pero es que el gitano siempre piensa mal”

Choni asiente con la cabeza.

Susana, la profesora de las clases de alfabetización dice “Choni [de procedencia portuguesa] sale a charrear con su marido”.

(Valdemingómez, 7 Junio 2006)

No es inusual, en cualquier caso, que las mujeres auxilien en las actividades económicas de sus maridos (chararreando, venta ambulante, etc.). Por tanto, no cabe afirmar tajantemente que las mujeres no “trabajan” fuera de casa; lo censurado es el trabajo realizado fuera de la tutela familiar o conyugal.

A: Y tu madre, ¿desde cuándo va con él a lo de la chatarra?

M: No, es que son... Son costumbres de las gitanas, que donde va el marido tienen que ir ellas. A ver...

A: Hay otras que no, que se quedan en casa con los niños mientras ellos charrean.

M: Porque son jóvenes. Es que a partir de una edad, se van con ellos.

A: Fíjate, que curioso, no sabía.

M: Mi madre se va a charrear con mi padre.

V: Mi padre, cuando estaba, iba mi madre y vendía fruta con él.

(M: Mujer, 16 años, clase media-baja, madrileña. La Jungla. Soltera. Cristiana; V: Mujer, 16 años, clase media, madrileña. La Jungla. Soltera.

Cristiana.)

La diferencia real la encontramos en lo que se refiere al acceso al empleo formal, eventualidad que asusta enormemente a muchas familias, especialmente en el caso de las mozas.

A: Sonia, ¿y tú qué opinas de que las mujeres gitanas trabajen fuera de casa, las jóvenes?

S. Eso lo veo mal.

A: ¿Por qué?, cuéntame.

S. ¡Yo qué sé! Porque la gente quiere que una persona joven, que se prepare, que se pinte, entonces si va a ir a un trabajo a una fábrica, lo vemos mal. Sí, porque los hombres, los gitanos, son muy machistas, y las gitanas lo que tenemos es que le soltamos en seguida a la lengua: "Uy, qué boba esa. Esa no va con buenas intenciones..." Y eso, ¿sabes?, y lo vemos mal.

A: O sea que tú, tus hijas, prefieres que estén en casa...

S: Tenerlas en casa. Que la gente habla mucho, y a lo mejor no están haciendo nada malo, pero luego hablan. Y te señalan con el dedo: "¡Uy, cómo va esa!"

(Sonia: mujer, 45 años, clase baja, residente en chabola en Valdemingómez. Nacida en Portugal. Familia extremeña. Madre de 3 hijos. Venta ambulante nómada durante su infancia. No cristiana)

Otra de las tensiones que se generan alrededor de la eventual inserción de las jóvenes al trabajo tiene que ver con la asociación que realizan varias de las personas entrevistadas entre el acceso al empleo y el mayor contacto interétnico. Semejante contacto genera una gran desconfianza hacia las hijas, ante la posibilidad de que las mozas puedan tener relaciones sexuales y/o escaparse con "payos".

Es entre las personas entrevistadas de clase media donde hemos encontrado, al menos a nivel discursivo, un mayor grado de aceptación de la inserción laboral femenina, reflejado en la inserción laboral efectiva de algunas de las entrevistadas y en las expectativas de padres y madres con respecto a un futuro mejor para sus hijas.

7. GÉNERO, SEXUALIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

7.1. Ocio, fiesta y concepción diferencial de la mocedad

La experimentación sexual es una característica de la etapa juvenil en los hombres. Al contrario, la mocedad femenina está construida alrededor de la virginidad y de las ideas de limpieza y “honra”. En este contexto, cobra sentido la ocupación generizada de los espacios de ocio.

Al respecto, nos encontramos con espacios de ocio mixtos, como los centros comerciales, donde acuden mozos y mozas, y con espacios masculinos, asociados con la actividad denominada “ir de fiesta” (bares, pubs). El ocio que está cada vez más aceptado para la mocedad –en todas las clases sociales- es el que se desarrolla alrededor de los centros comerciales, y está muy asociado al consumo de comida rápida.

La edad es un factor clave para la incorporación de ese tipo de ocio, de forma que mientras mujeres casadas de edad madura afirman salir de los asentamientos chabolistas sólo en contadas ocasiones, las jóvenes recién casadas sí parecen acudir con asiduidad a los centros comerciales con sus maridos.

A: ¿Salís alguna vez del poblado todos juntos? Para ir a cenar, ir al cine con los niños...

M: ¡¡Uh!!!! ¡Qué cine!... Menudo cine tengo yo. Las gitanas no salimos ni al cine, ni a comer, ni nada.

A: Oye, que ya hay alguna que sí, en la Cañada me he encontrado con alguna que sale.

M: Sí hay muchas, pero raras.

A: Que también viven en chabolas, pero a veces van con los maridos al centro comercial, a tomarse una hamburguesa.

M: Raras. Puede ser las jóvenes sin casar, las recién casadas, bueno, pero así como nosotras, nada. Nosotras, ninguna, puede ser las recién casadas, ya te digo, que vayan a comerse una hamburguesa, un rato al cine, pero nada, las demás no.

A: O sea, que estás todo el día en el poblado o trabajando.

M: Todo el día

A: Pero los maridos sí salen...

M: Los maridos sí salen para ir de fiesta.

(Marta: Mujer, 49 años, clase baja, residente en chabola en La Jungla. Nacida en Santander. Madre de 6 hijos. No cristiana.)

El espacio de la fiesta, vetado a las mujeres, está íntimamente asociado al consumo de bebidas alcohólicas y al establecimiento de relaciones con payas. Varios entrevistados recién casados recuerdan cómo en la etapa de la mocedad comenzaron a tener relaciones sexuales con payas.

J: A mí antes me gustaba mucho salir por ahí, la juerga. Porque yo, yo cogía con 5 ó 6 chavales, me arreglaba me vestía, me cogía, me iba a la discotecas, ibas a los bailes. Hoy tenía una... (...) Pues yo cuando estaba saliendo, cuando estaba disfrutando ya de la vida, que ya estaba saliendo como tu dices "del cascarón", era cuando sabía salir, que salía de juerga, que estaba con una chica. Era la primera vez que estaba con una chica, era, lo que era sentir la..., sentir lo que es una mujer, ¿me entiendes? Estar con una mujer.

(Julio: Hombre, 22 años, clase baja, recientemente fue realojado con su esposa en Entrevías.. 3 hijos. Madrileño. Chatarrero. A veces culto)

La experimentación sexual masculina está ampliamente permitida y se va naturalizando la idea de la "promiscuidad femenina paya", asociada a una percepción de mayor frecuencia de las relaciones sexuales y a la concepción de que las mujeres payas son posibles focos de transmisión de enfermedades venéreas.

A: Antes me habéis dicho que os gustan bastante las payas. ¿Es verdad que con las payas podéis hacer más cosas?

L: Eso es verdad.

V: A las gitanas no se le puede hacer... [movimiento con la mano que asemeja tocar la vagina de la mujer] Y a las payas sí.

A: ¿Pero a todas?

V: A todas. Hay algunas que sí son muy cachondas. Si yo a la gitana la cojo, y haces el amor, ya te tienes que casar por fuerza. Quieras o no te tienes que casar con ella. Y con las payas pues ya no.

(Víctor y Lorenzo: hombres, 15 años, clase baja. Residentes en chabola. La Jungla. Solteros. Matriculados en la E.S.O. Faltan frecuentemente. Ya han comenzado a chatarrear con sus familiares. No cristianos)

En este contexto, las opciones para aquellas mujeres gitanas que quieran tener vida sexual pasan necesariamente por escaparse, casarse a edades tempranas o por "ronear" a escondidas. Aunque ya hemos visto como el flirteo juvenil no incluye en los discursos la penetración vaginal, varias de las mozas entrevistadas sostienen que no es

infrecuente que algunas jóvenes realicen sexo anal sin protección como recurso para burlar las prohibiciones.

A. O sea, ¿se supone que el día que vayas a estar con alguien ese va a ser tu marido?

V. Sí

A. ¿Eso sigue siendo así, o las mocitas hoy en día también hacen cosas pero en secreto?

V. A ver, hay algunas, las más putitas, como decimos nosotros, que en secreto hacen más cosas, pero para nosotros no es normal...

A. ¿Pero ellas hacen el amor?

V. Lo hacen, pero es que no sé cómo explicarte... por atrás...

A. Eso no saldría en el pañuelo, ¿no?

V. Sí, claro, así no sale nada

A. ¿Y tú sabes si eso es muy común?

V. Algunas putitas...

A. ¿Y cómo os enteráis?

V. Un niño empieza a hablar y se enteran

(Entrevista a Vicki. Moza residente en La Jungla. Clase media.)

A: Me ha dicho tu prima que hay algunas un poco putitas que lo hacen por detrás...

M: Sí.

A: ¿Eso es muy común, o no lo sabemos?

M: No lo sé.

A: O sea, que no podemos saber si lo hacen muchas o...

M: Aquí hay unas cuantas.

A: ¿Pero lo sabéis de verdad, o son habladurías?

M: No. Es verdad, porque los mismos que lo han hecho, lo han dicho. (...) No porque aquí, a ver, estamos entre la... y la mocedad. Estamos en la mocedad, y cuando estamos en la mocedad entre unos y otros se descubre. Pero lo único que, que, que queda entre nosotros.

(Entrevista a Maite. Moza residente en la Jungla. Clase media-baja.)

Esta forma de construir diferencialmente la sexualidad femenina y la masculina condiciona el interés que unos y otras muestran por temas como los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, los hombres se muestran bastante interesados en el uso del preservativo en el contexto de su experimentación sexual con mujeres payas. En

cambio, las mozas, al estar construidas como vírgenes y, por tanto, imposibilitadas para contraer enfermedades venéreas, no consideran necesario tener un conocimiento de los métodos de planificación familiar antes del matrimonio.

La virginidad femenina, aparte de manifestar la idoneidad de la moza para poderse casar (la “honra”), garantiza al hombre que el contagio de enfermedades venéreas jamás le vendrá de las relaciones sexuales que tenga con su esposa, por lo que el uso del preservativo sólo será concebido en la pareja más como método para evitar el embarazo que como instrumento profiláctico.

A: ¿Y no habéis escuchado de ninguna que use preservativo...?

M: Es que las gitanas que tienen sus maridos, no usan preservativo. No, pero, eso no se lo ponen las gitanas. Y además el hombre, si se... Te digo que si se va de fiesta, pues puede que se lo ponga.

A: ¿Por qué en casa no?

M: No. Porque..., a ver, si él ha cogido una moza, pues esa moza como es virgen no puede tener nada. Porque la virginidad se la ha quitado él. Pues por eso él no se puede poner nada porque [ella] no tiene nada.

(Entrevista a Maite. Clase media-baja. La Jungla.)

La importancia social otorgada a la honra constituye una fuerte barrera social para el acceso al control ginecológico. Por lo general, las mujeres afirman que acudir a ese especialista es motivo de “vergüenza”.

La figura del ginecólogo aparece estrechamente relacionada con el paso a la etapa adulta a través del matrimonio, la pérdida de la virginidad y la maternidad. Por tanto, acudir a este especialista cuando una mujer no está casada se concibe como un acto peligroso o trasgresor, en la medida que puede influir en que la mujer no sea considerada virgen, con las consecuencias sociales que este hecho ocasiona. Así, cobra sentido el que socialmente sólo se legitime acudir a este especialista cuando una mujer está embarazada o, a lo sumo, cuando tenga alguna enfermedad que lo justifique.

H: Si tiene que ir por enfermedad, se va... Sin que la hurguen en el tema... Si es por una enfermedad y no hay más remedio, habrá que ir.

(Hernando: hombre, 34 años, clase media, residencia zona Latina. Anticuario. 2 hijos. A veces asiste al culto.)

Las mozas de clase baja y clase media-baja no conocen con exactitud qué tipo de pruebas realiza el ginecólogo. Por otro lado, las madres con hijas mozas consideran que éstas sólo irán al ginecólogo en caso de que les pase algo muy grave, explicitando su preocupación por la exploración vaginal.

A: *¿Lleváis a las mozas a las revisiones ginecológicas?*

M: *No. La niña se tiene que quejar, no es como vosotras que las niñas van cada año. Nosotras, una niña que es mujer, nosotras no la llevamos*

T: *Yo mi niña nunca la he llevado, hasta que un día me cogió una infección porque estábamos en la chabola y meaba para fuera de la chabola, y la llevé al médico, pero hasta eso no la llevé*

D: *no les pasa nada en las revisiones...*

A: *A nosotras una vez al año sí que nos saca una muestra...*

M: *Es por eso que no las llevamos, porque las hurga ahí, por la honradez*

T: *A la gitana no nos gusta que las hurguen ahí*

M: *pero es más por eso... si está muy malita, pues sí, pero así por nada no se va. Una tía mía tiene una niña que estaba mala, en la Jungla, y antes de llevarla al médico la ha tenido que llevar al ginecólogo y le dijo que no la tocara por ahí, pero no la hurgaran por ahí porque era moza.*

(Grupo discusión con madres entre 30-40 años. Valdemingómez)

Lo anterior cambia en las mozas entrevistadas de clase media. La percepción del ginecólogo responde a una descripción objetiva de sus funciones, estando las revisiones anuales aceptadas dentro de otros controles preventivos.

A: *¿Qué pensáis del ginecólogo, habéis ido alguna vez?*

T: *Yo tengo cita cada año, porque por lo de la anemia...*

A: *Hay mozas que me han dicho que no van hasta que se casen por lo de la virginidad.*

T: *Mira, eso es una tontería, para mí, te voy a decir el porqué. Porque perder la virginidad es el día que tú estés con un hombre. Porque el día que te vayas a casar te lo notan por eso, no porque hayas estado con un hombre. Unos dicen que montar en bici... (...) Pero eso es ignorancia. Porque tú vas al médico y vale, no me metas el puño. Se van a dar cuenta, el día que tú te cases que has estado con un hombre. Porque es una diferencia de estar con un hombre a que te hagan una prueba. Es ignorancia.*

(Trini: mujer, 21 años, clase media, residente barrio La Latina. Soltera. Actualmente trabaja en una tienda de ropa propia, que inició junto con su hermano, músico de percusión para cantante flamenco. Padre trabaja para Institución Pública que realoja a personas de etnia gitana. Soltera. Módulo de Mediación social. No asiste al culto.)

7.2. Embarazo, parto y confianza en el sistema médico

Lo que en la sociedad mayoritaria pareciera ser una práctica guiada por el sentido común, confiar el cuerpo embarazado al sistema sanitario para que éste sea el gestor de determinadas etapas vitales, no es así para las gitanas mayores, principalmente para aquellas que tuvieron sus primeros hijos mientras su modo de vida era errante. Veamos

cómo uno de los hombres de respeto entrevistados, perteneciente a la clase media-baja, recuerda cómo las mujeres daban a luz y en seguida proseguían el camino.

A. ¿Y las mujeres cómo daban a luz?

Q. En el campo

A. ¿Y usted ayudaba?

Q. Había una tía mía que era la que cuidaba... Y paría aquí, y nada más parir, sentada en el burro y andando...

(Quintín: Hombre de respeto, 76 años. 17 hijos, un aborto. Clase media-baja, residente en piso de realajo en barrio Fuencarral. Originario de Palencia. Cristiano)

En su lugar, el conocimiento práctico o experiencial devenido de anteriores partos al aire libre y gestionados por las mismas parturientas o por familiares, ha hecho que el embarazo no se considere un proceso que deba ser medicalizado, en el sentido de delegar este acontecimiento de la vida en la institución sanitaria.

Estamos hablando de las revisiones que durante el embarazo se ha hecho su hija, y le cuento que he conocido a gitanas que no han ido nunca a esas revisiones. Maruja me dice: "¡yo he tenido 12 hijos sin revisiones médicas y aquí están!"

(Registro de campo, 21 de julio de 2006)

Sin embargo, los padres y madres jóvenes sostienen de forma generalizada estar utilizando las instituciones sanitarias como mecanismo de protección del bebé, incorporando como necesidad ineludible la asistencia a los "controles" médicos durante el embarazo.

El que las mujeres asuman el control de los embarazos está muy relacionado con su lugar de residencia y con lo que realicen otras mujeres de su entorno cercano. En este sentido, las mujeres de la zona más paupérrima de la Jungla, donde se han realizado varias observaciones, sostienen que ellas no van a las revisiones. En todo caso, podemos corroborar que otras mujeres residentes en otras partes del Cañaverl afirman acudir a todas las revisiones médicas, aconsejadas por las profesoras de cursos de alfabetización o por las y los trabajadores sociales.

Por tanto, el apoyo de las madres no es garantía absoluta para que las jóvenes casadas decidan hacerse los seguimientos durante el embarazo. Otras variables tales como el acceso al mundo laboral, las prácticas de las mujeres del entorno cercano, la asistencia a los cursos de alfabetización, la edad, etc., influyen en la valoración de la importancia de dichas revisiones médicas.

Varias mujeres de clase baja afirman haber asistido al médico durante el embarazo únicamente para que éste verifique y confirme que el niño se encuentra bien. Uno de los métodos que consideran más fiables para ello es la ecografía. Se ha observado que cuando el profesional certifica la salud del hijo tras la ecografía es relativamente habitual que aquellas mujeres que no sienten especiales molestias decidan no volver a la consulta, desentendiéndose del resultado del resto de pruebas y de eventuales controles posteriores.

En relación a lo que venimos señalando, cabe sugerir la necesidad de que, antes de realizar las ecografías, los profesionales hagan hincapié en que el estado del feto no se conocerá hasta que no se realicen las diferentes pruebas y se aseguren de que la función de cada una de las pruebas y el procedimiento que conllevan sea comprendido por padres y madres. De este modo se podrá favorecer que no se interpreten las palabras posteriores a la ecografía como garantía absoluta de la salud del feto.

E. Fui solamente una vez cuando estaba embarazada para hacerme una eco, para saber lo que era...

A. Ah, entonces sí que fuiste antes de tener al bebé.

E. Fui, me hicieron una eco, me dijeron que todo estaba bien y que podía ser un varón, nada más... Y ya no fui más hasta que di a luz.

A. ¿Y para la niña?

E. Para la niña no fui a hacer eco ni nada, sólo cuando fui a dar a luz...

A. ¿Y cómo es que no fuiste, si te puedo preguntar?

E. Porque todo estaba bien...

A. Así que al ginecólogo sólo has ido para las ecografías...

E. Sí.

A. ¿Y tú sabes para qué otras cosas se va al ginecólogo?

E. Para ver si te viene mal el niño, si te viene bien, para medirlo...

(Esther: mujer, 19 años, clase media-baja, residente en La Jungla. 2 hijos. No cristiana.)

Podemos afirmar que, en general, las revisiones ginecológicas anuales no se consideran una prioridad. En este sentido, programas municipales que han surgido en barrios como Vallecas, a partir del trabajo conjunto entre asociaciones y Ayuntamiento, están abriendo nuevas posibilidades a este respecto al proponer el acompañamiento de las mujeres a los centros de salud para la realización de revisiones ginecológicas²¹. Aún

²¹ Las asociaciones El Fanal, CASM y Barró han promovido este programa.

así, hay que resaltar que algunas de estas mujeres, muy motivadas inicialmente por dichos programas, no han sido citadas con posterioridad, lo que ha supuesto la pérdida de su motivación inicial. Por otro lado, los profesionales sanitarios que trabajan en dichos programas señalan que sólo acuden la mitad de las mujeres citadas y que otras asisten sólo gracias al esfuerzo de las mediadoras sociales.

A: ¿De siempre has ido al ginecólogo o empezaste sólo cuando fuiste madre...?

R: Cuando fui madre. Al quedarme embarazada empecé.

A: ¿Pero estás apuntada al programa que mueve tu asociación para ir al ginecólogo?

R: Sí.

A: Y si te llaman, ¿vas a ir?

R: Claro, claro. Yo creo que es importante, ¿no? Solamente por mí, ¿no?, porque yo no sé cómo estoy desde que ha nacido el niño, a lo mejor, por dentro, ¿me entiendes? A mí no me importa.

(Rosa: mujer, 20 años, clase media-baja. Cañada Real. 2 hijos. No cristiana.)

7.3. Planificación familiar

La necesidad de planificar los embarazos aparece claramente en los jóvenes, así como la preferencia por los métodos anticonceptivos que les recomiendan amigos y familiares. Los hombres aconsejan a los hombres, y las mujeres a las mujeres.

M: A ver, yo tengo mi primer hijo, pues me pongo el DIU. Y hasta que no tenga yo, que no vea yo que mi niño es bastante mayor, pues no voy a por el otro. Que tengan cinco... Como decimos nosotros, "que ya esté criado", pues ya voy a por el segundo.

A: Y tú, ¿cómo has aprendido eso del DIU? ¿De dónde lo has aprendido?

M: De mis cuñadas, de mis primas, de mi madre...

(Maite: mujer, 16 años, clase media-baja, soltera, residente en La Jungla. Cristiana.)

Para la mayoría de las personas de etnia gitana entrevistadas (independientemente de la edad, sexo y clase social) existe un tabú que dificulta la comunicación sobre temas sexuales entre padres y madres e hijos e hijas, tabú que también afecta a la comunicación entre marido y mujer, sobre todo cuando la pareja es joven. La virginidad atribuida a las mozas justifica que los padres sientan que no es necesario hablarles de estos temas mientras sean solteras. En general, los adultos afirman que los hijos aprenderán ese tipo de cosas con su grupo de iguales o en las instituciones legitimadas

como transmisoras de conocimiento, especialmente, la escuela.

A. Y por ejemplo, si tú tuvieras hijos o hijas, ¿les hablarías de los métodos para no quedarse embarazadas o no coger enfermedades?

V. Eso no lo hablamos, porque no es necesario, porque nosotras como somos mozas, no hacemos nada hasta que nos casemos.

(Vicki: mujer, 16 años, clase media, residente en La Jungla. Soltera. Cristiana.)

Este tabú persiste con excepciones en la clase media. A pesar de que en los discursos las entrevistadas sostengan que para otros temas (alimentación, revisiones médicas periódicas, etc.) han desarrollado pautas preventivas individuales, en estos temas vuelven a referirse a las pautas de comportamiento grupal, es decir, a las normas aceptadas para el colectivo, afirmando que “los gitanos no hablan de esos temas”.

En el siguiente fragmento podemos ver las opiniones de una madre de 62 años y de su hija, también madre, de 35 años, la cual trabaja actualmente como mediadora social.

A: ¿Les has contado alguna vez de los métodos [de planificación] que hay?

X: Yo no, eso no. Porque para eso sí los gitanos somos... Eso sí hay consecuencias. No hablamos de eso nada. Eso es una cosa de la naturaleza.

T: Antiguamente nadie explicaba nada tampoco, hace cuarenta años. (...)

A: Entonces vamos, los gitanos no habláis de esas cosas con vuestros hijos, eso sí podemos decir que es así.

X: Sí, es así.

A: ¿Y tú le hablarías a tus hijos o tampoco?

T: No, yo creo que no.

A: Por ejemplo, del tema de que hay preservativos para determinadas cosas...

T: Es que eso ya lo estudian.

(Ximena: mujer, 62 años, clase media, residencia en piso de realojo en barrio Carabanchel. 5 hijos. Cristiana; Toñi: hija de Ximena. Mediadora social. No cristiana.)

En general, padres y madres afirman no hablar de estos temas con sus hijos e hijas, aludiendo a la “vergüenza”. Este término cobra un significado diferente según sea utilizado por hombres o mujeres. Los padres afirman que no se lo contarán a sus hijos porque éstos ya lo aprenderán como lo hicieron ellos, es decir, en la calle. Estos hombres se refieren a las “costumbres” como justificación para no hacerlo. Por otro lado, las madres afirman no tener necesidad de contárselo a sus hijas hasta que éstas estén casadas, restringiendo la información referente al preservativo, método anticonceptivo

comparativamente más estigmatizado por su connotación relativa a la promiscuidad sexual. La vergüenza también aparece como justificación para que las mujeres no hablen de métodos anticonceptivos, principalmente del preservativo, con sus maridos.

A: ¿Y qué opináis los hombres, o tú en concreto, del preservativo? ¿Cómo has aprendido qué era eso?

N: Porque salen mucho en la tele, antes de eso del SIDA, 'póngaselo'... [risas] Pero yo nunca he usado...

A: Pero vamos, que a ti nunca te cogió tu padre y te dijo: "mira, hijo, esto es un preservativo".

N: Ni nada [risas], ¡qué va! ¿los padres a nosotros? No, no, pero ningún gitano.

A: ¿Tú con tus hijos tampoco lo has hecho?

N: Ni nada, no, no, no, ni mucho menos, que nos da vergüenza decirles [risas].

(Nacho: hombre, 43 años, clase baja, residente en La Jungla o Canaveral. Nacido en Plasencia, Chatarrero. Padre de 6 hijos)

En general, se observa un cambio drástico de mentalidad y de uso con respecto a los métodos de planificación familiar entre una generación y otra. El hecho de que mayoritariamente hombres y mujeres de más de 40 años sostengan no haber usado ningún método de planificación familiar no quiere decir que actualmente no estén de acuerdo con que sus hijos controlen la descendencia. La "marcha atrás" ha sido la estrategia más utilizada por las personas de más de 40 años. En cambio, sus hijas están utilizando algún método de planificación familiar, casi siempre apoyadas o aconsejadas por sus madres. Igualmente, los hombres casados afirman estar usando diferentes métodos y argumentan que han aprendido de ellos a través de los amigos, en la escuela o en las visitas a los centros sanitarios.

A: ¿Y cómo hacéis para no tenerlos?

M: No quiero más, pero no tomo nada.

A: No tomas nada, ¿y cómo hacéis?

M: Yo nunca he tomado nada, yo no sé lo qué es una pastilla ni una inyección, nada, no sé nada.

A: ¿Y tus hijas, tampoco?

M: La casada hay veces que se ha tomado pastillas [la píldora anticonceptiva] y eso, la otra tiene un DIU puesto, la de 19 años tiene un DIU.

A: ¿Y a ti qué te parece que se lo pongan?

M: ¡Bien! Bien. Yo riño con la otra para que se haga ya la ligadura esa, yo tengo miedo, pero la animo a ella. [Se ríe]

A: ¿Y entonces por qué a ti te parece bien que ellas se lo pongan? Y tú no...

M: Pues porque yo, me da miedo de entrar a hacerme eso, y ahora mismo como la veo tan joven, con 4 hijos, la vida que tiene también, para que no sufra tanto...

(Marta: mujer, 49 años, clase baja, residente en La Jungla. 6 hijos. No cristiana.)

Actualmente, se encuentra aceptada la idea de la planificación familiar, y en términos generales las personas entrevistadas argumentan la idoneidad de tener como máximo 2 ó 3 hijos. Este discurso siempre aparece asociado a la idea de la “modernidad”, bajo la cual se incluyen tanto la legitimación de las instituciones sanitarias y sociales, como la percepción de la importancia de las revisiones periódicas durante el embarazo. También la Iglesia Evangélica está trabajando la importancia de la reducción del número de hijos, asociada ésta a la inserción laboral, a la importancia de dotar a todos los hijos e hijas de suficientes recursos materiales y a la relevancia otorgada a la idea de “disfrutar de la vida”²² (idea que se está construyendo en contraposición a las penurias “pasadas”).

La mayoría de los entrevistados que tienen hijos afirman haberlos buscado desde el primer momento. Casi todos los mozos y mozas sostienen que querrán tener hijos al poco de casarse. Esto podría deberse a la asociación que aparece en los discursos entre el momento del matrimonio, el inicio de las relaciones sexuales con penetración (por parte de la mujer) y la paternidad/maternidad. Por tanto, aunque se conozca la existencia de diferentes métodos anticonceptivos, el uso de los mismos comenzará mayoritariamente a partir del segundo o tercer hijo.

El entorno geográfico en el que viven las mujeres y la cercanía con miembros de su familia, es lo que marca que conozcan unos métodos u otros. En este sentido, hay notorias diferencias entre los métodos de planificación familiar que las gitanas de la Jungla sostienen son los más usados “por las gitanas” (principalmente el DIU) y los que las gitanas de otros barrios de vivienda en altura (que dicen haber aprendido a través de sus familiares y de asociaciones sobre el DIU, la píldora y los preservativos) están usando.

M: Lo de los preservativos a los gitanos no nos gusta. Pues con el DIU.

A: No. O sea que tú piensas que lo mejor es...

M: Con el DIU y nada más. Es que son la mayoría de este barrio, es el DIU. Ella lo tiene puesto, mi cuñada, mi hermana, otra cuñada que tengo, mi madre. Lo tienen casi todas de este barrio. (Maite: mujer, 16 años, clase media-baja, soltera. Residente en La Jungla. Cristiana.)

²² Nótese que el hecho de priorizar una idea de “disfrute” futuro conlleva acciones racionales de planificación temporal de los embarazos y del uso de métodos de planificación familiar.

7.4. El uso del preservativo

Con respecto a la utilización del preservativo nos encontramos con tendencias discursivas divergentes. Por un lado, está la tendencia que relaciona el preservativo únicamente con los espacios de fiesta y con las relaciones sexuales que se tienen durante el periodo de la mocedad o con las relaciones extra-matrimoniales. En este sentido, el preservativo se concibe como un método de “protección” frente a los posibles contagios provenientes de las relaciones sexuales con mujeres desconocidas.

A: *¿Vosotros preferís el condón?*

V: *Claro. Lo que tenga ella te lo pega a ti. Sin condón. Por eso está el condón para...*

A: *¿Y con vuestra esposa os lo pondríaís?*

L: *No.*

V: *No.*

A: *¿Por qué?*

V: *Porque no.*

L: *Es mi mujer.*

A: *¿Tu mujer no tiene enfermedades?*

L: *No.*

V: *Claro.*

A: *¿Sólo te lo pones cuando hay peligro?*

V: *Ahora mismo me viene una paya, y es virgen, no me pongo el condón. Pero sí no es virgen claro que me lo pongo. Claro, porque da miedo.*

(Víctor y Lorenzo: hombres, 15 años, clase baja, residentes en chabola. La Jungla. Solteros. Matriculados en la E.S.O. Faltan frecuentemente. Ya han comenzado a charrear con sus familiares. No cristianos)

Esta misma tendencia (asociar el preservativo a las relaciones extramaritales y con el posible contagio que pueda provenir de ellas) es igualmente común en los testimonios de las mujeres.

S: *Porque nosotros creemos que ponerse eso es cuando se tienen enfermedades que se peguen, que tengas relaciones con otra gente de afuera, que nosotros nunca las hemos tenido en la vida. Eso sí lo vemos bien, pero entre parejas, no.*

(Sonia: mujer, 45 años, clase baja, residente en chabola en

Valdemingómez. 3 hijos.)

Son mayoritariamente las mujeres las que afirman que el preservativo no es un método aceptado entre los gitanos.

Por otro lado, están quienes prefieren usar el preservativo con la pareja estable, afirmando que el DIU puede fallar o tener algún tipo de consecuencias negativas para la mujer o aludiendo a que las mujeres engordan si toman anticonceptivos orales. En comparación con las mujeres, son más los hombres que durante las entrevistas han defendido esta postura.

A: *¿Y ahora cómo hacéis para no tener?*

L: *Ahora, pues preservativo. A mí no me gusta, pero si no hay otro remedio, pues tendrá que ser. ¡Que quieres!, por un rato de gusto, que te quedas con un mar de disgusto...*

A: *¿Y fuiste tú quien decidió usarlo?*

L: *Los dos. Es que el DIU dicen que no te puedes fiar de eso, no se fía ya, porque como tenemos tres, no tenemos piso, pues ya no podemos, tenemos otro y dónde lo metemos, estamos viviendo en una habitación, todos, somos cinco. Es una... Los niños duermen en el suelo en un colchón, sabes.*

A: *¿Y la píldora, me dijiste que ella no quería?*

L: *No, porque se ponía muy gorda y yo que sé, se ponía muy mala.*

(Luis: Hombre, 24 años, clase media, madrileño, familia procedente de Extremadura. Vive alternativamente en los pisos de realojo otorgados a su madre y a su suegro. Actualmente en curso de RMI. Ha trabajado de peón y de barrendero. Cristiano.)

P: *Yo la píldora no lo sé porque yo nada más que he escuchado que la mujer queda mal que no sé qué, pero el DIU sí, el DIU se lo puso una prima mía y dijo que no, que se lo volvió a quitar porque decía el médico que podía quedar el niño mal.*

A: *¿Ah, sí? Ay, no sabía.*

P: *Según dicen, no lo sé, porque mi mujer tampoco se lo ha puesto, pero dicen que sí, que te puedes embarazar con eso te queda el niño mal.*

(Pedro: Hombre, 25 años, clase media-baja, madrileño, familia procedente de Extremadura. Residente en chabola en barrio de viviendas en altura. Padre de 4 hijos. No cristiano.)

La negociación del preservativo no parece ser posible en muchas relaciones de pareja. Al respecto, también encontramos discursos muy variados. Por un lado, están las mujeres que prefieren utilizar un método diferente puesto que sus maridos así se lo han sugerido, dado que ellos afirman no sentir igual utilizando el preservativo. Por el otro, es frecuente el discurso de la “vergüenza” utilizado por algunas de las entrevistadas para afirmar que no es un tema que les puedan comentar a sus maridos. La incorporación de la norma social de que la mujer honrada no habla de estos temas es una barrera simbólica para la negociación. En este sentido, las mujeres acaban realizando los

comportamientos que se espera de ellas, es decir, no hablar de este tipo de temas con sus maridos y “asumir”, en muchos casos, que no tienen posibilidad de hacer otra cosa. Por lo general, siempre que surge un tema estigmatizado socialmente, las mujeres aducen “vergüenza” para justificar la evitación del mismo.

En el siguiente fragmento de un grupo de discusión de mujeres de diferentes edades (20 – 40 años) todas evocan ese término para explicar el hecho de no comentarlo con sus maridos.

Les pregunto si no pueden usar el preservativo. Silvia se ríe. Chone dice “no podemos decirles a nuestros maridos que usen preservativo”.

J: “la vergüenza de la que hablábamos antes”

S: “Yo le digo eso a mi marido y me levanta la mano y me da una cachetada”.

Les comento que una de las mozas de Fuencarral que ahora está embarazada me contó que al principio de estar con su novio le daba vergüenza cualquier cosa.

J: “Si es que todo nos da vergüenza. Por ejemplo, no nos damos besos en público, ni hacemos nada. Sólo en privado”

(Grupo de discusión. Valdemingómez.)

F. Sí mis hermanas dicen que les da asco, que es muy pegajoso...

A. Hay otras a las que les da vergüenza decirles a su marido que se lo ponga.

F. Sí, sí... es que hay personas que todavía en el matrimonio tienen vergüenza, y aunque lleven ya muchos años, tienen vergüenza de ellos y les da vergüenza de comentarles las cosas que tienen que comentarles... yo de mi marido no tenía vergüenza... si le tenía que decir que se pusiera un preservativo se lo decía y ya está... que no tengo de eso, pero hay muchas personas que sí.

(Felisa: Mujer, 39 años, clase media, gallega. 7 hijos. Cañada Real).

En todo caso, varios hombres jóvenes y algunas mujeres de asentamientos chabolistas afirman sin prejuicios estar usando el preservativo durante sus relaciones sexuales y lo asocian únicamente con la evitación de embarazos no deseados.

En resumen, es importante volver a señalar que aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas afirmen no poder negociar el uso del preservativo, todas están concienciadas de la importancia de la planificación familiar. Además, todos los hombres entrevistados que sostienen tener relaciones extra-matrimoniales afirman rotundamente estar usándolo en todas las ocasiones.

En último lugar, cabría mencionar que algunos hombres entrevistados comentan que están percibiendo las políticas de planificación familiar como una imposición. Es decir,

afirman que hay un trato discriminatorio en los hospitales y que, debido al estereotipo del “gitano = familia numerosa”, se les está presionando continuamente para que no tengan más hijos. Estos hombres, que no dudan en sostener la importancia de la planificación familiar, sienten que se les está tratando de modo diferente por el simple hecho de ser gitanos.

Go: “Pues sí que hay discriminación, y además no quieren que tengamos hijos. Porque yo en el último que tuve, que estaba yo fuera porque dentro no puedo estar, que me mareo, salió mi cuñada de dentro y me dijo que tenía que pasar a firmar unos papeles. Pasé y la partera me dijo que tenía que mirar por mi mujer y no tener más hijos. Estaba muy enfadada. Yo me salí de la sala y ella salió persiguiéndome. Vamos, que me tuve que esconder... Y eso no se lo dicen a los paisanos [payos]. (...)

M: Si es que no denunciarnos...

N: Es verdad. (...)

A Pero vamos, que lo conocéis todo.

M: Antes había mucha ignorancia, pero ya la gente, la mayoría, por televisión... Por muchas cosas, por hablar...

F Y si no tenemos a los de los hospitales que nos lo dicen enseguida.

L: “Majete, cuídate...”

F Porque yo con los dos últimos, y eso que yo me tiré...

Go: ¿Tienes tres?

F Sí... catorce años para tener hijos, y con los dos últimos me decía la matrona “¿ya le hacemos a tu mujer [la ligadura de trompas]?” No le haga nada a mi mujer”.

Go: ¡¡Si es que no quieren que tengamos hijos!!! Sin embargo a las señoras [payas] no les dicen nada.

M: A los gitanos y gitanas nos dicen que no tengamos hijos y a un paisano [payo] no le dicen nada...

(Grupo de hombres entre 30-50 años. Barrio Carabanchel)

Alguna de las profesionales que trabajan en asociaciones encargadas de impartir cursos de formación a miembros del colectivo gitano nos ha manifestado tener la impresión de que el sistema sanitario funciona demasiado ágilmente cuando se trata de realizar ligaduras de trompas a las mujeres gitanas. Este aspecto no ha sido objeto del presente estudio, por lo que no podemos elaborar conclusiones al respecto sin tener información suficiente sobre este tema, por ello nos limitamos a recomendar su investigación.

8. CUIDADO INFANTIL

La estructuración temporal de las etapas de la vida en el colectivo gitano difiere de la sociedad mayoritaria. El periodo de la infancia va desapareciendo gradualmente a medida que el/la joven alcanza la edad (entre los 10-12 años) en la que comienza la fase de transición hacia el matrimonio. Hemos expuesto casos donde se ha podido apreciar la prolongación del periodo de la mocedad, en la medida en que los jóvenes alargan su periodo escolar o se insertan laboralmente.

La etapa anterior a la escolarización se asume, entre los entrevistados de clase baja y media-baja, como una etapa en la que el infante aún no ha alcanzado la autonomía suficiente para poder entender su cuerpo y sus necesidades. Durante esta etapa, el cuidado dispensado por los padres se centra en la evitación de accidentes, la gestión de la alimentación (lactancia e ingesta de sólidos), la higiene corporal y un exhaustivo seguimiento de los padecimientos mediante la asistencia médica, la cual está totalmente legitimada al respecto para todos los niveles sociales. Las prácticas “tradicionales” de cuidado infantil son rechazadas bajo un discurso de la modernidad vinculado al uso del sistema sanitario público como protector de la salud materno-infantil.

Tanto en la clase baja como en la clase media-baja tener buena salud significa olvidar el cuerpo hasta que éste falle. En este sentido, la enfermedad aparece claramente distanciada de la salud y se concibe como un accidente, algo que imposibilita la continuidad de la vida cotidiana. En estas clases la actividad del médico es concebida principalmente como algo intenso, enérgico, con efectos inmediatos, por lo que se espera que éste solucione el padecimiento por medio de medicación o de extracciones de las partes dañadas (acciones con efecto cuasi-inmediato sobre el cuerpo), restaurando así la salud y la vida “activa”.

En cambio, las reglas promulgadas por la puericultura moderna, así como por la actual educación para la salud, se basan en una lógica temporal completamente diferente y dependen de la asunción por parte de los sujetos de una serie de normas que suponen un esfuerzo, un carácter ascético, una actitud global ante la vida y particularmente ante el tiempo (Boltanski, 1974:115), como por ejemplo, en la realización de actos tan

triviales como hacer hervir un biberón o despertar a un niño que duerme para dárselo a una hora fija. Estas reglas son de carácter preventivo, ya que exigen la realización de ciertos actos minuciosos y obligatorios, como hervir una tetina, cuyo objeto no es curar un mal, sino prevenir males posibles. Así, exigen de los que las ponen en práctica un tipo particular de acciones que implican una anticipación, una prevención del porvenir y, en segundo lugar, confiar en que su eficacia es sólo probable y estadística, es decir, “si yo realizo este acto hoy, mi hijo tiene probabilidades de estar sano en el futuro”.

“Hervir un biberón constituye un acto sanitario infinitamente más complejo que, por ejemplo, curar una herida o poner una compresa de agua fría en la frente de un niño que tiene dolor de cabeza; significa realizar una conducta de previsión cuyo resultado es aleatorio y la eficacia no inmediata” (Boltanski, 1974: 116).

Este tipo de relación con el tiempo y con la planificación a largo plazo no se encuentra en la clase baja ni en la media-baja. Sus condiciones materiales de existencia promueven incluso la ridiculización de determinados hábitos, como el cuidado de la dieta o la higiene dental.

Así mismo, es en esas clases sociales (baja y media-baja) donde existe una alta valoración de la fuerza o dureza infantil. Por un lado, los padres sostienen que los niños “nunca se ponen enfermos” a pesar de vivir en entornos degradados. Por el otro, se valora enormemente que los niños sean activos, corran, salten, se muevan mucho y demuestren ser fuertes, por ejemplo, no inmutándose cuando se les da un coscorrón o levantando a otros niños más pequeños. En este sentido, la infancia nunca es concebida como un periodo realmente separado del periodo adulto en el que el infante sería considerado como un ser al que hay que “proteger” dada su fragilidad corporal. Debemos recordar que en estas clases sociales la relación que se establece con el propio cuerpo es principalmente instrumental, dado que los trabajos o tareas desempeñadas están basados en el uso sus capacidades físicas. Igualmente, coincide con que la mayoría de las personas entrevistadas ensalzan la fuerza física, la resistencia y “adaptación” a entornos degradados.

Esto iría unido a una diferente concepción de la infancia, coherente con las tesis de Ariès²³ y de otros autores como Bourdieu (1966), quienes hacen referencia a cómo en las clases populares el apego a las normas es mucho menos fuerte que en las clases medias, donde las reglas de educación dictadas por los reformadores de la generación de 1900 han penetrado profundamente. En este sentido, Bourdieu señala que la

²³ Ariès, P. (1987). El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Madrid, Taurus.

rigurosidad de las clases medias se manifiesta en una educación primaria más rígida y represiva, la cual se opone al liberalismo (*permisiveness*) de las clases populares.

La facilidad con que las normas relativas a la crianza de los hijos (puericultura) pasan a ser moralizadas es el objeto del tercer capítulo de Boltanski (1974). Este autor reflexiona, en el mismo sentido que Bourdieu, sobre cómo la asunción de determinadas normas de puericultura se corresponde con determinados valores de clases sociales específicas, que priman el orden, la austeridad y la disciplina. De igual modo, las normas de puericultura que se asumen configuran y devienen de determinadas representaciones sociales sobre la infancia.

Lo anterior coincide con una actitud observada durante el trabajo de campo relativa a la educación de los niños pequeños (en la clase baja y media-baja), descrita también por Boltanski (1974: 126) y a la que denomina como “dejar hacer”. La percepción del infante como un ser autónomo se inicia en las dos primeras clases sociales (baja y media-baja) a partir de los 3 a 5 años. Esta adquisición de autonomía se traduce en una capacidad individual de toma de decisiones, por parte del infante, que no necesariamente estarán mediadas por las recomendaciones de los adultos. De hecho, la falta de autonomía se relaciona con la incapacidad y/ o la enfermedad²⁴.

Esta capacidad de decisión o “agencialidad” que se les permite a los niños estaría relacionada con una diferente concepción de la infancia. Por regla general, no se considera al infante como a un ser al que haya que exigir “responsabilidades” sobre sus actos, al menos en el periodo alrededor de los 0-8 años.

A continuación ofrecemos una serie de hipótesis que relacionan esta concepción diferencial de la infancia con algunos posicionamientos teóricos así como con información etnográfica relevante.

Por un lado, esta dotación de agencialidad a los infantes puede estar relacionada con el acortamiento de la infancia en la clase baja y media baja. Dado que la edad de matrimonio sigue siendo alrededor de los 14-18 años, algunos adultos consideran que los niños entran en la etapa de la mocedad entre los 9-10 años, con lo que el periodo de infancia queda notablemente reducido. Para el siguiente hombre de La Jungla, uno no empieza a fumar hasta que tiene “cierta edad”, es decir, a los 9 ó 10 años.

²⁴ Uno de los criterios que han aparecido en las entrevistas para buscar el consejo de médicos privados es el hecho de que parece ser que los médicos del sistema sanitario público recetan más frecuentemente sedantes o medicación que impide la movilidad de los pacientes. El estado de inmovilidad causado por los medicamentos genera gran preocupación en los familiares responsables de los enfermos, con lo que buscan médicos en el sistema privado.

A: *En general fumáis casi todos. Entonces tú crees que les vas a decir a tus hijos, no fumes, ¿o les vas a dejar hacer lo que quieran?*

C: *No, no, fumar nada, vamos, hasta que no tengan cierta edad; pero ahora de pequeño, ¡no, no hombre!*

A: *¿Cuándo empezaste tú a fumar, con que años?*

C: *Con, pues yo empecé ya a los 9 ó 10 años.*

(César: hombre, 26 años, clase baja, residente en asentamiento chabolista La Jungla. Chatarrero. No cristiano.)

La asunción por parte de padres y madres de la “dureza” de la vida que les espera a sus hijos e hijas está relacionada con una visión del infante como inocente, al que rara vez se le pide responsabilidad sobre sus actos, como si éste fuese a aprender de manera “natural”, en el futuro, aquellas cosas importantes de la vida. En este sentido, Boltanski (1974: 133) reflexiona sobre cómo los trabajos de divulgación del campo de la psicología han influenciado que los miembros de las clases medias conciban a los infantes como seres responsables, dotados ya de una individualidad que ha de ser “educada” y reforzada, y de ahí la importancia que para dichas clases tiene el hecho de favorecer que asuman responsabilidades concretas (como forma de educación transmitida de padres a hijos, ligada a valores que exaltan el trabajo, el esfuerzo, la seriedad, la templanza y el ahorro²⁵).

En cambio, a los niños pequeños de las clases baja y media-baja del colectivo gitano no se les trata de inculcar hábitos que supongan un adiestramiento o la realización de conductas que conlleven regularidad en el tiempo, como si los padres concibiesen que sería inútil imponerles una disciplina demasiado estricta, por lo que nunca se les hace responsables de sus actos. Éstos padres y madres, en varias ocasiones, han realizado afirmaciones del tipo “ya aprenderán”, “eso llegará por sí solo”.

Este periodo infantil en el que al infante se le “deja hacer” podría estar relacionado con la pronta socialización de los jóvenes en las tareas propias de cada sexo, las cuales implican verdadera asunción de responsabilidad en actividades que favorecen la reproducción de la unidad social. En el caso de las niñas, éstas desarrollan actividades relativas al cuidado infantil de otros miembros familiares a muy temprana edad, cuidando, por ejemplo, a hermanos/as más pequeños/as. Lo mismo cabría decir en el caso de los chicos: varios mozos y adultos afirman haber comenzado a colaborar en las actividades laborales de sus padres a edades como los 7 u 8 años.

N: Somos diez hermanos, y entonces, soy la primera chica de todas. O sea, hay dos chicos primero, luego yo, luego otro chico, y luego ya todos los

²⁵ (Bourdieu, 1966: 201-229).

pequeños. Y claro, cuando mi madre se iba por ahí a buscar la vida, pues me tenía que quedar yo con ellos.

(Nuria: Mujer, 36 años, clase media-baja. Nacida en Burgos. Residencia en casa alquilada a través de Cáritas. 3 hijas. Actualmente vive de una pensión otorgada por discapacidad física. No cristiana.)

Davis y Havinghurst (1965) sugieren que los miembros de las clases bajas sólo dan responsabilidades a sus hijos cuando son bastante mayores como para hacer verdaderamente un trabajo eficaz y útil. En varias visitas de campo hemos observado cómo las madres refuerzan positivamente a sus hijos e hijas cuando éstos, a edades como los 3 ó 4 años, realizan conductas en las que demuestran espontáneamente su fortaleza de carácter, como, por ejemplo, dar un golpe en una mesa o golpear en modo de protesta a su madre. Ante estos actos, las madres, lejos de enfadarse, sonríen y abrazan a sus hijos/as con ternura. Lo anterior, volvemos a recalcar, estaría en relación con la concepción de los infantes como seres fuertes e inocentes, a los que no se les impone, en esta etapa, el cumplimiento de ninguna disciplina. Veamos el siguiente registro de campo:

Inés se lanza contra Sonia con la mano alzada. Salud deja que la golpee, la coge y le da un beso. (Es parecido a como he visto en las chabolas de Fuencarral) Le pregunto la edad de la niña. Sonia me dice que casi tres años, mientras le da el pecho. Cuando termina de darle el pecho le coloca bien las braquitas a la niña. Inés va con una camiseta blanca de tirantes y con unas braguitas. Sonia me cuenta “y ya va al baño sola”. Le digo que qué bien, que cómo lo ha conseguido. Me dice “pues llevándola al baño. Ahora ya sé lo que le pasa cuando se toca la tripa y me dice que le duele”. Le pregunto a Luisa, hija de Sonia, si ella también lo ha hecho así y me responde que sí, “a mí no me ha dado ningún problema”. (Valdemingómez, 26 de Agosto de 2006)

Los padres y madres de las clases baja y media-baja no prohíben a sus hijos aquellos comportamientos que les pudieran revertir placer, sobre todo si ellos también los realizan. Consideran que lo que es bueno para ellos, lo es para sus hijos, no restringiendo, por ejemplo, el consumo de refrescos con gas en los niños puesto que ellos también los consumen. De igual modo, alimentar al niño a una hora fija, y no cuando él lo desea, implica aceptar que hay que negarle un placer inmediato, ocasionándole una contrariedad en aras de un resultado de interés superior situado en el futuro, que es la salud del niño. Otro ejemplo podría ser el relativo a cómo algunas madres les permiten determinadas conductas a sus hijos, argumentando que en caso de prohibírselo podrían ocasionar que estos “llorasen”. El hecho de ocasionar disgusto a los infantes perturba a padres y madres enormemente.

En estas clases sociales es corto el periodo (unos pocos meses) en el que se elabora una cocina distinta para los hijos, pudiendo éstos compartir la dieta de sus padres desde edades tempranas (aunque hemos encontrado jóvenes de la clase media-baja que se guían principalmente por los consejos del pediatra).

Existen pautas diferenciales entre unas clases sociales y otras en lo que a la supervisión directa de los hijos se refiere. Los padres y madres de clase media restringen en mayor medida el movimiento autónomo de sus hijos y el acceso a objetos que consideran peligrosos. En cambio, en las demás clases sociales los infantes tienen acceso –aunque por periodos de tiempo cortos- a la mayoría de los objetos.

Los padres y madres entrevistados de clase baja y media-baja no se perciben a sí mismos como personas que tengan mucha influencia con respecto a la educación de sus hijos en temas relativos a la introducción de determinados hábitos como la higiene bucal o a la prohibición de otros, como el control del consumo de refrescos. Los hábitos saludables se relacionan con comportamientos ajenos al modo de vida cotidiano y se asocian, por tanto, con conocimientos que han de ser transmitidos por la institución escolar.

Lo anterior no contradice lo que ya hemos explicado en otras partes de este documento, esto es, que es a partir de la clase media-baja cuando se acude a la consulta para buscar asesoría médica sobre temas relativos al cuidado infantil. En el caso de intuirse cualquier tipo de padecimiento se acude inmediatamente al médico.

S. Eso sí, para los niños no pueden ver esto [no ir al médico]. Que se deje caer y le sale un poquito de renegro en las piernas, ¡derecho y corriendo al hospital! Eso sí. Pero ahora, para la gente mayor, pues no...

(Sonia: mujer, 45 años, clase baja, 3 hijos. Residente en chabola. Valdemingómez. No cristiana.)

Por otro lado, en la clase media, dentro de la lógica de “homologación” a la sociedad mayoritaria –mediante un discurso que define los hábitos saludables como “lo normal”-, padres y madres sí consideran que sus consejos y ejemplos tendrán influencia en los futuros comportamientos de sus hijos e hijas. Así, consideran relevante hacer esfuerzos por darles información relativa a determinados hábitos saludables. Con esto no queremos decir que los padres y madres de clase baja y media-baja no les digan a sus hijos lo que tienen o no tienen que hacer, sólo que no consideran que sus consejos tendrán excesiva influencia en sus actos. Aún así, la mayoría de ellos afirman que la escuela juega un papel muy importante en lo que se refiere a la educación de sus hijos en esos temas y en lo relativo a la educación sexual, ámbito, como vimos, tabú en la mayoría de las clases sociales.

Veamos cómo los jóvenes entrevistados de clase media-baja tampoco perciben que esa función educativa sea realizada por sus padres.

A: ¿Y tú, Lorenzo?, ¿te han dicho tus padres que te cuides la boca?

L: *(Mueve la cabeza en sentido negativo)*

V: *No. Si los gitanos no hacen eso: "lávatelos". Nada.*

(Víctor y Lorenzo: hombres, 15 años, clase baja. Residentes en chabola. La Jungla. Solteros. Matriculados en la E.S.O. Faltan frecuentemente. Ya han comenzado a charrear con sus familiares. No cristianos)

[Se le pregunta sobre cómo enseñaría a sus hijos a lavarse los dientes]

A: *Y con tus hijos ¿qué harías?*

V: *Al principio, cuando sean pequeños, nada, y cuando sean mayores ya sí, yo se lo digo y si no me quieren hacer caso pues allá ellos...*

(Vicki: mujer, 16 años, clase media. Residente en La Jungla. Soltera. Cristiana)

Estos mozos y mozas no conciben que lo referido a los hábitos de alimentación, entre otros temas, sea responsabilidad de sus padres, y por tanto se responsabilizan a sí mismos de las consecuencias físicas derivadas de hábitos adoptados en la infancia, como por ejemplo, consumir excesivos azúcares. Por tanto, nunca relacionan sus hábitos actuales con las enseñanzas de sus padres, sino que aceptan las consecuencias derivadas de sus actos; asumidos como si fuesen el resultado de decisiones "racionales".

A: *¿Y por qué tienes tan mal la boca?*

C: *Porque de pequeño me gustaban mucho los bollos y las golosinas, y tengo los dientes hechos una pena.*

(César: hombre, 26 años, clase baja, residente en asentamiento chabolista La Jungla. Chatarrero. No cristiano.)

En cambio, en la clase media, los padres explican con cuidado a sus hijos las cosas, con la expectativa de que sus opiniones van a ser tenidas en cuenta. La diferencia radica en la auto-percepción que padres y madres tienen de su propia autoridad, así como en la percepción que tienen los hijos de las funciones que ejercen o debieran haber ejercido sus padres.

J: *Sí, porque antes era otra vida, a lo mejor tu padre en vez de decirte 'estate quieto' como le digo yo a mi hija, o 'no hagas esto', pero hablando, mi padre te hacía ¡zas! Y ya tenía que decir ¿por qué me ha pegado? Y pensarlo, a mí en cambio no me gusta ser así con mis hijas. Se lo digo y si no me hacen caso pues ya les hablo de otra forma para que lo entiendan, bueno, para que lo entienda la mayor que tiene nueve años, porque la que tiene dos [risas] hace lo que ella quiere.*

(José: Hombre, 32 años, clase media, residencia en piso alquilado. Madrileño. Familia procedente de Palencia. No cristiano.)

9. ALIMENTACIÓN

Los hábitos alimenticios en el colectivo gitano varían entre unas clases sociales y otras. Las diferencias más relevantes están relacionadas con la percepción de los alimentos sanos, con la actitud ante la alimentación infantil y con la búsqueda de asesoramiento médico para el cuidado de la dieta.

Por lo general, la compra y preparación de alimentos pertenece a la esfera de las tareas asignadas a las mujeres. Éstas aprenden a cocinar a muy temprana edad para cumplir con sus funciones una vez que se casen y ser así responsables de cuidar a su nueva unidad familiar.

9.1. La clase baja y media-baja

En cuanto a la clasificación de los alimentos como saludables o no, tanto en la clase baja como en la media-baja residente en entornos precarizados, la distinción de los alimentos teniendo en cuenta sus propiedades nutritivas no se torna relevante. De este modo, la comida “buena” (saludable) suele identificarse con la comida que más gusta, esto es, con la que es parte fundamental de la dieta: los pucheros o “platos de cuchara”, así como los fritos.

A: O sea, ¿que no sabes si es mejor una hamburguesa o unas judías pintas?

N: Hombre, hombre, lo que más me gusta son eso, los garbanzos, los frijoles y cosas de cuchara, ¿eh? Me encanta, eso me encanta, esa es la comida mía. (...)

A: ¿Y coméis un plato o dos platos? O sea, ¿carne con algo más?

N: Nosotros comemos un plato sólo, lo que se fríe y eso, ¡hala, ya está!

A: ¿Y el tema de la verdura y la fruta, coméis?

N: De eso no. No nos ha dado... Es que a mí fruta, no como nada.

(Nacho: hombre, 43 años, clase baja, residente en La Jungla. Chatarrero. No cristiano)

Los ‘pucheros’ son el alimento más habitual en la dieta de niños y adultos puesto que

son económicos y a su vez suponen un gran aporte calórico, dado que en estos guisos se mezclan legumbres, verduras y carnes.

En estas clases se observa un elevado consumo de alimentos altamente calóricos, principalmente frituras e hidratos de carbono (arroz y pasta). La fruta es muy escasamente consumida, llegando incluso a relacionar este tipo de alimentación 'más saludable' con hábitos considerados burgueses. Las legumbres y verduras son también consumidas con regularidad, aunque la variación en el tipo de verduras es muy escasa y suele ser un alimento secundario frente a los alimentos con 'sustancia' (carnes y embutidos).

Aún así, en los discursos de algunas entrevistadas de clase media-baja se critica los efectos de la bollería, aunque tanto ésta como los refrescos siguen siendo comunes en su dieta y en la de su familia.

Z. Los bollos para mi buenísimos..., porque me encantan, pero para la salud muy mal, pero no te puedes alimentar a base de bollos. El grande no come más que bollos... Yo a lo mejor compro, para desayunar o para merendar, un paquete de donuts o de magdalenas y lo guardo en el armario para que no lo vean, y el niño en vez de comerse la comida que pongo, echa mano de los bollos, y no te puedes alimentar a base de bollos...

A. ¿y tus niños beben mucha Fanta, muchos refrescos?

Z. Coca cola es lo que más beben

(Zulema: mujer, 27 años, clase media, residente en piso comprado en Vallecas. Varios años viviendo en chabola a raíz de matrimonio. Infancia en piso de realojo. 4 hijos. Cristiana)

Como ya señalamos en el apartado anterior, el consumo de refrescos suele ser muy frecuente en la dieta de todos los miembros de la familia, independientemente de la edad. Los padres y madres asocian esta bebida con los gases y el posible malestar de estómago que puede producir en los niños, pero no con las caries que su elevado porcentaje de azúcares puede ocasionar. La mayoría de los padres de estas clases consideran que lo que es bueno para ellos, lo es para sus hijos, no restringiendo el consumo de refrescos con gas a los niños. Esta valoración de la igualdad de comportamientos entre adultos y niños, influye en que la individualización de la dieta no cobre sentido ni desde el plano social ni desde el económico.

A: ¿Toman muchos refrescos los niños?

P: Bueno, Coca-cola y Fanta toda la que le des [risas].

A: ¿Sabes si eso afecta a sus dientes?

P: Yo no. Yo dejo la Fanta, que beban toda la que quieran.

A: O sea, que es buena para los niños.

P: ¡Y para mí, claro! [risas]. Lo que es malo es el alcohol, el alcohol no lo quiero, eso descartado, pero Coca-cola y Fanta sí, yo no lo veo mal, vamos.

A: Lo único que tiene muchísimo azúcar y el azúcar no es muy bueno para los dientes... Y creo que les acelera un poco...

P: Eso yo no lo sabía. Pero café sí toman. Porque mis hijos se levantan de la cama y no quieren Cola-Cao, quieren mejor café.

A: ¿Todos desayunan café?

P: ¡Todos, todos! Nos ponemos en la mesa, la mujer hace la olla, el café con el bollo o con lo que haya. Ellos Cola-Cao en la vida han tomado.

(Pedro: Hombre, 25 años, clase media-baja, madrileño, familia procedente de Extremadura. Residente en chabola en barrio de viviendas en altura. Padre de 4 hijos. No cristiano.)

Aunque algunas madres de clase baja afirmen que sus hijos no comen “bien”, el consumo de chucherías y refrescos no se considera perjudicial para la salud. Mientras los niños no muestren signos de enfermedad o padecimientos, la energía y fortaleza de éstos sirve como justificación para la no necesidad de un cambio de hábitos. En el siguiente registro vemos cómo la hija de Sonia, a parte de amamantar, consume dulces y refrescos.

Cuando llego a casa de Sonia, ella está amamantando a su hija Inés. Luisa también está dándole el pecho a su bebé. Una de las mozas residentes en la parcela viene con un bote de Sprite y se lo da a la hija de 6 años de Luisa. Cuando ésta no lo quiere se lo pasa a Inés, quien hace nada ha tomado pecho.

Llega una furgoneta y Sonia dice “el pan”. Inés se acerca a la furgoneta y vuelve con dos bolsas de chucherías y un chupa-chups. Las dos bolsitas son zeta-petas, unas pepitas dulces que crujen en la boca y que pican un poco. Se acerca con ellas a su madre y ésta se las abre. Se come una bolsa. Al rato se empieza a comer el chupa-chups. Luisa va a comprar el pan y vuelve con una napolitana.

Antes de irme, Inés está comiéndose un trozo de pan. Sonia me mira y dice “Inés no come bien”, explicándome que a la hora de la comida no quiere comer. (Valdemingómez, 26 de Agosto de 2006)

En los grupos de discusión con mujeres gitanas residentes en Valdemingómez, Cañada Real (zona Rivas) y el Cañaveral, éstas han explicado la dificultad de negarles algo a sus hijos cuando tienen los medios materiales para dárselo. Las madres que recuerdan no haber podido disfrutar, por falta de recursos materiales de sus padres, de caprichos durante su infancia, sostienen que teniendo un par de euros les da mucha pena no comprarles a los niños unos dulces o algún bollo. En este sentido, negar un bien material a los infantes es vivido con gran sufrimiento por parte de las madres, aunque mayoritariamente reconozcan que un exceso de dulces es perjudicial para ellos.

Con respecto a la lactancia materna, hemos visto que algunas mujeres dan el pecho a

sus hijos hasta los 2 ó 3 años. Este periodo tiende a alargarse más allá de su función puramente alimenticia, tanto para atender la demanda de los niños como estrategia para tranquilizarlos.

L. Yo estuve dándoselo [el pecho] a la Julia dos años y medio, pues este igual. Esa ya va a hacer tres y mira, está enganchada.

K: ¡Esta no se lo quita hasta que no se case!

S. Lo ves, cuando tiene hambre, ¡hala!, ¡a la teta! [Le da pecho a su hija]

A: Son listos.

S. Lo ves, es de la única manera que se quedan quietos un minuto. (...)

(Sonia: mujer, 45 años, clase baja, residente en chabola. Valdemingómez. No cristiana; Kristina: mujer, 20 años, clase media-baja, residente en Valdemingómez. 2 hijos. No cristiana.; Luisa: mujer, 22 años. Hija de S. Madrileña. Clase media-baja, residente en Valdemingómez. Madre de dos hijos. No cristiana).

Durante este periodo, es muy común que las madres jóvenes consulten con los profesionales sanitarios cuando tienen dudas o preocupaciones con respecto a la alimentación infantil.

L: Tenemos el calendario de las vacunas, y tenemos una enfermera que es cariñosísima, que está muy bien... Que nos va diciendo, conforme van los pequeños, qué vacuna hay que poner; nos entera de todo.

(Luisa: mujer, 22 años, clase media-baja, residente en Valdemingómez. 2 hijos. No cristiana.)

El siguiente entrevistado, Pedro, padre de cuatro hijos, también hace referencia a los consejos del profesional médico en lo que a la lactancia se refiere.

P: Ya te digo, ¿no?, pero mis hijos los cuatro igual y este chico igual, por lo menos hasta que tenga año y medio no se la quitarán y aparte que le ha dicho el pediatra que mientras se la pueda dar que se la dé, que es bueno.

(Pedro: Hombre, 25 años, clase media-baja, madrileño, familia procedente de Extremadura. Residente en chabola en barrio de viviendas en altura. Padre de 4 hijos. No cristiano.)

Kristina y Luisa nos explican la forma de organizar la dieta infantil²⁶ y cómo van introduciendo sólidos y guisos.

A: ¿Y cuándo empiezan los niños a comer otras cosas, o cómo hacéis?

²⁶ Boltanski (1974:67) dedica en los dos libros citados hasta ahora, reflexiones acerca de la diferente concepción de los alimentos en los diversos sectores sociales, a su vez que relaciona los cambios de hábitos alimenticios de las clases populares con el cambio en los consejos médicos a partir de la segunda guerra mundial. No sólo argumenta en contra de la conceptualización de saber popular como "aislado" del saber médico, sino que va mostrando cómo ejemplos cómo en las prácticas de las clases populares se incorporaron (aunque con más lentitud que en las clases medias) los consejos médicos posteriores a 1945.

K. A los cuatro meses le puedes dar potitos de frutas. Y después ya, si tiene seis meses, le puedes dar de carne, de ternera.

A: ¡Ah!, vale, pero a los ocho meses ya vais con pecho y con otras cosas.

L. Sí

A: ¿Y ya comen también verdura y...?

L. Sí, de todo.

R: ¿Y normalmente qué cocináis para los niños?, ¿lo mismo que para vosotras o distinto?

L. Muchas veces distinto. Mira, muchas veces les damos nuestra comida, o mi suegra hace muchos potajes..., dice que es bueno, eso lleva mucha vitamina.

(Kristina: mujer, 20 años. Madrileña. Clase media-baja. Residente en Valdemingómez. Madre de dos hijos. No cristiana. Luisa: mujer, 22 años, clase media-baja, residente en Valdemingómez. 2 hijos. No cristiana.)

Por lo general, dentro de estas clases sociales, son las madres más mayores (de más de 35 años) las que consideran no tener que aprender más sobre alimentación infantil y sostienen que ellas “ya saben” lo que tienen que hacer, dado que han sacado adelante varios hijos. Por lo tanto, el factor edad es determinante en la búsqueda de asesoramiento médico, siendo las madres jóvenes las que consideran muy importante acudir a los seguimientos pediátricos.

L: “El médico ya quiere que vaya comiendo algún puré. Hoy le voy a hacer uno de patata, puerro y zanahoria”.

(Luisa: mujer, 22 años, clase media-baja, residente en Valdemingómez. 2 hijos. No cristiana.)

Quisiéramos señalar que algunas mujeres de más de 40 años no han entendido el lenguaje utilizado por los investigadores, como por ejemplo, el uso de la palabra “sólidos” para preguntar a qué edad se los empezaron a dar a sus hijos, por lo que en el caso de que se quisiera hacer materiales sobre la alimentación infantil para este sector, habría que utilizar otros términos. En todo caso, los materiales escritos no serán utilizados, por lo general, por estar mujeres, quienes mayoritariamente –en la muestra manejada- afirman ser analfabetas funcionales y no asistir al médico a no ser que se encuentren muy mal.

A: ¿Y cuándo le empezaste a dar sólidos? [no entiende la pregunta]

M: ¿Qué es eso?

A: O sea, comidas ya, pollo, carne, verduras...

M: A los dos años y medio, cuando se lo quité [el pecho], porque estaba muy enganchada y apenas comía alguna natilla, luego se la quité y sí le hacía comidas, arroz blanco, una pechuga de pollo, una zanahoria que le echaba, ya

le iba acostumbrando.

(Marta: Mujer, 49 años, clase baja, residente en La Jungla. Nacida en Santander. Llegó a Madrid a los 10 años. Madre de 6 hijos. No cristiana.)

Igualmente, en acompañamientos a la consulta médica, algunos profesionales sanitarios, sin preguntarles a las mujeres embarazadas qué tipo de dietas están siguiendo o cómo alimentan a sus otros hijos, directamente les han hecho entrega –de forma muy rápida y casi sin explicación- de un papel con diferentes “dietas equilibradas”, donde aparecen los alimentos clasificados según su aporte calórico. Hay que señalar sin embargo, que el concepto “caloría” no es manejado por estos grupos, por lo que a la hora de recomendar una dieta equilibrada se precisa utilizar aquellos términos y conceptos que sean manejados de manera habitual por dichos grupos.

Algunas mujeres muestran una mayor preocupación por el peso, lo cual deriva en una clasificación de los alimentos según éstos engorden o no. Son las más jóvenes las que suelen adoptar una dieta que gestionan personalmente, siempre bajo la ya explicada lógica del “quitado”, esto es, dejando de tomar aquellos alimentos que consideran que engordan, como el pan, el chocolate, etc.

R: De lo dulce, el chocolate que me encanta, me quito, ¿sabes?, de todo así, pues me quito. Y yo no voy al médico a poner dieta, no, me quito yo y ya está.

(Rosa: mujer, 20 años, clase media-baja. Residente en casa baja en Cañada Real. Desde los 3 años hasta el momento de escaparse vivió en piso de protección familiar otorgado a sus padres. 2 hijos. No cristiana.)

Uno de los factores para dejar una dieta que se ha iniciado es, según se asegura, el económico, ya que determinados alimentos salen mucho más costosos que realizar un puchero del que podría comer toda la familia.

9.2. La clase media

En la clase media el concepto de salud se amplía significativamente e incluye referencias a los alimentos sanos, al colesterol y a las grasas. También aparece una distinción relativa a los nutrientes y otros aspectos de la dieta, como la preparación de alimentos que se consideran mejores para la salud, entre los que siempre se nombran las carnes “a la plancha”. Los gitanos de clase media, por tanto, asocian la salud con la dieta y el colesterol, y dividen los alimentos entre los que consideran sanos (verduras, legumbres) y los que no (grasas=“colesterol”, bollería).

Por lo general, esta distinción de los alimentos parte de padecimientos propios o de personas cercanas, asociados con la dieta. Así, varias personas entrevistadas señalan

que la excesiva ingesta calórica no es buena para la salud y afirman “estar cuidando” la alimentación a raíz de padecimientos gastro-intestinales concretos.

K: Tengo el colon irritable, que eso ya... Y por eso tengo mucho cuidado, bebo refrescos sin gas, porque sé que la Coca-Cola me hace daño, no es que me haga daño, sino que me hincha y si como una comida pesada tengo que al ratito levantarme y echar a andar porque como me quede...

(Kristian: hombre, 34 años, clase media, residente en piso de realojo. Cerrajero. 3 hijos. No cristiano)

Los padres se preocupan conscientemente de regular la dieta de sus hijos pensando en hacerla lo más “variada” posible, aunque las opiniones de los niños siguen teniéndose muy en cuenta por las madres a la hora de preparar los alimentos.

T: Antes de ayer no sé si hice un arroz... Arroz, guisado con pollo y verduras y eso. Yo cocino variado, yo luego ya por las noches, lo que se quieran comer, un bocadillo, un filete de ternera, ¿sabes? Luego ya por la noche menos, aunque me da un coraje tener que manchar la cocina por la noche, porque también quieren fritos, no les gusta el embutido, ellos no quieren embutido, el embutido para merendar, pero si no, hay que freír por la noche, y ellos comen bien.

(Toñi: mujer, 35 años, clase media. Madrileña. Residencia en piso de realojo. Barrio Carabanchel. Mediadora social. 3 hijos. No cristiana.)

A. Y si tú tuvieras hijos ¿les darías refrescos?

E. No, zumitos, o batidos, pero refrescos, no hasta que no fueran más grandes, por lo menos 5 años, porque dicen que es muy malo, que tiene cafeína y esas cosas.

(Erika: Mujer, 24 años, clase media, madrileña, familia procedente de Palencia. Fuencarral. No tiene hijos. Cristiana.)

En esta clase se observa gran interés por la imagen corporal que se refleja en la preocupación por la obesidad. El estar o haber estado a dieta es muy común y se pueden seguir varias estrategias. Las principales son “quitarse de” comer bollos y pan, o dejar de cenar. Aún así, varias personas que han estado a dieta lo han hecho bajo asesoramiento profesional. También es en esta clase social donde los entrevistados adquieren pautas de cuidado de la salud de la sociedad mayoritaria, como la asistencia a gimnasios.

En la siguiente cita, dos jóvenes entrevistadas cuentan cómo fue su dieta en Naturhouse. Estas mujeres tienen un conocimiento más amplio sobre el tipo y preparación de los alimentos que aseguran un equilibrio alimenticio.

T: Es genial [su dieta del Naturhouse] porque, de hecho, una dieta lo más sencillo del mundo, lo único que te mandan unos tipos de pastillas que son naturales. Las que me dan a mí son de piña, porque retengo líquidos y, o sea... Que es lo más sencillo del mundo, comer varias cosas 2 veces a la semana... Eh... no abusar de los dulces (...)

A: Y ahora ¿sí lo haces porque es un calendario escrito de las comidas?

T: No, es una hoja donde te ponen alimentos que tú puedes comer todas veces que quieras, los que tienes que comer 2 veces a la semana y los prohibidos. Entonces, los pescados azules me parece que es lo que no puedes comer... Tienes que comer 2 veces a la semana, el marisco es lo que tienes que comer 2 veces a la semana, los huevos... Puedes comer carne roja, pollo, pavo y cerdo. Lo tienes que comer 2 veces a la semana. Todos los tipos de verduras que tú quieras...

(Trini: mujer, 21 años, clase media. Residente barrio La Latina. Mediadora. Dependienta en tienda propia. Soltera. No asiste al culto.)

10. HIGIENE

El aseo personal e infantil y la limpieza del hogar son actividades centrales para todas las clases sociales en el quehacer diario de las mujeres gitanas. Éstas llevan a cabo todos los días, exhaustivas sesiones de limpieza de su vivienda (ya sea piso o chabola) para mantener el espacio doméstico limpio, ordenado y, sobre todo, desinfectado (usando para ello de manera generalizada la lejía). Del mismo modo, el aseo personal es considerado fundamental para las personas de etnia gitana tanto adultas como infantiles:

R: Yo para eso no puedo, no puedo. Me da mucho asco, y de mis niños de verlos sucios, no. Y aspectos de eso de la boca, esa soy yo, ¿entiendes? A mí mi madre me lo decía, ¿no?, de lavarte, ¿sabes?, que te tienes que lavar los dientes, de estar limpia, yo qué sé, de la habitación siempre recogida. No, si yo conozco a muchas gitanas que tienen la boca, la casa, ellas, que da asco. Porque yo lo sé, porque son así. En mi casa entera, ¿eh?, me gustaría que lo vieras. Hasta el varón, no puede ver nada tirado, y si está viendo a su mujer que está haciendo las cosas y a lo mejor la niña ha tirado algo, él regaña a la niña, no le gusta.

(Rosa: mujer, 20 años, clase media-baja, residente en casa baja en Cañada Real. Desde los 3 años hasta el momento de escaparse vivió en piso de protección familiar otorgado a sus padres. 2 hijos. No cristiana.)

Esta preocupación por la higiene ha de ser valorada especialmente si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas entrevistadas pertenecientes a la clase baja y media-baja residen en asentamientos chabolistas y enfrentan dificultades importantes para llevar a cabo estas actividades.

A: ¿Y cómo haces para que se laven? [los niños]

M: Ellos solos, no hace falta que los envíe yo, los grandes se lavan ellos solos, llenan el baño, se cogen la esponja y se lavan. A la niña no, a la niña la baño yo.

A: ¿En el barreñito? ¿Y los mayores también se bañan con eso?

M: Los mayores en la bañera. En el verano en la bañera.

A: ¿Y en el invierno cómo hacéis?

M: En el invierno cojo una lata de la de las aceitunas, que la pido en esta plaza, y siempre la tengo con agua caliente encima del bidón.

A: *¿En qué plaza?*

M: *En esta plaza, las que venden aceitunas pues te la dan, y nosotros en el invierno lo ponemos encima del bidón, y como siempre tenemos lumbre, pues pongo una tapadera y siempre tengo agua caliente, para fregar, para bañarnos y para todo.*

A: *Hay otra gente que me ha contado que calientan el hierro de la lavadora...*

M: *Sí, también, pero yo no, me da miedo, yo siempre lo tengo encima del bidón, bien fregadita, pones una tapadera y siempre tiene agua bien caliente.*

(Marta: mujer, 49 años, clase baja, residente en La Jungla. 6 hijos. No cristiana.)

En este sentido, muchas personas han afirmado que el paso de chabola a piso supone una gran ventaja, ya que facilita las prácticas de higiene personal que, como ya hemos visto, se perciben como necesarias en todas las clases sociales analizadas.

M: *Pues sí, porque hay muchas ratas, esas ratas tienen que estar infectadas porque ahí hay mucha guarrería, mucha basura, y puede morder a un niño, y a ver, sin vacunas, que hay muchas que no las tenemos, yo la primera, y pueden coger algo. (...)*

M: *En un piso pues estaríamos mejor, porque tienes tú bañera, más higiene, más limpieza. El servicio, lo primero, porque de por ahí que a veces coges infección. Yo muchas a veces he cogido infección de ir afuera. En el campo. Y a lo mejor yo muchas veces he cogido infección, he tenido que ir a la farmacia y comprarme unas pastillas para la infección. Si te dan un piso...*

(Marta: mujer, 49 años, clase baja, residente en La Jungla. 6 hijos. No cristiana.)

Existe una gran conciencia de que se ha estigmatizado al colectivo escudándose en argumentaciones relativas a su “falta de higiene” o a su “suciedad”. Por ello, insisten en justificar sus prácticas de aseo personal y del hogar para intentar romper con las connotaciones negativas que se derivan de la concepción estereotipada del “gitano”, que denuncian como la más persistente en los medios de comunicación.

Cabe volver a mencionar algunos elementos comunes a los asentamientos chabolistas, los cuales podrían dificultar las labores de higiene personal y del hogar: los terrenos fangosos o polvorientos, la necesidad de lumbre para calentarse y secar la ropa en el invierno, la dificultad de acceso al agua y la proximidad de vertederos. Aún así, los discursos de las personas entrevistadas, y también los comportamientos observados durante el trabajo de campo, confirman que las prácticas de aseo personal y del hogar son una parte central de las actividades diarias de las mujeres:

A: *Y para el tema de arreglarse, ¿os ducháis todos los días?*

S: *Eso es una pregunta... Porque con la calor que hace que no te laves... (...)*

L: *El cuerpo sí. Yo me gusta echarme la crema.*

F: Como dice la mama, "la cara no nos la lavamos, pero lo de abajo siempre".

N. Eso siempre.

S: El que no se lava tiene que tener un estómago grandísimo...

F: Porque es una guarra.

S: Porque eso se tiene que lavar por cojones. Yo creo que la mujer más guarra del mundo se tiene que lavar, porque es imposible que no se lave.

F: Y más ahora en verano. Nosotros estamos 24 horas del día con el agua abierta, y la ducha, y la bañera...

(Natalia, Silvia, Luna y Fátima. Grupo de discusión de mozas de clase media. 24, 23, 19 y 17 años. Clase media-baja, residentes en chabola. Barrio Fuencarral. No cristianas)

M: El pelo me lo lavo con una palangana.

A: Sí...

M: La tenemos ahí y ahí me lavo el pelo.

A: Pero vamos ¿todos los días o cómo lo haces?

M: A mí lo máximo que me dura es cada 2 días. A los 2 días se me pone grasiento. Antes que me se ponga, me lo lavo.

(Maite: mujer, 16 años, clase media-baja, residente en La Jungla. Soltera. Cristiana.)

El ámbito de la higiene alcanza significados que trascienden también la esfera de lo "saludable", para articularse alrededor de discursos de índole social que sirven no sólo para contrarrestar el estigma que procede de la sociedad mayoritaria, sino también para diferenciarse entre sí en función de sus actividades de subsistencia: gitanos honrados (limpios) vs. gitanos con comportamientos reprobables (relacionados con el ámbito de la suciedad, del robo y de las drogas).

La higiene juega un papel muy relevante en aspectos relacionados con los procesos de socialización en la etapa de la mocedad. Es en esta etapa cuando los mozos y mozas inician el cuidado buco-dental de manera autónoma. Este hecho, que podría ser interpretado como una adquisición de un hábito preventivo, está más relacionado con la voluntad de los jóvenes de poder establecer sin obstáculos relaciones con mozos y mozas, dado que tanto el mal olor de la boca como las caries excesivas en la dentadura son cuestiones estéticas muy observadas socialmente en esta etapa y producen una gran sensación de "vergüenza" sobre la propia imagen corporal.

A. ¿Y tú cómo estás de los dientes?

V. Están muy mal, están muy podridos, las muelas me las tengo que empastar... y el lunes tengo que ir otra vez al dentista.

A. *¿Por qué decidiste ir al dentista?*

V. *Porque me veo muy mal la boca así, me los quise empastar*

(Vicki: mujer, 16 años, clase media, residente en La Jungla. Soltera. Cristiana)

Tanto en la clase baja como en la media-baja los comportamientos individuales están supeditados a los aceptados socialmente, en este caso, el establecimiento de relaciones con personas de la misma edad, las cuales se verían desvirtuadas si la imagen corporal no fuese la adecuada. En ocasiones, es el propio grupo el que se moviliza, ya sea para avisar a la persona que tiene que lavarse los dientes, o bien para reunir el dinero necesario para que pueda acudir al dentista.

S: *Mira, de esa manera, a lo mejor yo estoy hablando con esta, y me dice "oye, que te huele el aliento", y a lo mejor ya ahí hacemos caso, porque nosotras somos muy claras, somos muy así, "¡ay Mari, qué mal que te huele el aliento!", y ya tenemos ahí esa precaución de lavarnos y tal. Pero decir todos los días como los payos muchas veces, a la hora de la comida, a la hora de la cena..., no lo hacemos...*

(Natalia, Silvia, Luna y Fátima. Grupo de discusión de mozas de clase media-baja. 24, 23, 19 y 17 años. Clase media-baja, residentes en chabola. Barrio Fuencarral. No cristianas)

Cuando el cuerpo se percibe como dañado, estropeado, se orientan las acciones individuales para lograr "arreglarlo", siempre en concordancia con la lógica del "quitado" ya explicada. Los profesionales son los encargados de extraer aquellas partes sucias y dañadas, y de reestablecer el estado "normal" del cuerpo. Varias personas entrevistadas afirman que sintieron vergüenza al percibir el mal olor de su boca y recurrieron al dentista a fin de poder reestablecer las relaciones sociales de modo "normalizado".

A. *¿Y tú cuándo decidiste ir a arreglártela?*

Z. *Pues porque me daba vergüenza...yo nunca he tenido un mal aliento... y cuando me vi que tenía un mal aliento así... pues me daba vergüenza hablar con la gente... y hablé con mi hermana Erika, que se estuvo arreglando la boca, y me dio como fuerzas.*

(Zulema: mujer, 27 años, clase media. Residente en piso comprado en Vallecas. Varios años viviendo en chabola a raíz de matrimonio. Infancia en piso de realojo. 4 hijos. Cristiana)

Es en el colegio o en otros lugares de socialización externos a la comunidad (campamentos infantiles de verano, cursillos, etc.) donde se asumen prácticas y se adquieren conocimientos preventivos sobre la higiene buco-dental. En este sentido, es importante resaltar que se está incorporando parte de la información que transmiten las instituciones sociales, principalmente la escuela. Estas instituciones parecen, a nivel global, estar legitimadas como transmisoras de conocimientos que no son prioritarios en sus entornos, pero que poco a poco se van asumiendo.

La actitud mantenida generalmente con respecto a la higiene bucal se explica siguiendo la misma lógica que prioriza los procesos naturales y espontáneos del cuerpo, frente a la planificación temporal a largo plazo. No se pretende afirmar que la higiene dental no tenga sentido en un entorno pauperizado, sino que un hábito de higiene dental deficiente se corresponde con un entorno y una posición social en la que las prioridades vitales se ajustan a una lógica de planificación del día a día, marcada por la consecución de sustento económico necesario y unida al gasto mínimo que pueden permitirse. Así, la higiene bucal no entra dentro de la esfera de necesidades básicas de subsistencia, pues las repercusiones de la falta del hábito no se producen a corto plazo y, en su momento, se podrán solucionar a través de la lógica del “quitado”, anteponiéndose la curación (el “arreglarse” los dientes) a la prevención planificada (ir a revisiones periódicas, cuidar la dieta, etc.).

En cualquier caso, la importancia que cobra lo material en las narraciones de las personas entrevistadas (por ejemplo, poseer un cepillo, pasta, o poder proveerlo para la higiene de los niños) señala por sí mismo la asunción de la importancia de un hábito, aunque éste aún no se lleve a cabo con continuidad.

Por lo general, es en las personas entrevistadas con más nivel socio-económico y educativo donde las revisiones buco-dentales aparecen totalmente insertadas dentro de la vida cotidiana y donde el cuidado buco-dental aparece tanto en padres como en hijos. La relevancia de la posición social para la asunción de hábitos de auto-cuidado es patente.

A: ¿Y tú vas al dentista?

T: Lo típico, que si una caries, un empaste. No tuve problemas, tuve problemas un poco cuando era un poquito más pequeña porque tenía las paletas súper separadas, y me iban a... Entonces me tenían que poner un corrector...

A: Pero entonces vais a las revisiones.

T: Bueno, normal, para hacerte una revisión. Yo no me lavo la boca 3 veces al día, o 4 veces, eso es una locura. Yo me lavo al levantarme y al acostarme. Sabes, porque, aparte estás en la calle. Su padre...

L: Mi padre...

T: Una obsesión. Eso era, por el coche, en su trabajo, con la pasta, 3 veces o cuatro. Porque es una obsesión. Yo no, yo me levanto me lavo mi boca.

A: Si no os da problemas, ¿cada cuánto vais?

T: Pues a lo mejor vas cada 6 meses a hacerte una limpieza.

(Trini: mujer, 21 años, clase media. Residente barrio La Latina. Dependienta en tienda propia. Soltera. No asiste al culto.)

A: *Y el tema de los niños, de los refrescos...*

H: *Procuramos controlarlo porque si le damos coca-cola no hay quién le duerma...*

A: *¿Y con el tema de los dientes?, ¿os los cuidáis?*

H: *Hombre, nos hacemos la limpieza de todo el mundo, pero tengo una fobia a los dentistas... Pero vamos, a la niña la llevamos a todas sus revisiones, la obligamos con mucho trabajo a que se limpie los dientes todos los días...*

A: *O sea, que a ella sí la vas a llevar al dentista...*

H: *Sí, sí, sí... A mi mujer igual, mi mujer tenía una muela picada, fuimos al dentista, le mataron el nervio... O sea, lo normal.*

(Hernando: hombre, 34 años, clase media, residencia zona Latina. Anticuario.2 hijos. A veces asiste al culto.)

11. CONDUCTAS ADICTIVAS

Como ya explicamos, el modelo de masculinidad aceptado en la clase baja y media-baja conlleva, durante la mocedad, la experimentación relacionada con el “ir de fiesta” y la sexualidad, experimentación no contemplada en la socialización de las mujeres, con lo cual es aceptado generalmente el hecho de que ser mujer evita de forma “natural” determinados comportamientos relativos al consumo de alcohol y tabaco, y, por supuesto, de otras sustancias.

En el apartado de cuidado infantil introdujimos la idea de que los padres de clase baja y media-baja no consideran la infancia como un periodo en el que se pueda o deba exigir responsabilidades a los niños y niñas. En un sentido similar, tampoco consideran que la restricción de los comportamientos de los jóvenes mozos en esta etapa pueda promover variaciones significativas en su comportamiento. Estos padres y madres confían fundamentalmente en la estigmatización social que el consumo de drogas acarrea como factor disuasorio para evitar dichos consumos en sus hijos. Como factor clave que resta motivación para el consumo de sustancias adictivas, habría que hacer notar que un tercio de la muestra entrevistada ha tenido relación con personas cercanas que consumieron droga y con las consecuencias sociales negativas que tuvo para ellos.

Como se dijo, en las clases sociales baja y media-baja los comportamientos preventivos no se organizan desde una lógica centrada en el sujeto, sino que remiten a las prioridades colectivas como guía para las conductas individuales. Consecuentemente, prima una perspectiva que asocia los consumos de drogas con las consecuencias sociales negativas que éstos acarrearían. El hecho de tener algún familiar drogodependiente puede ser motivo de exclusión social y puede dificultar que los miembros jóvenes de la familia extensa consigan casarse. El alcoholismo o la drogodependencia, por tanto, son concebidos menos como problemas individuales de salud, que como problemas o males sociales. Ambos problemas son de las pocas razones por las que se justifica el divorcio en el colectivo gitano.

Aún así, la visión de la drogodependencia como “destrucción” social aparece en todas las clases sociales.

A: ¿Recuerdas algún anuncio sobre temas de salud? Yo qué sé, del SIDA...

X: Pues a mí me gusta este, el de la droga. Los de la droga sí me gustan.

T: ‘¿Será esta?’, ¿no has visto tú ese? Empieza como cuando era pequeña,

luego se ve con los amigos de fiesta y luego cuando termina pone una raya de coca y dice: ¿será esta?, o sea, la que me quite la vida.

X: Esos anuncios sí me gustan, los del SIDA.

T: La droga.

X: Para que sepa la juventud que eso es malo, eso gracias al Señor que no he tenido...

A: Eso sí que es un problemón.

X: Eso entra porque no sirve de nada que los tengas bien criados ni bien educados ni que sean de buena familia ni que sea tu... Como entre en una casa es...

T: ...la destrucción.

(Ximena: mujer, 62 años, clase media, residencia en piso de realojo en barrio Carabanchel. 5 hijos. Cristiana; Toñi: hija de Ximena)

La drogodependencia aparece frecuentemente en los discursos relacionada con el sida. En las clases baja y media-baja no “drogarse” es uno de los comportamientos que garantizan “estar sano” y, por tanto, sirve de justificación para no preocuparse excesivamente por la salud. La evitación de los comportamientos estigmatizados socialmente como garantía de la buena salud también aparece en algunos entrevistados de clase media.

A: Por ejemplo, si yo te pregunto, ¿qué cosas son importante para estar bien?

J: Yo no, no, no... Yo es que no pienso en nada. Yo vivo, como, disfruto, bebo, hago de todo...

A: O sea, que todavía no te planteas lo de que tengas que hacer algo para cuidarte.

J: No porque yo no me veo así en una cosa que decir “te veo, me veo mal”, que te ves mal o... Te ves mal, porque eres una persona endrogada, que no eres una persona así..., pues entonces sí dices pues: “eh, mira cómo estoy. Voy a intentar de cuidarme que estoy mal”. Pero yo soy una persona sana, soy una persona sana que no hago nada, yo fumo tabaco nada más, ¿me entiendes?

(Julio: Hombre, 22 años, clase baja, residencia en chabolas en Villaverde hasta que recientemente fue realojado con su esposa e hijos a piso en barrio de Entrevías. Chatarrero. A veces asiste al culto.)

A: ¿Te haces un chequeo al año?

L: No me lo hago, para qué te voy a mentir, sé que me lo debería hacer. Pero no lo hago. Siempre digo, yo estoy sano, pero tampoco es eso... como no fumo, como no me drogo, estoy sano. Siempre confío en mí, como no soy drogadicto, no hago nada malo, pues estoy sano. Pero no debía ser así, debería ir al médico y hacerme un chequeo, unas pruebas...

(Lucio: hombre, 36 años, media-baja, residencia en piso de realojo en barrio de Entrevías. Venta ambulante sin permiso legal. 3 hijos. Cristiano.)

El consumo de tabaco está unido a la construcción de la masculinidad, con lo que aparece naturalizado en los comportamientos de los varones a partir de la etapa de la mocedad. El género es, de manera transversal para todas las clases sociales, un factor que favorece o restringe determinadas conductas.

L: Las niñas no fuman... El niño, bueno... Los gitanos no lo consentimos, eso está prohibido totalmente. Claro que habrá gitanas que fumen, eh, no te digo yo que no, pero vamos, nosotros no consentimos que fumen. Los que seamos gitanos, gitanos de verdad, la mujer gitana no puede fumar. Y la mujer gitana no puede ir tampoco a una discoteca. Pero claro que las hay que se van a la discoteca, eso ya lo sé yo.

(Lucio: hombre, 36 años, clase media-baja. Residencia en piso de realojo en barrio de Entrevías. Venta ambulante sin permiso legal. 3 hijos. Cristiano.)

Aunque aumente la posición social de las mozas, la restricción que afecta al consumo de tabaco sigue vigente.

A: Y el tabaco y alcohol, ¿qué pensáis de ellos?

T: El tabaco, aparte que los gitanos, que las gitanas no pueden fumar.

(Trini: mujer, 21 años, clase media, residente barrio La Latina. Dependienta en tienda propia. Soltera. No asiste al culto.)

En cambio, los comportamientos de estas mozas se van pareciendo a los de los varones en lo que al consumo de alcohol se refiere.

A: Y el alcohol vosotras...

T: Eso sí...

L: Vamos, que sales, que nos gusta tomarnos dos copas, te lo pasas bien y...

A: Que es una cosa de los viernes o...

L: De salir en un cumpleaños...

T: Sí, de irte... De salir con las niñas por ahí, y tenerte que comprar un paquete de chicles porque como llegue a mi casa así...

T: No pasa nada, no dicen nada. Pero... hemos cogido cada una y mi padre se moría de la risa. Y decía uno de ahí, "Ay, mi hija, ¿por qué tiene que ponerse así?"

L: Nos vamos con nuestros padres a tomar cervezas, de vez en cuando.

(Trini: mujer, 21 años, clase media, residente barrio La Latina. Dependienta en tienda propia. Soltera. No cristiana; Lucía: mujer, 18 años. Clase media. Barrio Latina. No termina ESO. Soltera. No cristiana.)

Por lo general, existe en la mayoría de las personas entrevistadas una visión cautelosa sobre el modo de vida que se asocia con el de la sociedad mayoritaria. Padres y madres sienten miedo ante el alargamiento de la vida escolar de sus hijos (principalmente de las

hijas), preocupados por el rechazo social que podría ocasionar el hecho de que estos inicien alguno de los comportamientos perjudiciales que vinculan con los demás jóvenes que asisten a la escuela (beber alcohol, fumar, tener relaciones sexuales antes del matrimonio, etc.). Así, les genera gran incertidumbre el hecho de que los jóvenes puedan entrar en una especie de “tierra de nadie” si son rechazados por el colectivo gitano al asumir estos comportamientos penalizados y no haber cambiado lo suficiente como para insertarse íntegramente en la sociedad mayoritaria.

A: ¿Y a tu familia le parece bien que tu hija vaya al instituto?

L: Les parece bien que vaya al instituto, lo que pasa es que el problema del instituto es que hay mucha calaña ahí metida. Si es que ahí aprenden todo. Ahí empiezan que si los besitos, que si una caladita de un cigarro..., que si para acá... ¡Yo qué sé! A mí me da miedo. ¡Cómo no voy a querer yo que mi hija aprenda! ¡Pues claro que quiero que aprenda!, y que el día de mañana que salga con un trabajito, que sepa todos sus estudios para que la cojan, para trabajar y todo eso. Si a mí me parece todo eso muy bien. Lo que pasa es que hay mucha golfería. Hay muchos problemas ahí.

(Lucio: hombre, 36 años, clase media-baja, residencia en piso de realojo en barrio de Entrevías. Venta ambulante sin permiso legal. 3 hijos. Cristiano.)

El culto evangélico, institución a la que están recurriendo muchos adultos para socializar a sus hijos, está promoviendo una imagen del “cristiano” alejada de cualquier conducta adictiva. Así, desde la Iglesia Evangélica se restringe el acceso al ocio nocturno y a cualquier tipo de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas. A su vez, existe un esfuerzo consciente en trabajar desde el matrimonio y fomentar actividades que impliquen a la pareja, revalorizando el papel de la mujer como madre y apoyándose en la formación educativa como estrategia de ascenso social. Cabe recalcar que todo ello se está realizando sobre la base de la imagen del “cristiano” como sujeto individual que tiene que integrarse en la sociedad mayoritaria a través de cierto tipo de comportamientos.

A: Y el culto, ¿puede hacer algo bueno por la salud de los gitanos, para que estéis mejor?

M: Eh... Salud, no. Lo que te puede es quitar de las cosas del mundo. No fumar, no salir de fiesta, no be..., no tomar alcohol, no hacer daño a la gente, no mentir.

(Maite: mujer, 16 años, clase media-baja. Residente en La Jungla. Soltera. Cristiana.)

La Iglesia Evangélica está ofreciendo una serie de actividades alternativas dirigidas a los jóvenes para las cuales el único requisito es dejar hábitos como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. En general, tanto creyentes como no creyentes afirman que esta institución está siendo de gran “ayuda” para los jóvenes, especialmente en el control de dichos consumos.

12. LA IGLESIA EVANGÉLICA O EL “CULTO”

La comunidad gitana está generando una estrategia propia de ascenso social, con la Iglesia Evangélica como mediadora, siendo ésta una institución legitimada mayoritariamente entre la población (se considere ésta creyente o no). La integración en “el culto” se ha analizado en este estudio como un elemento de ascenso social característico del colectivo gitano donde se están resignificando valores y representaciones “tradicionales” para promover un cambio de conductas orientadas hacia el abandono de determinados hábitos, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Del mismo modo, esta institución está promoviendo la adquisición de determinados comportamientos y valores encaminados a favorecer la “adaptación” a la sociedad mayoritaria, entre ellos, la revalorización de la mujer gitana y la motivación de sus miembros para buscar conscientemente la inserción laboral.

El culto, por tanto, puede ser analizado como una institución que favorece el cambio social mediante la promoción de comportamientos que estimulan la asunción de valores coherentes con la integración en la sociedad mayoritaria. En este sentido, se están posibilitando ciertos cambios que los gitanos evangélicos denominan bajo los términos “civilización” o “adaptación”. Entre ellos, nos encontramos una modificación tanto en el lenguaje, en la forma de vestir, como en las formas de ocio y de actividad laboral socialmente aceptadas; todo ello dentro de un lenguaje de “amor al prójimo” que exalta la bondad inherente a todo ser humano (y por ende, al colectivo gitano).

Todas las personas “cristianas” entrevistadas están generando un discurso articulado alrededor de una idea característica de cambio social que rechaza a los gitanos “sucios” y “analfabetos” y busca intencionadamente la percepción del colectivo dentro de una visión de “normalización” mediada por los cambios de comportamiento ya descritos (los cuales, como veremos, son utilizados como “evidencia” de la potente fuerza reformadora de esta institución).

Como hipótesis plausible, proponemos la idea de que el culto está “calando” profundamente en la población porque bajo el poso de la exaltación explícita de valores tradicionales e identitarios asumidos genéricamente por los miembros del colectivo (la importancia del “respeto” en la juventud, la primacía de la virginidad femenina o la autoridad masculina), tiende sin embargo a reconfigurarlos, proponiendo nuevos

comportamientos mas acordes con los de la sociedad mayoritaria.

Una de las características que puede conferirle efectividad a esta institución es la multi-dimensionalidad de sus relaciones. Esta institución religiosa funciona desde la base del “amor al prójimo” y actúa efectivamente como una familia extensa, generando infinidad de apoyos sociales constatados desde el día en el que se comienza a asistir (estancias prolongadas con enfermos, acompañamiento a los hospitales, préstamo de dinero para los necesitados, atención en crisis matrimoniales, etc.). El pastor, quien muchas veces realiza trabajo de calle, busca a la gente, va a sus casas, les acompaña cuando lo necesiten y propone actividades para favorecer la cohesión de los diferentes grupos de edad.

La Iglesia Evangélica también es muy valorada por su capacidad de “educar”, “calmar”, “apaciguar” a los jóvenes, devolviéndoles una característica muy apreciada por los entrevistados: el “respeto” a las personas adultas del colectivo.

A. *¿Y el tema del respeto a los señores mayores sigue siendo así?*

Q. *No, ha cambiado mucho... Antes había un viejo y hablaba y se le hacía caso... Pero ahora ya no...*

A. *O sea, ¿que sus hijos no le hacen caso?*

Q. *Yo a mis hijos sí, digo a otros... Antes cuando había una quimera [conflicto] de gitanos e iban los viejos e iban a hablar con ellos, “oye, que no te vea yo salir de tal sitio, tú de allá para acá”, y decían “vale”. Hoy... ni caso... Y nos mandan a tomar por culo... No hay respeto como antiguamente....*

(Quintín: hombre de respeto, 76 años. Clase media-baja. Residente en piso de realojo en barrio Fuencarral. 17 hijos. Asiste a veces al culto).

J. *Hoy los jóvenes no tienen respeto a nadie... Antes te decía algo una persona mayor y no sabías donde meterte y ahora se ríen... la verdad es que sí, que en este pueblo hay mucha libertad pero hay cosas que ya se pierden... Muchas costumbres...*

A. *¿Tú crees que a los jóvenes les está viniendo bien lo del culto?*

J. *En otros... a los de mi suegro sí... A él le han salido un poco torcidos... sobre todo uno que anda bastante descarriado... Y nada, se acercó mi chico y le llevó al culto y ahora es una maravilla... El evangelio es maravilloso. Para la juventud nos ha ayudado mucho*

(Julia: mujer, 49 años, clase media, residente en casas ocupadas hasta que les otorgan piso de realojo en barrio Fuencarral. 10 hijos. Cristiana)

La evidencia frecuente de cambios significativos de comportamiento en personas “descarriadas”, tras la intervención de la Iglesia, es un fuerte reclamo que incrementa exponencialmente la participación grupal en dicha institución.

La Iglesia Evangélica está principalmente legitimada como institución educativa que

promueve un cambio de vida. Los comportamientos que son señalados principalmente como inadecuados son: el consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y cualquier otro tipo de droga), el “ir de fiesta” (forma de ocio asociada al consumo de sustancias adictivas), la pérdida de la virginidad previa al matrimonio (en ambos géneros), el aborto, el adulterio, el maltrato físico o psicológico, el “jurar” (insultar o maldecir) y el conflicto, en general. Las personas que asisten al culto están en cierto sentido predispuestas para el “cambio”, para buscar conscientemente un proyecto individual que les permita generar estrategias de ascenso social, ya sea mediante la educación o el empleo. Por tanto, el “culto” es un campo de la realidad donde se constituyen subjetividades acordes con el cambio de hábitos individuales y con la asunción de comportamientos que conllevan la auto-disciplina.

La reducción del número de hijos aparece legitimada como parte de dicha estrategia de ascenso social, apoyada por la necesidad de la inserción laboral de la mujer y por una idea de ocio o “disfrute de la vida” más cercana a la sociedad mayoritaria, aunque siempre centrada en una visión de las relaciones de pareja inserta dentro de la primacía social del matrimonio.

L: No. Lucia [su hija], fuimos a por ella, porque estuvimos casados y estuvimos dos años sin tener familia, pero porque nos fuimos de vacaciones, éramos jóvenes, estábamos de candidatos en el culto, entonces queríamos disfrutar un poco. Entonces empezamos a poner medios.

(Laura: pastora, 38 años. Clase media. Mediadora social.)

Por otro lado, el lenguaje que utiliza la Iglesia Evangélica es coherente con la forma grupal -mayoritariamente encontrada- de gestionar determinados problemas sociales y/o de salud, que pasa por la lógica del “quitado”. Constantemente aparecen en las entrevistas realizadas a “cristianos” expresiones del tipo: “conocer a Dios te quita de los males del mundo”.

Varias de estas personas afirman haber cambiado de vida a raíz de “conocer a Dios”, es decir, de comenzar a participar en la Iglesia Evangélica. Lo que dicha “conversión” produce es un cambio radical de vida que puede ser constatado observando los nuevos comportamientos adquiridos por las personas “convertidas”. Los testimonios más frecuentes son aquellos que afirman que el culto “ayuda” a “quitarse de” las drogas, el alcohol y del tipo de ocio que promueve dichos consumos.

D: Me convertí... Empecé a beber, estaba bebiendo ya, y fumaba porros con esa edad. Después de que conocí a Dios dejé completamente ya.

A: ¿Y cómo fue eso?

D: Todo es conocer a Dios. Es que es una cosa que no se puede explicar. Pero en el momento que conoces a Dios y lo sientes, por decir, ya sientes que

te ha cambiado la vida.

A: ¿No te costó trabajo dejar de fumar porros, o dejar de beber?

D: Nada, de raíz. Y mis tíos igual, mis tíos drogadictos eran. Conocieron a Dios y también se quitaron.

(David: hombre, 18 años, clase media, residencia en piso de realojo otorgado a sus padres. Barrio Fuencarral. Soltero. Cristiano.)

Es un proceso similar a un moldeado, en el que se produce una fuerte transformación vital centrada en valores como el autocontrol y la templanza. Todo ello no sin paciencia y esfuerzo por parte del que experimenta dicha transformación, aunque el lenguaje más utilizado para expresar este cambio está lleno de metáforas sobre el advenimiento “milagroso” de la “conversión”.

F: Dios te va tratando por etapas, no todo deprisa (...) Y claro, comprendí que el Señor me fue tratando poco a poco y fue... Amoldándome como una vasija, igual. Que te va quitando cosas, esto estorba, el pecado, el mentir. Te va quitando cosas hasta que quedas, perfecta, con sus manos. (...) Pero Dios te da paciencia, te da templanza, te da carisma para todas esas cosas.

(Fermín: candidato a pastor, clase media, 37 años.)

Incluso las personas de etnia gitana que no son creyentes otorgan un cierto reconocimiento a la labor llevada a cabo por la Iglesia Evangélica, no constituyendo ésta algo ajeno o desconocido, puesto que es habitual que los no creyentes tengan algún familiar en el entorno cercano que sí lo sea. De hecho, también afirman que el culto está encauzando a los jóvenes y “quitándoles” de comportamientos socialmente rechazados.

Por tanto, la Iglesia Evangélica se encuentra legitimada desde diferentes ángulos; por un lado, ofrece una red de apoyo comunitario muy apreciada por sus miembros y, por otro, promulga una orientación de los comportamientos desde unas prioridades sociales compartidas por todos ellos, así como una educación comunitaria para los jóvenes que devuelve o reelabora el “respeto” –tan apreciado como valor integrante de la identidad gitana- que se consideraba en vías de extinción por los entrevistados debido a los cambios producidos en el colectivo gitano. Del mismo modo, veremos en el siguiente apartado cómo a pesar de no estar asociada directamente con el ámbito de la salud, la Iglesia Evangélica aparece en los discursos de los entrevistados vinculada con el poder de curar y de proteger a sus miembros.

La Iglesia Evangélica, aunque en principio no se asocia directamente con temas de salud, está prescribiendo un tipo de comportamiento “cristiano” con una incidencia clara en ese ámbito, sea por la conversión que supone el abandono determinados hábitos insalubres, sea por su eficacia directa en supuestas sanaciones.

Aunque las personas con enfermedades siempre van en primera instancia a la consulta médica, la Iglesia Evangélica se vuelve un lugar legitimado socialmente para la curación de enfermedades aparentemente incurables. Son varias las personas que afirman haber sido sanadas por Dios, del mismo modo que muchos pastores son ejemplos vivientes de verdaderos cambios de vida, ya que algunos fueron drogodependientes.

A: Del tema de las drogas, ¿te has encontrado alguna vez a alguien al que el Señor le haya ayudado a quitarse, a parte del tabaco, de drogas más fuertes?

E: Sí, sí. Mi Pastor, el que tengo actualmente ahora.

(Eduardo: pastor, 34 años, clase media-baja, residente en Barrio Hortaleza. 3 hijos. Chatarrero.)

Las funciones del pastor y de la pastora (esposa del pastor) son muy diversas: predicar la palabra de Dios, atender a matrimonios que tienen problemas conyugales, ayudar a solucionar comportamientos adictivos, realizar grupos donde se proponen actividades para los jóvenes, realizar grupos de hombres y mujeres para debatir la palabra de Dios, realizar colectas para ayudar a algún miembro de la Iglesia que lo necesite, acompañar a la gente a los hospitales, visitar a gente en sus casas, etc.

L: El Pastor realiza la función de un psicólogo, por así decirlo.

P: Uhm... Espiritualmente, pero es así.

L: Es un psicólogo. Vienen los enfermos, o sea, los enfermos con problemas de alcoholismo, con problemas de drogas, con problemas de matrimonios que hay hijos de por medio y están a punto de romperse. Ahí está el Pastor, con otro a lo mejor anciano, con el candidato, con las compañeras, apoyándoles, explicándoles, dándoles esa ayuda. Vamos, apoyándoles, vamos recogiendo, y vamos haciendo que eso no sea tan trágico, para que no se separen y sigan adelante. Gente que está por ahí perdida, que sabemos que pueden estar dando malos pasos lo que hacemos es que los arrastramos. Va el Pastor con los jóvenes, se les empieza a dar cargos para que... O sea, es un poco ya... Pues se les lleva un poco de seguimiento. Es decir, viene un matrimonio, es joven, vemos que tiene oportunidades pero que fuman o que hay choque, que sale por ahí de fiesta. Entonces lo que tratamos de hacer es que los días que va a ir de fiesta, pues les llamamos. "Oye mira, que vamos a hacer una reunión, que vamos a irnos de cena, venga arreglaros, que nos marchamos". Se vienen, ya se les quita... "Oye, mira, a ver si te vemos, te quitas de fumar. Me das testimonio que te vea un tiempo sin fumar, comportándote, y te pones un tiempo ahí en el coro con los más jóvenes, que luego se van a merendar, se van de compras, nos vamos a ir de visita a otras iglesias". O sea, se les motiva, se les ofrece unas actividades, con lo cual jugamos, porque a ellos les gustan pero ellos tienen que dejar algo a la vez.

(Paco y Laura: pastor y pastora. Clase media. 40 y 38 años. 3 hijos.)

En el asesoramiento a los miembros de la comunidad, pastores y pastoras utilizan los conocimientos sobre hábitos saludables con los que cuentan, siempre haciendo referencia a cómo los comportamientos de los miembros del colectivo gitano están en concordancia con los de la sociedad mayoritaria, dentro de una visión de la

modernización y normalización del colectivo gitano.

P: Nosotros somos los responsables de ellos. Nosotros ya tenemos un conocimiento que también el tabaco es malo para la salud, lo mismo que la comida, que la sal, como te he dicho, que las cosas, es malo para la salud, para el cuerpo humano. Entonces también nosotros mira, vamos a intentar que lo que es malo para la salud, es malo para el bolsillo. Entonces si tú echas cuentas, al cabo del mes es un dinero que se ahorra.

(Paco: pastor, 40 años, clase media. 4 hijos.)

La división de género de la Iglesia Evangélica es coherente con la división de género que prima en el colectivo. La esposa del pastor realiza un trabajo complementario al del pastor, trabajando aparte con las mujeres o haciendo de intermediaria entre ellas y el pastor, quien en última instancia es el que decide. De este modo, se supera la “vergüenza” que conlleva comentar determinados temas entre hombres y mujeres.

A: ¿Y cuando un Pastor está casado, la mujer es automáticamente ya Pastora? ¿Eso siempre es así?

E: No, vamos a ver.

A: ¿Eso siempre es así o la mujer que quiere?

E: En sí el Ministerio lo lleva el hombre. La mujer es simplemente la mujer del Pastor. Lo que pasa es que ella se constituye Pastora, pero en sí la mujer no tiene Ministerio. Entonces, cuando el hombre se ha constituido Pastor, la mujer se ha constituido Pastora. ¿Para qué? Para que cuando pastoreen la Iglesia, claro, las mujeres no van a ir a donde el Pastor a contarle sus cosas, ¿no? Ya por pudor, por respeto, por honestidad, entonces le cuestan las cosas a la Pastora, y la Pastora se las cuenta al Pastor, y luego el Pastor da el remedio. Y luego va la Pastora, o el matrimonio, donde esa casa, donde ese matrimonio, donde esa persona, a decirle lo que es bien para ella. (...) lo vemos un poco, un poco deshonesto que el hombre pastoree solo, ya que las mujeres pues tienen que contarle sus cosas a la Pastora, tienen sus problemas, problemas matrimoniales. Y claro, y nosotros, pues, ya más por pudor. Eso es lo que es.

(Eduardo: pastor, 34 años, clase media-baja. Chatarrero.)

Se podría afirmar que la Iglesia Evangélica está originando una revalorización del papel de la mujer, centrada en una idea de la “igualdad” que respeta en muchos sentidos la división de géneros ya explicada. Dicha igualdad se promueve mediante la organización de actividades que buscan fomentar el cambio de las relaciones de pareja y promover ciertos valores asociados a la integración en la sociedad mayoritaria que pasan por una búsqueda intencionada de formación académica y de inserción socio-laboral. Para ello, pastores y pastoras están generando, a través de la propuesta de diversas actividades, nuevos espacios de ocio que hombres y mujeres ocupan de forma conjunta, tratando de superar la anterior división generizada de los mismos. La idea de “disfrute”, de un cambio de actitud no sólo hacia la pareja sino también hacia la vida está siempre presente en un discurso que se encuentra articulado alrededor de la idea de cambio social. En cualquier caso, dentro de la revalorización de la mujer, se le sigue otorgando

un valor especial a la maternidad.

P: Y han cambiado mucho. También nosotros lo que intentamos es que el matrimonio, pues haya igualdad. Que yo respete a mi mujer y que mi mujer me pueda respetar a mí. Que yo le dé el lugar a mi mujer y mi mujer me lo dé a mí.

L: Antes venían mujeres, llorando que las mataban a palos, se iban a casa de sus padres porque las habían... Bueno, maltrato, físico, psíquico y mentalmente. Y han entrado al culto, los hemos hablado, ha visto a esos matrimonios, el pastor se ha encargado de trabajar con ellos, y se han dado cuenta de que veía a la mujer como una sirvienta, como una mujer de la calle, "te quiero para el sexo, y para que me friegues y punto, y no te pases que te suelto una...". Sin embargo, ahora les dan su valor.

A: El tema de que la mujer trabaje, no en todos los sitios donde yo he estado está bien visto.

L: En la Iglesia estoy trabajando yo, que soy mediadora social.

P: Se sienten orgullosos.

(Paco y Laura: pastor y pastora. Clase media. 40 y 38 años)

P: Pero es que un matrimonio sin hijos es como un jardín sin flores, creo yo, es mi opinión. Y es un regalo que Dios nos ha dado y a la mujer yo creo que es algo especial. Porque si os digo la verdad, envidia a una mujer, crearme de verdad. Envidia a una mujer. Y sí, me llamarán tonto, me llamarán tonto, que Dios no ha podido dar al hombre, engendrar un hijo, un ser viviente en el vientre de una persona. Y eso yo creo que es un privilegio para la mujer, eso lo tiene que tener en cuenta las mujeres.

(Paco: pastor, 40 años, clase media.)

La virginidad femenina pasa a ser complementada por la nueva centralidad que también adquiere la virginidad masculina, promulgada desde la Iglesia Evangélica como un valor importante.

P: La mujer tiene que ir pura. Pura, es decir, virgen al matrimonio. Y eso yo creo que lo que tiene muy bonito el pueblo, nuestro pueblo. Lo respetamos y lo miramos, y nuestra religión. Es decir, yo donde estoy, en el Consejo de la Juventud, aconsejo que lleguen al matrimonio virgen, la verdad, lo mismo al hombre que a la mujer.

(Paco: pastor, 40 años, clase media.)

E: Bueno, lo que es, para nosotros los gitanos, eso está con la cultura, ir al matrimonio virgen ya es un honor. Ahora vamos a ver, ahora en el culto, en el Evangelio, tanto el hombre como la mujer no pueden tener sexo antes del matrimonio. Tanto el hombre como la mujer, pues pasean, se toman su café, salen a charlar, pero no pueden tener relación antes del matrimonio, para llegar al matrimonio virgen. Si ellos quieren hacer una boda.

(Eduardo: pastor, 34 años, clase media-baja. Chatarrero.)

En cuanto a las relaciones sexuales en la pareja, es común encontrar en los discursos de los cristianos –ya sean miembros de la Iglesia o pastores- la valoración del placer o disfrute sexual en la pareja como algo novedoso dentro del discurso gitano. Esta idea apoya el conocimiento de métodos de planificación familiar.

A: *¿Y eso sí lo habláis en la Iglesia [sobre temas anticonceptivos]?*

F: *Hay veces en que nos juntamos los varones con el pastor y sacamos el tema este. Los preservativos, las relaciones con tu mujer y todo esto. Porque, vamos a ver, la Biblia es un libro abierto para todo.*

A: *¿De relaciones sexuales también cuenta?*

F: *Sí, ¡todo!*

A: *¡Uy!, cuéntame un poquillo...*

F: *Tú puedes respetar el cuerpo de tu mujer, tú puedes disfrutar del cuerpo de tu mujer como ella...*

A: *Pero de anticoncepción no dice mucho la Biblia...*

F: *No, eso no, eso no.*

A: *Eso ya queda a la libre decisión de uno...*

F: *Eso no es pecado. Porque tú no quieres tener más hijos. Te pones uno de estos ahí, y fuera.*

(Fermín: candidato a pastor, 37 años, 4 hijos, clase media. Actualmente vendedor ambulante.)

A pesar de seguir siendo un tema tabú, los pastores están incidiendo en la legitimación del uso de métodos de planificación familiar, lo que se relaciona con la idea de un sujeto que ha de esforzarse por integrarse a la sociedad moderna y con la de planificación del tiempo y de la economía; elementos en los que se basan los ejemplos de pastores y pastoras.

E: *Yo a veces he dicho “pues mirad que la vida está muy mal”. Hay jóvenes que con 25 años tienen hasta 5 y 6 hijos. Claro, es tremendo, ¿no? Pues a veces nosotros les aconsejamos, “Mira, que la vida está muy mal, para qué tantos niños, que os agobiáis. No tenéis libertad para pasear, para ir a tal sitio, nada más pendientes de los niños, tened más cuidado...”. O sea, que esas cosas sí.*

A: *O sea, pero que eso lo haces tú predicando normalmente...*

E: *Bueno, lo que es predicar, a veces en reuniones, en las casas, cosas así.*

A: *Claro, más en la intimidad.*

E: *Eso es, eso es.*

(Eduardo: pastor, 34 años, clase media-baja. Chatarrero.)

El marco de sentido dentro del cual los pastores piensan y perciben al colectivo gitano es el de “la integración”. A este respecto, y aunque en algunos de sus testimonios aparece la idea de la fuerza y resistencia gitana, los pastores y pastoras sostienen que la mayoría de las personas del colectivo ya han adquirido los conocimientos relativos a los hábitos saludables suficientes, dentro de la reivindicación de la “normalización” del colectivo. Lo anterior no se contradice con su ofrecimiento de colaborar con las

instituciones sociales y sanitarias que lo requieran, siempre dentro de su consideración de la importante labor de formación que están haciendo dentro del colectivo, que implicaría la transmisión de toda aquella información que se considere “beneficiosa” para sus miembros.

A: ¿Y tú en general cómo ves a los gitanos de salud? Te hablo de alimentación, de cuidarse, de la relación con los médicos, del número de hijos, yo qué se, de todo este tipo de cosas.

E: Yo, la verdad, es que la salud de los gitanos veo una salud de hierro, una salud poderosa. Porque es que para que un gitano se ponga enfermo, no sé, es algo... No sé, yo veo una salud poderosa, ya que los gitanos comen de todo, o sea comemos de todo, de todo. Podemos comer un huevo frito, como comernos un cocido, como que a las cinco de la mañana nos comemos una sopa. Antes los gitanos, mis padres, pues comían la carne, de no sé, a lo mejor se encontraban un cerdo muerto y se lo comían. Eso es algo terrible. O sí cogían una patata, se la tiraban en la lumbre, se la asaban y se la comían.

A: O sea que tú no ves ningún problema que puedan tener los gitanos...

E: Sí hay gitanos que están enfermos con el tema del colesterol, del azúcar y todas esas cosas. Pero una minoría. Que ya prácticamente todos los gitanos saben el tema del salud, lo que perjudica para el azúcar, el colesterol, lo que tienen que comer y lo que no tienen que comer... (...) porque los gitanos ahora vivimos en piso, tenemos nuestros vecinos payos, nosotros les respetamos como ellos nos respetan a nosotros. Nuestros hijos están en los colegios, nosotros nos buscamos la vida honradamente, vamos aseados, nos duchamos todos los días. En fin, todas esas cosas. Entonces, claro, es muy diferente hablar con esos gitanos, que hablar con esos que viven en barrios [asentamientos]...

(Eduardo: pastor, 34 años, clase media-baja. Chatarrero.)

Aun así, todos los pastores y pastoras entrevistados señalan que todavía hay barreras en el acceso a la integración, que pasan por el estigma social del colectivo gitano, el cual se expresa en el aislamiento social de muchos de sus miembros, en la dificultad de encontrar trabajos estables y en el trato diferencial en muchas instituciones de la sociedad mayoritaria.

A: Pero lo que sí veo es que hay sitios en los que las personas casi no salen del poblado...

L: Aislados.

P: Pero ahí la culpa la tiene la sociedad.

A: Y el miedo al cambio.

P: No, no, pero la culpa no la tienen ellos. Porque, es decir, a ellos los han cogido y los han mandado hasta allí, y ¡es un campo! Es que a mí me dan ahí un hogar regalado y me dan dinero, y no voy. Entonces, los han aislado, eso tampoco es. Tenemos que ayudarlos, esas personas necesitan ayuda, necesitan que... el mundo es de otra manera, que la vida es de otra manera. Lo que necesitan es su ayuda, no es decir arrinconarlos. ¿Qué en parte es de ellos [la culpa]? Que sí.

A: Bueno, quieres decir que en parte es de ellos y en parte de la sociedad.

P: Eso es, allí esta.

(Paco y Laura: pastor y pastora. Clase media. 40 y 38 años)

A: ¿Y el tema de la relación con los médicos? ¿Tú ahí ves alguna diferencia o son casos concretos?

E: Vamos a ver. Yo creo que hay médicos que nos atienden muy bien, otros no. Otros se sobrepasan. He visto casos, que hemos llevado a niños pequeños, por ejemplo, a un hospital, y por no atender a los gitanos, porque se va a agolpar mucha gente, forman mucho escándalo o van a la consulta con 4 ó 5 niños y, pues sí, en 5 minutos los han visto y los han mandado para casa. Y al siguiente día han empeorado y se han puesto muy enfermos, incluso han muerto.

A: ¿Y tú crees que por ser gitanos?

E: Sí. Total. Y otros casos que no, vas al médico, te miran, te hacen tu revisión, tu chequeo y muy bien.

(Eduardo: pastor, 34 años, clase media-baja. Chatarrero.)

El trabajo comunitario que realiza la Iglesia Evangélica trata de promover una nueva actitud en las personas para que superen el estigma asociado al colectivo. En este sentido, se están fomentando actividades de ocio que cambien las pautas de comportamiento de jóvenes y adultos, a la vez que se realizan acciones de acompañamiento y “ayuda” a los miembros de la Iglesia orientadas hacia la “adaptación” a la sociedad.

P: Pero claro, nosotros les hemos hecho ver que no es así la vida. Que la vida es de otra manera, que tenemos que mirarla de otra manera y con Dios...

P: Es decir, ellos no han ido, por ejemplo, ni al Parque Sur.

L: Ni a nada.

P: Es decir, que hay de todo, hay McDonalds, hay cosas... Bueno, hay muchísimas cosas. Y los hemos sacado de allí [de los asentamientos] para ver las cosas. (...) no solamente el mundo que tienen ellos. Y salir de allí era como tener un poquito de miedo. Entonces claro, como dice Laura [pastora], a ella la han visto con una buena falda y Laura se lo ha regalado. O unos zapatos y un pantalón. Y bueno, no nos han visto con complejo. Sino al contrario. Les hemos ayudado...

L: Se han adaptado ellos a nosotros. Han cambiado.

P: Se han adaptado. Y ahora ellos mismos, ahora ellos mismos solos, sin decir nada, sin la ayuda nuestra, van a esos sitios que nosotros vamos. (...) La gente ya está cambiando, ya se está adaptando a la sociedad. Lo que pasa es que tienen que darles más oportunidades.

L: Mucho. No deberíamos de adaptarnos, porque somos de ella. Porque somos españoles.

P: Pero... No nos han dado el lugar, y... Bueno. Nunca es tarde si la dicha es buena.

(Paco y Laura: pastor y pastora. Clase media. 40 y 38 años)

Del mismo modo, se fomenta el uso de las instituciones de la sociedad mayoritaria y se realizan propuestas políticas con un amplio abanico de objetivos: desde la reivindicación de mayores oportunidades para la integración social, hasta la modificación de la forma de distribución de ayudas sociales como la Renta Mínima de Inserción, que es percibida por algunos pastores y por varios de los profesionales entrevistados con sentimientos contradictorios.

L: ¿Sabes lo que pasa? Que ellos si les ofrecen un trabajo, les quitan la ayuda del RMI. Entonces ¿qué pasa? Les dan 500€ por 500€ que trabajan. ¿Pero qué tontería es esa? ¿Qué solución es? Eso no tiene lógica ni cabeza, quien lo haya puesto, yo no le veo solución. Porque si en esa casa hay dos adolescentes con 16, 18 años que pueden trabajar y que sí que pueden empezar aunque sea con un jornal de 200, 300€, pero a la madre le dejas esos 500€ durante un tiempo, un año o dos años para que puedan subir para arriba... ¡Esa es la solución! Lo que no es solución es que te ofrezcan...

P: Hay personas que realmente lo necesitan.

L: Pero mucho, mucho, ¿eh? Mucho.

P: Y necesitan la ayuda, pero hay personas que no lo necesitan.

(Paco y Laura: pastor y pastora. Clase media. 40 y 38 años)

Para finalizar, indicar que varios han sido los pastores que sostienen la importancia de la transmisión de conocimientos sobre salud entre el colectivo gitano. En ellos, por ejemplo, se aprecia apertura a la idea de colaborar con las instituciones sanitarias para promover en las iglesias el reparto de materiales de promoción de la salud, lo que no deja de ser un elemento a tener en cuenta por las autoridades sanitarias de cara a establecer alianzas con esta institución.

A: Pero imagínate que ya eres Pastor...Y llego yo de la Comunidad de Madrid y te digo, "Mira, vamos a hacer unos folletos de salud específico para gitanos, sobre, por ejemplo, cómo funciona el cuerpo, el problema de tomar medicamentos y cosas así". ¿Tú verías posible que en tu Iglesia se repartieran...?

F: Positivo. (...) de hecho estaría bien porque eso es información para esa gente.

A: A no ser ya alguno, que sea de anticoncepción, que ahí ya ahí algunos podrían sentir vergüenza...

F: Porque les da vergüenza, sino porque hay gente ya mayor, o sea, gente anciana. Pero folletos esos donde aconsejen lo que es...

A: Cómo comer, el colesterol...

F: Eso no es malo, eso es información para ellos.

(Fermín: candidato a pastor, 37 años, 4 hijos, clase media. Actualmente vendedor ambulante.)

E: Todo lo que sea para salud, para beneficio, todo es bueno. (...)

A: No, no. Claro, pero ¿tú crees que sería posible, si algunos pastores estuvieran de acuerdo, hacer grupos organizados por las iglesias de algún tema de salud de temas que le interesen a la iglesia?

E: Sí, ¿por qué no?

A: No sé si son temas que interesan mucho...

E: Sí, es que ¿sabes qué pasa? Que ya prácticamente todos los gitanos saben el tema del salud, lo que perjudica para el azúcar, el colesterol, lo que tienen que comer y lo que no tienen que comer... Porque de hecho ya van a su pediatra, y les dan lo que es el tema de la comida. "Pues mira, tengo colesterol", "Pues no comas esto, que esto te perjudica". Y en sí prácticamente ya la mayoría lo sabe.

(Eduardo: pastor, 34 años, clase media-baja. Chatarrero.)

13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este apartado de recomendaciones se ha diseñado teniendo en cuenta las distintas lógicas en relación a la salud y su cuidado observadas en los grupos estudiados. En él se incluyen, por un lado, las sugerencias más generales relacionadas con las ideas principales de este informe y, por el otro, las recomendaciones que se refieren a las temáticas más específicas abordadas en la investigación (cuidado infantil, alimentación, higiene, conductas adictivas, planificación familiar y la relación con los profesionales socio-sanitarios y las instituciones). Asimismo, se añaden al final del apartado algunas propuestas que sugieren nuevas vías de trabajo en colaboración con la Iglesia Evangélica.

13.1. Recomendaciones generales.

En las clases baja y media-baja el cuidado de la salud no está vinculado con una planificación a largo plazo y el ámbito de la salud no se concibe separado del resto de los ámbitos vitales, sino que se encuentra subsumido en ellos. Las preocupaciones están concentradas fundamentalmente en la evitación de aquellos comportamientos estigmatizados socialmente por el colectivo: drogodependencia, tabaquismo en mujeres, adulterio, pérdida de la virginidad femenina antes del matrimonio, etc. La salud, no está articulada alrededor de la idea de un sujeto individual que tiende a “cuidarse”, esa idea de salud se asocia más con un estilo de vida ajeno (el de los payos).

Por tanto, la intervención de promoción de la salud con los miembros de estas clases ha de partir, inevitablemente de la enfermedad. A pesar de que esta afirmación pueda parecer que conlleva el riesgo de consolidar una visión del cuidado de la salud estrictamente “paliativa”, las experiencias previas sobre sus padecimientos y las estrategias que han puesto en marcha para solucionarlos, deberían ser el contexto previo obligado para introducir otros saberes y otras perspectivas sobre la salud.

Por otro lado, los contactos con los profesionales sanitarios se tornan muy valiosos, especialmente en los estratos inferiores, dado que frecuentemente tienen un carácter

esporádico y el vínculo entre sanitario y paciente es bastante débil. Por ello, es recomendable dedicar un esfuerzo especial para conseguir una consulta lo más adaptada posible a la idiosincrasia del colectivo. Es, también, estratégicamente prioritario avanzar en la transmisión del conocimiento de lo que implican las diferentes pruebas diagnósticas o de screening, el porqué de la necesidad de las mismas, su procedimiento y el tipo de información que se obtiene de ellas. Así como aclarar siempre el porqué de las indicaciones que se dan y proveer explicaciones integrales sobre los temas que se traten, buscando la relación directa con la experiencia cotidiana y con los padecimientos presentes. Esto, sin lugar a dudas, conlleva una mayor dedicación y tiempo, pero también generará una mayor adhesión al tratamiento, mayor confianza en los profesionales y mejorará posiblemente la continuidad de la atención.

Así mismo, es necesario generar debate entre los miembros de la comunidad gitana para avanzar en la idea de que el cambio de algunos comportamientos y/o hábitos relacionados con la salud del colectivo no implica necesariamente la desaparición de su especificidad cultural, aspecto que preocupa a algunas personas entrevistadas, cayendo en una lógica de diferenciación entre los comportamientos “gitanos” y los “payos”, y oponiendo radicalmente ambos.

Fuera del contexto de la consulta, es más difícil intervenir eficazmente en promoción de la salud y prevención de la enfermedad con personas de clase baja o media-baja, puesto que no muestran un interés explícito por la prevención. Sin embargo y dado que sí lo muestran por la medicación efectiva, ya que tienden a solucionar fundamentalmente sus padecimientos vía auto-medicación a fin de paliar el dolor y permitir la continuidad de la vida cotidiana, consideramos importante que se trabaje desde diferentes canales las consecuencias negativas que ésta puede acarrear, teniendo en cuenta que son, principalmente, las madres y esposas las encargadas de aconsejar en este campo.

En este sentido, una opción a considerar es la de formar agentes locales de salud²⁷, es decir, personas encargadas fundamentalmente de realizar un trabajo de calle que facilite, dentro del colectivo, la transmisión “cara a cara” de información relacionada con la prevención de la enfermedad, con la adopción de hábitos saludables y, en particular, con la información sobre cualidades y consecuencias de los medicamentos más comúnmente utilizados. Así mismo, podrían encargarse de difundir información sobre los diferentes recursos-socio sanitarios existentes en la Comunidad de Madrid, realizar

²⁷ No sabemos si este tipo de figuras generarían reconocimiento colectivo, pero su eventual eficacia podría ser contrastada mediante un programa piloto.

algunos primeros acompañamientos a consulta y captar las necesidades y demandas de los miembros del colectivo, potenciando ciertos procesos de organización colectiva, todo lo cual favorecería el acercamiento de estos grupos a las instituciones.

Con respecto al cuidado de la salud en las mujeres, éste se supedita, como se ha visto, al cuidado del marido, de los hijos y del hogar. Si bien esta constatación no es novedosa, y ya se está trabajando desde diversas asociaciones y ONGs la importancia de que las mujeres también dediquen tiempo al cuidado de sí mismas, el proceso necesita ser abordado de forma respetuosa con la división de géneros imperante en el colectivo gitano. Criticar o cuestionar abiertamente dicha división (sobre todo por personas con las que no se ha establecido una relación de confianza), más que un acicate para el cambio en éste u otros órdenes de las prácticas y representaciones de la población gitana, contribuye frecuentemente a cerrar cualquier vía de comunicación con la misma y, por tanto, a establecer obstáculos de cara a impulsar cambios significativos.

Así mismo, es importante reflexionar críticamente sobre la postura (encontrada en algunos documentos técnicos²⁸ y en entrevistas con profesionales) que justifica el trabajar principalmente con las mujeres gitanas por su mayor “permeabilidad a los cambios”, y explorar la efectividad de trabajar sobre los mismos temas con grupos de hombres²⁹, a fin de no generar una división mayor entre el conocimiento que sobre estos temas manejan hombres y mujeres.

En cuanto a la transmisión de información sobre los ámbitos que son competencia de las mujeres (cuidado infantil, cuidado del hogar, alimentación, etc.), es importante partir de aquellos temas que demanden explícitamente, siendo imprescindible reconocer la gran experiencia que, sobre todo las mujeres maduras gitanas, han adquirido con respecto a los mismos, presentando los aspectos concretos referentes a estos ámbitos como información complementaria y no absoluta, para evitar la impresión de que se desautoriza su saber previo.

Puesto que la lógica temporal de las clases baja y media-baja dificulta la planificación a largo plazo³⁰, lo cual afecta enormemente a la asunción de los hábitos saludables que requieren este tipo de planificación, sería ingenuo pretender cambios sensibles a corto

²⁸“Guía para la actuación con la comunidad gitana en los servicios sanitarios”. (2006) Ministerio de Sanidad y Consumo. Fundación Secretariado Gitano.

²⁹ Algunas profesionales han comentado que se trabaja mayoritariamente con mujeres gitanas porque son ellas las que figuran como receptoras del RMI, y, por tanto, a las que se les “invita” a participar en los cursos de alfabetización asociados a dicha percepción

³⁰ Para prácticamente todos los ámbitos de la vida de los sujetos, exceptuándose tal vez algunos temas como la vacunación.

plazo. Por ello es importante que los profesionales se replanteen (en caso de no haberlo hecho) sus expectativas al respecto, para evitar en lo posible caer en la frustración y/o el desánimo y considerar también la importancia de las condiciones materiales y, por ende, los estreñimientos económicos y socio-culturales (como la actitud diferencial ante la salud y ante el tiempo) antes de proponer a la población la asunción de determinados hábitos.

En relación a los mensajes sobre educación para la salud y prevención de la enfermedad, dado que como se ha señalado, en muchos casos los comportamientos individuales se supeditan a los comportamientos prescritos desde el grupo, sugerimos que, en la medida en que sea compatible con el ámbito a tratar, los mensajes se presenten, no sólo desde la perspectiva de los beneficios para el individuo, sino fundamentalmente desde la de los beneficios sociales que podrían reportar al colectivo o al grupo familiar cercano.

Por otro lado, aunque hombres y mujeres estén acudiendo a cursillos de alfabetización, expresan el aprieto en el que se encuentran a la hora de enfrentarse a materiales escritos y a determinadas explicaciones expresadas en los mismos. Por lo general, se sugiere que la información se presente en soporte visual ya que son muchos los que manifiestan no sentirse cómodos ante material escrito. En este sentido, no sólo nos referimos a la dificultad de comprender materiales escritos, sino también a la imposibilidad de comprender ciertos conceptos sanitarios o clínicos. Bajo estas circunstancias, es complicado que los mensajes de promoción de la salud que se tratan de transmitir se perciban como relevantes.

Es en la clase media donde se valora con más interés las campañas para población general y donde cobran más sentido los mensajes de promoción de la salud centrados en el auto-control de los comportamientos individuales para cambiar determinados hábitos.

Cabe señalar que todas las personas integradas laboralmente o que han participado de forma prolongada en los cursos de alfabetización, incluyen en su concepción de la salud algunos hábitos saludables como la buena alimentación, la práctica diaria de ejercicio, etc. Las personas de clase media entrevistadas han demandado información más concreta, por ejemplo, con respecto al colesterol y las propiedades de determinados alimentos.

13.2. Cuidado infantil

Como se ha puesto de manifiesto en el estudio, la continuidad en el uso de los servicios sanitarios para la infancia depende en gran medida del tipo de relación que establezcan los profesionales sanitarios con los menores.

En todas las clases sociales se recurre a la atención médica para la protección de la infancia. En este sentido, y dado que padres y madres acuden al pediatra o a los especialistas para paliar o descartar padecimientos en sus hijos –cuya mera posibilidad genera un estado de extrema ansiedad–, es imprescindible que en la atención médica prime un trato cercano y que se ofrezcan a los progenitores explicaciones claras e integrales sobre las causas y tratamientos relativos a los padecimientos. Muchas de las personas entrevistadas manifiestan su descontento ante la atención “demasiado rápida y superficial” que, a su juicio, se dispensa frecuentemente a los niños. De modo inverso, aprecian a los profesionales “cariñosos” que miran detenidamente al niño y ofrecen explicaciones, antes de proceder a recetar medicamentos.

En varias entrevistas realizadas a profesionales sociales y sanitarios, éstos afirman que los padres de etnia gitana “consienten” demasiado a sus hijos y que no les ponen límites. En el apartado de cuidado infantil ofrecimos una serie de hipótesis para explicar porqué los padres y madres de las clases sociales baja y media-baja no consideran la infancia como un periodo en el que haya que exigir responsabilidades a los hijos. La brevedad de la etapa infantil, en comparación con la de la sociedad mayoritaria, guarda relación con lo anterior. Esperamos que estas hipótesis ayuden a dar sentido a algunos de los comportamientos que los profesionales observan en su trabajo diario.

Varios historiadores y sociólogos han realizado estudios sobre cómo la visión imperante de la infancia en nuestra sociedad proviene de las normas de puericultura transmitidas en el S.XIX y XX a través de la institución médica y escolar. La relativa marginalidad en la que históricamente se ha movido la población gitana y, por tanto, la falta de contacto con dichas normas, transmitidas a través de las instituciones, quizá sirva para comprender por qué la aludida visión del infante como un ser adulto en pequeño al que los padres han de instruir, no aparece en el colectivo gitano de clase baja y media-baja.

La concepción de los infantes como seres autónomos y fuertes se da principalmente en personas que viven en contextos en los que es necesaria una adaptación a entornos pauperizados (asentamientos chabolistas). Así, la ausencia de padecimientos mostrada por estos niños y niñas en dichos contextos será, para algunos padres, razón suficiente para no llevarles al médico hasta que no se encuentren enfermos. En este sentido, la forma más adecuada de trabajar la incorporación de una visión de la salud más

preventiva es a través del esfuerzo conjunto de las instituciones para generar procesos de ascenso social en estos colectivos más desfavorecidos. La creación de espacios o canales en los que se puedan debatir estos temas (partiendo de los cuidados que ya se les dan a los infantes y de los beneficios que para ellos podría suponer un cambio en su alimentación u otros hábitos) será compatible con lo anterior.

Determinados hábitos preventivos se relacionan con el estilo de vida de la clase media, el cual no resulta un modelo válido para las clases más bajas que organizan sus actividades de subsistencia en el día a día. De este modo, no será prudente orientar los mensajes transmitidos a la población alrededor de la idea de que en los asentamientos chabolistas hay una “falta de” cuidado infantil, ya que esto respondería más bien a una comparación con los hábitos de la clase media, y no a la comprensión de cómo en dichos entornos la idea de la “fuerza gitana” es una cualidad necesaria para la continuidad de las actividades que sustentan a la unidad familiar.

La escuela (incluidas las actividades “educativas” de verano organizadas para los niños) está fuertemente legitimada dentro del colectivo gitano como una institución que refuerza y complementa la labor educativa llevada a cabo en el seno familiar. En este sentido, padres y madres consideran a los profesionales de la educación como los responsables de transmitir información a sus hijos e hijas sobre aspectos relacionados con la sexualidad (tema tabú dentro del grupo familiar) y otras cuestiones, como la alimentación equilibrada o los hábitos de higiene buco-dental. Sería recomendable valorar esta potencialidad educativa y asegurar el desarrollo de programas que transmitan esa información durante el periodo escolar.

En los padres y madres de clase media se muestra preocupación por la dieta y por la salud dental de sus hijos (son habituales las visitas al dentista cuando se empiezan a dañar los dientes) pero la cuestión de la educación sexual sigue siendo tabú.

13.3. Alimentación

Es primordial que a la hora de recomendar una dieta equilibrada, se manejen aquellos conceptos más próximos y operativos que los grupos estudiados utilizan de manera habitual, en cuanto a la alimentación se refiere. Así, hablar de “puchero”³¹ o plato de cuchara implica estar hablando de un alimento central en la dieta de los gitanos de las clases bajas y media-bajas. Es recomendable utilizar estos mismos términos en las

³¹ Hecho a base de legumbres, verduras y carnes

propuestas alimenticias, sugiriendo variaciones concretas (menos chorizo, más repollo, etc.), para poder introducir pequeñas modificaciones dentro de su realidad cotidiana. En el caso de que se prescriban dietas para el control de la obesidad a gitanos de estas clases sociales, es necesario que se considere la dificultad que entraña establecer una dieta individualizada dentro de la familia, dado que por lo general los entrevistados sostienen que todos los miembros de la unidad familiar (exceptuando los bebés) comen lo mismo. Por tanto, será más efectivo proponer modificaciones concretas, referidas, por ejemplo, al modo de preparación o indicando qué alimentos de “un puchero” ha de evitar consumir la persona afectada.

Por otro lado, en estas clases sociales los alimentos nunca aparecen clasificados según sus propiedades saludables, del mismo modo que su consumo no se asocia con la aparición de determinados padecimientos. La elección de los mismos responde más bien a criterios de gusto, de “costumbre” o de la importancia otorgada a su aporte calórico. Así, a no ser que haya un padecimiento incapacitante, resulta difícil que se organice el consumo de alimentos alrededor de la idea de “dieta equilibrada”.

En la clase media, en cambio, la concepción de la salud incluye los hábitos alimenticios y los alimentos se clasifican como “buenos para la salud” (verduras, pescado, carnes a la plancha, etc.) o “malos para la salud” (aquellos relacionados con la grasa y el colesterol).

Algunos profesionales sanitarios que llevan impartiendo durante años talleres orientados al cambio de hábitos alimenticios en asentamientos chabolistas, se quejan de su falta de efectividad. Antes de organizarlos, tal vez sería más realista proponer únicamente la transmisión de conocimientos específicos y claramente gráficos sobre el cuerpo, el proceso digestivo, las propiedades de los alimentos, mostrando de manera explícita la relación existente entre determinados hábitos alimenticios (consumo de bollería industrial, de refrescos y frituras) y los trastornos concretos derivados, como el dolor de muelas, de estómago, hipercolesterolemia, etc., lo que aumentará previsiblemente la autoridad conferida a la información. Así mismo, no se debería de utilizar únicamente los nombres técnicos (como por ejemplo: “colesterol”), pues éstos no sólo resultan difíciles de comprender, recordar y asumir, sino que tienden a percibirse como algo ajeno, fuera de la cotidianeidad y de las prioridades alimenticias de estas clases sociales. En definitiva parece necesario evaluar de manera más sistemática la eficacia y efectividad de las actividades de educación para la salud que se están realizando.

En cuanto a las diferentes comidas a lo largo del día, parece que el desayuno no se considera tan relevante como el almuerzo o la cena. Así, muchos adultos y algunos niños no consumen ningún tipo de alimento hasta el mediodía y, normalmente, esta

primera ingesta –en alguno de los asentamientos chabolistas observados- se realiza a base de bollos, café y refrescos. Es necesario que se transmitan los beneficios de un desayuno equilibrado, tanto en niños como en adultos, pero siempre considerando que la adquisición del hábito será un proceso gradual y estará supeditada a otros factores ya señalados como el socio-económico. De nuevo es importante partir de las problemáticas expresadas por las personas, lo cual conlleva una gran dificultad, dado que en estas clases sociales, como ya hemos comentado, hemos encontrado un débil interés previo con respecto al tema de la alimentación saludable³².

Las personas entrevistadas de clase media manejan un repertorio más amplio de conceptos alimenticios. Para ellas la dieta es un tema de interés general, por lo que es más fácil la introducción de mensajes de prevención sobre los tipos de alimentos, sus propiedades y su contenido calórico (aunque hay que tener en cuenta que el concepto “caloría” no aparece prácticamente en ninguna clase social). Así, conocen los nombres de padecimientos asociados a una mala alimentación y también las relaciones causales entre ambos. Por tanto, lo que sería necesario es reforzar la información referente a las propiedades nutritivas de los alimentos, dado que pocas veces son clasificados según sean proteínas, glúcidos, etc.

13.4. Higiene

El primer aspecto a considerar dentro de este apartado, como la propia población gitana en su conjunto señala, es que el acceso diferencial a los recursos materiales existente entre las personas que viven en asentamientos chabolistas y las que residen en viviendas en altura, condiciona la posibilidad de mantener unas condiciones higiénicas u otras

En lo que se refiere a la higiene personal, es innecesario (desde las estrategias de promoción de la salud) insistir de forma especial en este aspecto; en casi todas las personas con las que se ha tenido contacto, la higiene personal, incluida la de los niños, forma parte de las actividades cotidianas. En este sentido, consideramos prioritario evitar caer en estereotipos, como el de la “falta de higiene”, que estigmatizan a la población gitana, los cuales no guardan relación con lo observado durante el trabajo de campo y generan una actitud defensiva en las personas entrevistadas, ya que

³² Únicamente parece relevante el plano estético: se dejan de comer aquellas cosas que engordan cuando, principalmente las mozas y mujeres jóvenes, se sienten obesas.

relacionan las preguntas sobre el tema con los estereotipos negativos que la sociedad mayoritaria maneja.

La limpieza del hogar realizada por las mujeres es exhaustiva y la desinfección de suelos (con un elevado uso de lejía), utensilios y espacios transitados se realiza varias veces al día. La proximidad de vertederos o la imposibilidad de sellar la vivienda adecuadamente conllevan el contacto con animales (ratas), basuras, polvo o ruidos (excesivos en la Cañada Real - zona Valdemingómez). En este sentido, es importante que se transmitan mensajes en los que se advierta de los peligros de estas circunstancias medioambientales (aunque no vayan a poder ser modificadas por los sujetos sí se puede intervenir de manera preventiva sobre algunos de estos riesgos), nunca insinuando que se cuida deficientemente de la higiene y de la limpieza del hogar.

La higiene dental no es un hábito que se encuentre dentro de las prioridades las clases bajas y media-bajas, aunque algunas personas la realizan esporádicamente. Los discursos se estructuran en torno a la primacía otorgada a la posesión o no del recurso correspondiente, así todos los entrevistados dan gran relevancia al hecho de “tener” cepillo de dientes y flúor y asocian esta posesión a la adquisición del hábito. Por lo tanto, consideramos que una posibilidad para implementar este hábito entre la población infantil es facilitar la adquisición de cepillos y flúor y trabajar diferencialmente por grupos de edad, ya que estas clases consideran, por un lado, que los niños “saben” cuándo han de empezar a lavarse los dientes y, por el otro, algunos adultos afirman lavárselos con un sentido paliativo, suponiendo que esta actividad reduce el dolor de muelas.

13.5. Conductas adictivas

Para todas las clases sociales la problemática derivada de las conductas adictivas está vinculada con las consecuencias sociales que este hecho acarrea para el grupo familiar, por lo que el tema ocupa un lugar relevante dentro de las preocupaciones sociales del colectivo. En este sentido, recomendamos estructurar los mensajes preventivos tomando en consideración la fuerte dimensión social que articula los discursos relacionados con el consumo de sustancias adictivas.

En cuanto al tipo de mensajes, dependerá de a qué clase social nos estemos refiriendo. En las clases baja y media-baja, los padres y madres no se consideran a sí mismos sujetos capaces de modificar las conductas de sus hijos, otorgando mayor primacía al grupo de iguales, grupo en el que se delega la responsabilidad de los comportamientos que estos asuman (esto no quiere decir que los padres no les recomienden que no se droguen, o que no fumen, sólo que no considerarán que sus intervenciones vayan a

ser demasiado eficaces). Por tanto, las acciones deberán ir encaminadas a trabajar preferentemente con los grupos de adolescentes y jóvenes, ya sea desde la escuela ó a través de programas de educación de calle.

En cambio, los padres y madres de clase media sí se consideran agentes con capacidad de intervención en las conductas de sus hijos. No sólo les cuentan las repercusiones de determinadas conductas a edades tempranas, sino que aprecian las campañas públicas realizadas en contra del consumo de sustancias adictivas. Consecuentemente, en esta clase habría que dirigir las acciones tanto a padres como a adolescentes y jóvenes.

La construcción de la masculinidad está en parte relacionada con comportamientos como el “ir de fiesta” (ocupación de pubs, bares) y con los consumos de tabaco y alcohol que los hombres realizan en esos espacios. Las normas sociales restringen el acceso de las mujeres a los mismos y a los consumos que en ellos se dan. Así, en los mensajes dirigidos a los hombres sería importante disociar el consumo de tabaco del concepto de masculinidad y reforzar la imagen de un consumo de alcohol responsable. En cuanto a las mujeres, también se hace necesario trabajar la prevención del consumo de alcohol y tabaco, puesto que, aunque existen las normas sociales ya mencionadas que funcionan como mecanismo “preventivo” de estos consumos, muchos informantes afirman que las mujeres fuman “a escondidas”. En la medida en que ascendemos en la escala social, la división de géneros que restringe el acceso a los espacios y a los consumos se flexibiliza y aparecen abiertamente los mismos consumos en las mujeres (dándose con más frecuencia consumos de alcohol que de tabaco).

Al igual que en la sociedad mayoritaria, es necesario desarticular la conexión que existe entre las actividades de ocio y el consumo de drogas. Es relevante para este colectivo presentar los mensajes de prevención en torno a experiencias de personas de la comunidad que hayan tenido problemas de salud debido a los hábitos de consumo de dichas sustancias. La institución educativa parece de nuevo el lugar idóneo para transmitir esta información a los adolescentes y jóvenes. Del mismo modo, en lugar de pretender alcanzar un consumo cero –el cual no se consigue con la juventud de la sociedad mayoritaria- sería más factible realizar una campaña en contra del tabaco y del alcohol en la que se transmita mensajes sobre las consecuencias físicas de determinados consumos con imágenes y diálogos entre adolescentes y jóvenes gitanos.

Muchos padres y madres participan con sus hijos en la Iglesia Evangélica, institución valorada en la medida en que fomenta el abandono y la restricción del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Por tanto, podría ser interesante analizar las estrategias de transmisión que utiliza esta institución y plantear la posibilidad de un trabajo conjunto

en estas cuestiones.

13.6. La relación con el personal sanitario

Las principales quejas con respecto a la atención sanitaria se centran en la falta de tiempo en la consulta y en el escaso contacto físico del profesional con los pacientes. El hecho de recetar rápidamente medicamentos sin mirar y tocar apenas al paciente dificulta enormemente la confianza en el diagnóstico y la adhesión al tratamiento. Por tanto, como ya se ha señalado, es muy importante dedicar un tiempo prolongado en la consulta médica, combinado con un trato cálido y cercano, que incluya una explicación clara de los padecimientos y del tratamiento o acciones a seguir.

Las esporádicas visitas a la consulta (en clase baja y media-baja) son de las pocas oportunidades que tienen para adquirir nuevos conocimientos técnicos sobre la salud (principalmente cuando no asisten a los cursos de alfabetización). De este modo, se recomienda al personal sanitario una implicación más activa en las explicaciones que se ofrecen en la consulta.

Con respecto a la autogestión de los padecimientos, es frecuente que aquellos que cursan con dolor sean solucionados mediante la auto-administración de medicamentos supuestamente efectivos. Esta forma de iniciar la medicación y de “quitarse de” ella cuando uno ya se encuentra bien, responde a una visión paliativa de la medicina, la cual es común tanto en la clase social baja como en la media-baja. Los medicamentos que causan somnolencia o disminución del estado de consciencia generan desagrado, ya que disminuyen la plenitud de facultades. De hecho, varias personas medicadas por depresión dejaron de tomar al poco tiempo la medicación puesto que afirmaban que no podían “hacer nada” con esas pastillas. En este sentido, se recomienda a los profesionales sanitarios que tengan especial precaución al medicar antidepresivos, ya que la discontinuidad en el seguimiento de dicho tratamiento puede acarrear desventajas.

Muchas personas de clase baja y media-baja acuden al especialista para descartar enfermedades graves. Es un momento de suma angustia en el que las palabras del profesional sanitario adquieren gran relevancia. Es importante que éste no emita un diagnóstico del tipo “usted está bien” en caso de que haya que realizar más pruebas para corroborarlo, dado que esa afirmación concuerda con la concepción de la salud que iguala “estar bien” con “estar sano” y es justificación suficiente para no realizar las demás pruebas y para convalidar la confianza en la recuperación “natural” del cuerpo. En general, se ha observado que si no se comprende bien en qué consisten el tipo

de pruebas prescritas, es muy probable que no acudan a realizárselas. Por tanto, es importante generar información sobre las pruebas que pueden realizar los diferentes profesionales, el cuándo y el porqué de las mismas, así como detallar las consecuencias derivadas de la no realización –método utilizado con aparente efectividad por varios profesionales sanitarios entrevistados-.

En los acompañamientos a consulta observamos que algunos administrativos del servicio de citas reprendían a las mujeres por temas diversos (por ejemplo, hacerse determinadas pruebas con el embarazo en estado avanzado, acudir sin tarjeta sanitaria), generalizando estos comportamientos al conjunto del colectivo gitano. Este tipo de reproches desalientan a las personas a acudir a los centros de salud, principalmente cuando se va sólo en contadas ocasiones. Sería necesario estudiar el grado de generalidad de estos prejuicios, que cabría juzgar como discriminatorios.

Aunque la queja al respecto del trato está bastante generalizada, únicamente dos de las personas entrevistadas habían puesto alguna vez una reclamación oficial cuando no estuvieron de acuerdo con el trato recibido. Cabría deducir que las personas del colectivo gitano o bien no conocen, o bien no se sienten proclives a utilizar los cauces institucionales para protestar o expresar su opinión sobre los servicios utilizados.

13.7. Demandas al sistema sanitario

Con respecto a las dificultades de movilidad existentes en algunos poblados que no tienen acceso a la red de transporte público, es fundamental que el sistema de cita telefónica funcione correctamente, de cara a facilitar un acceso ya en sí mismo complicado.

Dado que el cuidado infantil es central para todo el colectivo, tiene sentido que las demandas más frecuentes estén relacionadas con la atención a los infantes. Es frecuente en la investigación la valoración de la atención pediátrica como deficiente o poco exhaustiva.

En las narraciones de los entrevistados se alude reiteradamente a la dificultad para comprender el lenguaje utilizado por algunos profesionales sanitarios. Una táctica que utiliza mucha población es acudir a la consulta médica en compañía de familiares que comprendan mejor el lenguaje técnico que se utiliza. Los acompañantes suelen ser personas de más edad, con una mayor socialización previa en relación al sistema sanitario, o personas jóvenes con formación educativa. Esta labor de acompañamiento ha sido muy valorada por las personas entrevistadas, sobre todo aquellas que hace

mucho tiempo que no acuden a la consulta. Por ello recomendamos la figura del agente local de salud para que asuma las funciones de acompañamiento inicial necesario para acercar a las personas al sistema sanitario público.

Otro aspecto a considerar es la reducción de los tiempos de espera, tanto en el día que se acude a la cita como en la espera para poder asistir a consulta con los especialistas. En este sentido, muchas veces se acude a urgencias para lograr, sin tener que esperar meses, un examen en profundidad³³. Con relación a lo anterior y, a pesar de que muchos profesionales consideran que las personas del colectivo gitano hacen uso principalmente de las urgencias, no disponemos de datos que corroboren esta afirmación. Solamente podemos afirmar que en la clase baja y en la clase media-baja se tiende a acceder al médico únicamente cuando se está verdaderamente incapacitado, con lo que deducimos que en ese caso se irá preferentemente a urgencias.

Una de las críticas (que emerge en varios de los grupos de discusión realizados con grupos de alfabetización de hombres que perciben la RMI) es la supuesta desigualdad de trato percibida en las instituciones sanitarias con respecto a la población mayoritaria, llegando a afirmar, incluso, que se da un interés por imponer al colectivo gitano determinadas políticas de planificación familiar. Respondan o no a hechos reales, hemos de subrayar su relevancia ya que condicionan la actitud hacia el sistema sanitario (ya sea de pasividad o de auto-defensa), el uso de este recurso, así como la relación con los profesionales. También se ha hecho referencia a que ciertos profesionales sanitarios, en concreto de enfermería, expulsan a gitanos y gitanas de los hospitales en caso de considerar excesivo el número de acompañantes del enfermo. Aunque, por un lado, los entrevistados sostienen que se les aplican las normas demasiado “rígidamente”, muchos afirman comprender que puedan llegar a ser “molestos” por su forma masiva de acudir a los hospitales.

13.8. Planificación familiar

La importancia concedida a la preservación de la virginidad femenina para todo el colectivo, es en cierta medida una barrera para acudir al ginecólogo al asociarlo con el peligro de perder la virginidad en la etapa de la mocedad. Aunque la mayoría de las entrevistadas afirman conocer la inexistencia de tal vinculación, no irán a este especialista “por si acaso”, sobre todo preocupadas porque no se corra la voz en el

³³ Aunque suponemos que este comportamiento es similar al de la población mayoritaria, al no haber estudiado a esta última, no tenemos información para poder afirmar tal cosa.

entorno cercano. Por tanto, el trabajo deberá ir orientado en la línea de habilitar recursos específicos para las jóvenes y trabajar con el resto de los grupos a fin de incorporar la idea de normalidad en el control periódico de la salud de las mujeres.

Con respecto a la asistencia a la consulta de matrimonios, varios profesionales sanitarios afirman que invitan sistemáticamente a los respectivos cónyuges para que entren en la consulta, o que intentan sacar un tiempo para transmitirles la información aparte. De este modo, se busca hacer partícipes al hombre y a la mujer. Estos profesionales consideran que es un factor que potencia la confianza mutua y la adhesión a sus recomendaciones y que opera creando una alianza estratégica en la supervisión – por parte de padre y madre- de las diferentes pruebas que son beneficiosas tanto para sus respectivas parejas como para sus hijos e hijas.

Algunos hombres perciben las políticas de planificación familiar, y la forma de ser recomendadas por algunos profesionales, de forma impositiva, por ello, es importante evitar juicios de valor que se refieran al estereotipo del gitano que tiene muchos hijos. La planificación familiar está, en términos generales, asumida en todas las clases sociales, por lo que no parece necesario insistir demasiado en que se tengan menos hijos. Simplemente, se puede preguntar si se conocen todos los métodos y ofrecer la información pertinente. La reducción de la natalidad ocurrida en nuestro país no implica que todos los colectivos tengan porqué asumirla necesariamente en la misma medida.

Mayoritariamente los hombres entrevistados han afirmado que diversos métodos de planificación familiar (entre los que han citado el DIU, la píldora y la ligadura de trompas) tienen efectos negativos para la mujer. De hecho, varios maridos están utilizando el preservativo para evitar que sus mujeres sufran las consecuencias de dichos métodos. No parece impropio, por tanto, trabajar también con la población masculina la información relativa a métodos anticonceptivos, dado que están influyendo en la utilización de unos u otros.

También se ha observado que algunas suegras ocupan un papel relevante ya que se ocupan de suministrar la píldora a sus nueras sin consultar a un especialista, en este sentido, sería importante informar a las mujeres maduras sobre los efectos de los anticonceptivos orales. Es crucial profundizar no sólo en la función de este método anticonceptivo sino en su funcionamiento, favoreciendo la comprensión en profundidad de por qué el mismo medicamento puede tener efectos diferentes en distintas mujeres, dado que así se evitará que sea utilizado sin prescripción médica.

Una recomendación básica es que, cuando se organicen cursos o talleres en los que se trabajan temas de planificación familiar y educación sexual, no se dé por sentado que

las mujeres van a transmitir a sus maridos e hijos lo aprendido. Mientras no se flexibilicen los roles de género, los temas relativos al cuidado infantil y la planificación familiar deberán ser tratados tanto en grupos de hombres como de mujeres.

Para las mozas las infecciones de transmisión sexual no son relevantes, dado que afirman no tener relaciones sexuales hasta el momento del matrimonio y, por tanto, no necesitan saber demasiado sobre un tema tan vinculado con comportamientos estigmatizados por el grupo. El sida es la única enfermedad que aparece nombrada. Algunos testimonios de mozas sobre cómo el sida se trasmite de una persona a otra, dejando “libre” a la primera, dan cuenta de errores de concepción, por lo que es importante que las instituciones que trabajan temas de promoción de la salud con este colectivo garanticen por todos los medios que cuando mozos y mozas dejen la vida escolar –muchas veces por la cercanía del matrimonio- cuenten con la información correcta. Es primordial desmontar la idea de que el sida solo se da en personas drogodependientes y promiscuas, utilizando para ello ejemplos reales en los que se expongan diferentes circunstancias en las que se puede producir la transmisión.

13.9. La Iglesia Evangélica o el “culto”.

La Iglesia Evangélica es una institución legitimada mayoritariamente que está generando una estrategia de ascenso social entre los miembros de la comunidad gitana. Esta institución está promoviendo la adquisición de nuevos comportamientos más acordes con los de la sociedad mayoritaria sin, por ello, renunciar a valores tradicionales e identitarios asumidos genéricamente por los miembros del colectivo, los cuales adquieren nueva significación a partir de las propuestas que plantean encaminadas a la búsqueda intencionada de formación académica y de inserción socio-laboral, el disfrute de la vida y la consolidación de las redes de apoyo social.

A través del estudio, se ha puesto de manifiesto la importancia de establecer alianzas con dicha institución a la hora de abordar temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad referentes a cuestiones tales como la superación de barreras en la atención sanitaria, la salud sexual y reproductiva con perspectiva de género, el cuidado infantil, los hábitos saludables, el abordaje de las adicciones y la resolución de conflictos. Su ofrecimiento de colaborar con las instituciones sociales y sanitarias que lo requieran, supone una puerta abierta que hay que aprovechar.

13.10. Las percepciones del personal sanitario: reflexiones y recomendaciones

Ya hemos señalado el riesgo que conlleva la perpetuación de una imagen esencializadora del colectivo gitano alrededor de la idea de dejadez o del prejuicio de la carencia de cuidados relacionados con la salud, imagen que aparece siempre ligada a su pertenencia étnica y que no parece ser un punto de partida útil para motivar en el colectivo gitano la asunción activa de los comportamientos saludables. Afirmaciones como “los gitanos comen mal” o “los gitanos no cuidan a sus hijos por su cultura”, no tienen en cuenta cómo la construcción social de la salud y de la prevención está mediada por las condiciones socio-económicas y socio-culturales de los grupos en cuestión.

Consideramos necesario erradicar los estereotipos que continúan reforzando esta imagen social del gitano ‘dejado’, puesto que la aceptación de los mismos por parte de los propios gitanos supone una barrera para la comunicación entre las instituciones y el colectivo y un mecanismo que perpetúa hábitos que, de otra forma, podrían ser trabajados dentro de un marco más integrador y de cooperación mutua.

No existe un único modo de comprender la prevención de la enfermedad, por lo que es importante no generar un discurso profesional en el que las pautas de prevención de la sociedad mayoritaria (cuidado de la dieta, realización de ejercicio, continuidad en la higiene buco-dental, control de la natalidad hasta 1-2 hijos por pareja, etc.) aparezcan “naturalizadas”, es decir, como si fueran algo “objetivo” surgido al margen de su contexto social de producción.

Es imprescindible no emitir juicios sobre el colectivo gitano basados en la “evaluación” o comparación usando como rasero los comportamientos legitimados desde las instituciones sociales y sanitarias, dado que este tipo de comparaciones puede llevar fácilmente a formular afirmaciones articuladas alrededor de la idea de que el colectivo gitano presenta una “falta de”, por ejemplo, apropiado cuidado infantil, capacidad de esfuerzo, sujeción a normas, etc., cuando la realidad muestra que los profesionales sanitarios también encuentran dificultades para convencer a la población general de la asunción de hábitos saludables, como la dieta equilibrada o la práctica de ejercicio de manera continuada. Nuestro punto de partida para esta investigación, coincidente con el del Antropólogo E. Menéndez (1994, 1998), sostiene que *“La mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales, y el punto central, (...), no es tanto considerarlos como comportamientos erróneos o correctos sino asumir que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención más allá de que sean equivocados o no”*.

Los profesionales entrevistados manifiestan la facilidad para establecer una buena relación con los miembros de este colectivo y sostienen la importancia de las habilidades comunicativas -para desarrollar una relación de confianza- así como una actitud de apertura y cercanía. Algunos de estos profesionales señalan la necesidad de que todo el personal de los centros de salud cuente con formación y herramientas apropiadas para trabajar con minorías étnicas, con la diversidad cultural, entendiendo la cultura como un proceso cambiante relacionado con las condiciones de vida de las personas. En este sentido, sugieren la realización de cursos de reciclaje profesional donde se aborden estos temas. Así mismo y en base a los beneficios que conlleva la mediación intercultural, sugieren que su uso en los programas de promoción de la salud debería estar estandarizado.

Con respecto a la percepción del uso del sistema sanitario por parte del colectivo gitano, coexisten entre los profesionales socio-sanitarios dos visiones diferentes, en cierto sentido contradictorias, ya que por un lado se afirma que "los gitanos no vienen al centro de salud hasta que están mal, que son duros, se guisan y se comen sus enfermedades", mientras que por otro se sostiene que "van a urgencias por cualquier cosa, como cortes sin importancia". Desde los resultados de este estudio podemos señalar que las personas de etnia gitana entrevistadas saben cómo usar el sistema sanitario y deciden a dónde acudir en función de cómo clasifiquen la gravedad de los padecimientos y de sus anteriores experiencias, sobre todo en función del trato recibido.

Por otro lado, y sin querer entrar en profundidad en este tema –que necesitaría una investigación aparte, ha sido recogida la opinión de varias personas gitanas que afirman que su relación con los profesionales está muy mediatizada por el miedo a la pérdida de la RMI si no realizan determinadas acciones, entre las que se encuentran la vacunación de los hijos, la asistencia a las revisiones ginecológicas, la asistencia a cursos de alfabetización, etc. En este sentido, en algunos informes³⁴ se afirma: *“en muchas ocasiones, se consiguen resultados utilizando la RMI como medida de presión para mejorar la adherencia a los controles y seguimientos clínicos previstos”*.

En esta línea, ciertos profesionales han sugerido medidas de presión, para, por ejemplo, “implicar” a los padres en la asistencia con regularidad de sus hijos e hijas a los centros escolares. De este modo, justifican determinadas políticas y/o comportamientos para “presionar” al colectivo gitano a llevar a cabo determinadas acciones, todo ello articulado alrededor de la idea de la pasividad, dependencia y falta de autonomía y esfuerzo del

³⁴“Situación de los asentamientos marginales del área sanitaria 1”. (2006) SaludMadrid, IRIS, Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid, MadridSalud y otros. Mimeografiado.

colectivo, ideas que suelen aparecer junto con una crítica a su facilidad de "pedir recursos" al Estado. Por tanto, algunos de estos profesionales sugieren que la RMI podría ser entregada siempre como contrapartida a un esfuerzo o a un trabajo por parte de las personas que la perciben³⁵.

Por otro lado, otros profesionales entrevistados han argumentado que, en ocasiones, la continuidad a largo plazo de la RMI o su concesión a personas muy jóvenes, es más un obstáculo a la integración social que una motivación, y se cuestionan sobre si el uso de la RMI como medida de presión puede generar el cambio sostenible y "autónomo" de los hábitos preventivos que promulgan de forma mayoritaria tanto instituciones como profesionales, o si habría que generar nuevas estrategias para orientar las políticas e intervenciones sociales con este colectivo. En todo caso, no se ha encontrado una evaluación pública en profundidad de los efectos del uso de la RMI y de las actividades de educación vinculadas a la misma en los miembros del colectivo.

Sin haber realizado un estudio sobre las implicaciones de la RMI, nos atrevemos a sugerir el peligro de establecer como base para la relación con este colectivo una dinámica de "obligación". Esto podría derivar en que las personas esperasen dicha presión para decidirse a actuar. Algunas jóvenes están dejando de asistir a la escuela y justifican este hecho porque no han recibido "cartas" de las instituciones. La reflexión sobre este tema es de vital importancia en el contexto de una intervención interinstitucional que promueva procesos que doten de "agencialidad" al colectivo.

Dado que hemos corroborado que parte de los mensajes de promoción de la salud que están transmitiendo las instituciones sociales y sanitarias están siendo recibidos por las personas entrevistadas –principalmente de clase media-, no podemos dejar de señalar que, en la medida en que se realicen esfuerzos inter-institucionales para acabar con determinadas situaciones de exclusión social y se favorezcan sistemáticamente oportunidades de formación académica y de inserción laboral, se irán generando trayectorias de ascenso social y promoviendo la asunción de los hábitos saludables.

³⁵ Aunque no ha sido objeto de esta investigación, cabe señalar que la Ley 15/2001 que regula la RMI no considera que las actividades que los perceptores realizan sean una "contraprestación" por el dinero recibido, sino que considera que los beneficiarios de la prestación habrán de cumplir aquellas actividades que hayan negociado con el trabajador social de Servicios Sociales dentro del Plan Individualizado de Inserción que habrán de construir conjuntamente. Por lo general se ha podido percibir que tanto los profesionales (sociales y sanitarios) como los beneficiarios no conocen en profundidad aspectos importantes de esta ley.

14. BIBLIOGRAFÍA

- Ariès, P. (1973) El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. (1973). Taurus, Madrid.
- Betrissey, D. (2006) Trabajo, exclusión social y enfermedad. Sociología del trabajo. nº 57; Primavera 2006. pp.31-65.
- Boltanski, L. (1969) "Puericultura y moral de clase". Laia, Barcelona.
- Boltanski, L. (1975) "Los usos sociales del cuerpo". Periferia, Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1966) Condition de classe et position de classe, Archives Européennes de Sociologie", nº VII, pp.201-229.
- Bourdieu, P (1991) El sentido práctico. Taurus, Madrid.
- Bourdieu, P. (2000) La dominación masculina. Anagrama, Barcelona.
- Canton, M. (1997) "Evangelismo gitano y creatividad religiosa: como se piensan los gitanos, como pensar la religión". Antropología. Revista de Pensamientos Antropológico y Estudios Etnográficos, 14: 45-72.
- Castel, R. (1995) "De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso". Archipiélago nº 21.
- Comelles, J. (ed.). (2000) "Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina". Bellaterra, Barcelona.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. (2005) "Acceso a los servicios sanitarios de la población en los asentamientos marginales en la Comunidad de Madrid. Cañaverall, Mimbreras, Salobral, Plata y Castañar, Santa Catalina, Vereda del Pan y Agua, Quinta, Pitis y Barranquillas".
- Comunidad de Madrid, Instituto de Salud Pública; y Universidad Complutense de Madrid. (2004) "Factores socioculturales relacionados con la realización de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH y con conductas sexuales de riesgo en el colectivo de varones que tienen relaciones sexuales con otros varones".

- Diez López, I.; Ardua Fernández, J.; Palacin Minués, E.; Cardaba Arranaz, M. (2002) "Influencia de la etnia gitana en el ingreso hospitalario de lactantes y su patología prevalente". *Anales Españoles de Pediatría*, 57 (3) 215-9.
- Farmer, P. (2000) "Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes". *Papeles de Población*, enero-marzo, número 23. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. pp. 181-201.
- Farmer, P. (2002) "Haití para qué. Usos y abusos de Haití". Hiru, Guipúzcoa.
- Fassin, D. (2001) "The biopolitics of otherness: Undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate". *Anthropology Today* 17 (1).
- Ferrer, F. (2003) "El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión bibliográfica". *Gaceta Sanitaria (supl. 3)* 2-8.
- Frankenberg, R. (1993) "Risk. Anthropological and epidemiological narratives of prevention" en Lidenbaum, Shirley & Lock. M. *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and every day life*. L.A., Londres, University of California Press.
- Gamella, J.F. (1996) "La población gitana en Andalucía: un estudio exploratorio de sus condiciones de vida." Sevilla. Junta de Andalucía.
- Goffman, E. (1963) "Stigma. Notes on the management of spoiled identity". Englewood Cliffs, NJ: Prentice Halls.
- IRIS, EDES, Asociación El Fanal, ACCEM y otros. (2006) "Análisis de la realidad de Cañada Real Galiana (Villa de Vallecas)". Documento mimeografiado.
- Laguna Arias, D. (1999) "Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes". *Gaceta de Antropología*, nº 15, Universidad Central de Barcelona.
- Lucas Samper, A. (2006) "La Iglesia Evangélica de Filadelfia: un acercamiento a la religiosidad de los gitanos en España". Dpto. Sociología II. Universidad de Alicante. URL: <http://sincronia.cucsh.udg.mx/invierno02.htm> (accedido 02/01/2006)
- Lupton, D. (1999) "Risk". Routledge, Nueva York.
- Méndez López C; Ramírez Hita S. (1999) "Gitanos: Contextos, trayectorias y salud". FMC en Atención primaria, vol.6, nº 4, abril.
- Menéndez, E. (1982) Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes. En Menéndez, E. (edit.), *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*, pp.4-52. Casa Chata/CIESAS, México.

- Menéndez, E. (1992) Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto-atención. Caracteres estructurales, en Campos R. (comp.) *La antropología médica en México*. México, Instituto Mora/UAM. pp.97-114.
- Menéndez, E. (1994) La enfermedad y la curación. ¿Qué es Medicina tradicional? *Alteridades*. 4 (7): 71-83
- Menéndez, E. (1998) Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* 46:37-67.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública; y Fundación Secretariado Gitano. (2005) "Salud y Comunidad Gitana. Análisis de propuestas para la actuación".
- Ministerio de Sanidad y Consumo, y Fundación Secretariado Gitano. (2006) Guía para la actuación con la comunidad gitana en los servicios sanitarios. URL: <http://www.gitanos.org/publicaciones/guiasalud/index>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, Dirección General de Inclusión Social. (2005) *III Plan Nacional de Acción Para la Inclusión Social del Reino de España 2005-2006*.
- Monturiol, F.; Silva, A. (2000) "Los usos de las drogas y su impacto en la cultura (el caso gitano)". Madrid, Asociación Secretariado General Gitano.
- Olivan Gonzalvo, G. (2004) "Niños gitanos maltratados: factores de riesgo socio sanitario y necesidades prioritarias". *Anales Españoles de Pediatría*; 601 (1) 28-34.
- Open Society Institute. (2002) "Seguimiento de la protección de las minorías en la Unión Europea: la situación de los roma/gitanos en España".
- Otegui Pascual, R. (2002) "Informe del estudio FIPSE. Investigación cualitativa sobre conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la transmisión de VIH-SIDA en la población gitana". FIPSE, Madrid.
- Otegui Pascual, R. (2002) "Informe del estudio FIPSE. Investigación cualitativa sobre conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la transmisión de VIH-SIDA en la población gitana". FIPSE, Madrid.
- Otegui, R. (2006) "Virus, bichos, drogas: las formas sociales del VIH-SIDA en la comunidad gitana española." *Desacatos*, enero-abril, num.020, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Distrito Federal, México, 53-76.
- Palanca, I. (2002) "Desigualdades en salud y exclusión social". *Gitanos, Pensamiento y Cultura*; 15: 44-8.

- Pomycala, A.; Holt, R. (2002) "Mujeres gitanas: una prioridad para la política europea de Salud Pública". Instituto Romanó de Servicios Sociales y Culturales. I Tchatchipen, Revista Trimestral de Investigación Gitana; 40: 35-42.
- Ramírez Hita, S. (2002) "Mujeres, madres, curanderas. Modelos y prácticas terapéuticas entre los gitanos". Instituto Romanó de Servicios Sociales y Culturales. I Tchatchipen, Revista Trimestral de Investigación Gitana; 38: 34-42.
- Ramírez Hita, S. (2003) "Gitanos y Salud. Articulación de prácticas y Saberes médicos de los gitanos de Perpignan". Tesis de doctorado. Universidad Rovira i Vigili, Facultat de Lletres, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Tarragona.
- Reig Mayoral, S.; Curós Torres, S.; Bacells Chiglione, C.; Batalla Martines, C.; Ezpeleta Martínez, A.; Comin Beltrán, E. (1999) "Anticoncepción: Gitanas frente a payas". Atención primaria; 23: 63-67.
- SaludMadrid, IRIS, Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid, MadridSalud y otros. (2006) "Situación de los asentamientos marginales del área sanitaria 1". Documento mimeografiado.
- San Román, T. (1976) Vecinos gitanos.
- San Román, T. (1997) "La diferencia inquietante. Viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos". Siglo XXI, Madrid.
- Sánchez Serrano, F.J.; Zubiatur Cantalapiedra, A.; Herrero Galiana, A.; Gallart Martínez, M.D.; Jiménez Yañez, R.; Sanguino López, L.; Flores Serrano, J. (2002) "Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana". Anales Españoles de Pediatría; 56: 17-22.
- Sánchez, A.; Dorado, M.L. (1999) "Los problemas de salud específicos del pueblo gitano en España". Instituto Romanó de Servicios Sociales y Culturales. I Tchatchipen, Revista Trimestral de Investigación Gitana; 26: 38-40.
- Santiago Torres, J.D. (2000) "Propuestas para una intervención integral con la comunidad gitana". Instituto Romanó de Servicios Sociales y Culturales. I Tchatchipen, Revista Trimestral de Investigación Gitana; 32: 18-27.
- Sayad, A. (2004) "The Suffering of the Immigrant". Polity Press, UK.
- Scheper-Hugues, N. (1997) "La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil". Barcelona, Ariel.
- Taussig, M. (1995) "La reificación y la conciencia del paciente", en *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Gedisa Editorial. Barcelona.

Villaamil, F.; Jociles, I.; Lores, F.; Betrisey, D. (2004) “Factores socioculturales relacionados con la realización de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH, y con conductas de riesgo en el colectivo de varones que tienen sexo con varones (VSV)”, en Boletín Epidemiológico nº 10, febrero, Instituto de Salud Pública de la CAM.

15. ANEXO

A continuación se presentan tres tablas con información complementaria de las personas citadas en este informe.

Aclaraciones:

- 1º) Todos los nombres son ficticios. No se presentan los nombres originales para proteger la identidad de las personas entrevistadas.
- 2º) Sólo se presenta la información de las personas citadas a lo largo del documento. Ver el apartado 3.3 para información sobre la totalidad de las entrevistas realizadas.
- 3º) La Columna "MI" se refiere a matrimonios inter-étnicos.

Nº	Nombre	Sexo	Edad	Clase social	Estado civil	MI	Nº hijos	Procedencia geográfica		Lugar de residencia	Tipo de vivienda	Cristiano Evangélico	Ocupación	Estudios	Historia personal
								del individuo	de la familia						
1	Nacho	H	43	baja	Casado		6	Plasencia	Extremadura	La Jungla	Chabola	No	Chatarrero		Viene a Madrid después de casarse.
2	Marta	M	49	baja	Casada	<input type="checkbox"/>	6	Santander	Santander	La Jungla	Chabola	No	Venta de romero		Llegó a Madrid a los 10 años. Trabajó en agricultura.
3	Víctor	H	15	baja	Soltero	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Extremadura y Santander	La Jungla	Chabola	No	Chatarrero	En la ESO, casi no asiste	Ya ha comenzado a chatarrar con sus familiares.
4	Lorenzo	H	15	media-baja	Soltero	<input type="checkbox"/>	0	Madrid		La Jungla	Chabola	No	Chatarrero	En la ESO, casi no asiste	Ya ha comenzado a chatarrar con sus familiares.
5	Maite	M	16	media-baja	Soltera	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Extremadura	La Jungla	Chabola	Sí	No trabaja fuera de casa.	No acaba ESO	Expectativa de casarse.
6	Vicki	M	16	media	Soltera	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Extremadura	La Jungla	Casa baja	Sí	No trabaja fuera de casa.	Acaba ESO. FP de peluquería.	No continua FP porque está de luto. Pretende continuar. Expectativa de independizarse, terminar estudios y vivir sola.
7	Trini	M	21	media	Soltera	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Madrid	La Latina	Piso	No	Dependiente en tienda propia.	Módulo de Educación social	Actualmente trabaja en una tienda de ropa propia. Módulo mediación social. Padre trabaja para Institución Pública.
8	Lucía	M	18	media	Soltera	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Madrid	La Latina	Piso	No	Busca cursos de F.P	Hizo hasta 3º ESO	Padre trabaja para fundación relacionada con colectivo gitano.
9	Sonia	M	45	baja	Casada	<input type="checkbox"/>	3	Portugal	Portugal	Valdemingómez	Chabola	No	No trabaja fuera de casa.		Venta ambulante nómada durante su infancia. Origen portugués. Casada con primo.
10	Luisa	M	22	media-baja	Casada	<input type="checkbox"/>	2	Madrid	Portugal	Valdemingómez	Chabola	No	No trabaja fuera de casa.	No acaba ESO. Actualmente en curso de RMI	Hija de Sonia. Casada con primo. Familia extensa (materna y paterna) reside junta.
11	Kristina	M	20	media-baja	Casada	<input type="checkbox"/>	2	Madrid		Valdemingómez	Chabola	No	No trabaja fuera de casa.	No acaba ESO. Actualmente en curso de RMI	
12	César	H	26	baja	Casado	<input type="checkbox"/>	3	Madrid	Valladolid	La Jungla	Chabola	No	Chatarrero		
13	Esther	M	19	media-baja	Casada	<input type="checkbox"/>	2	Madrid	Extremadura y Santander	La Jungla	Chabola	No	No trabaja fuera de casa.	No acaba ESO. Actualmente en curso de RMI	Visitas a centro de salud a través curso RMI.
14	Natalia	M	24	media-baja	Soltera	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Extremadura	Fuencarral	Chabola	No	Reponedora en Alcampo	No acaba ESO	
15	Silvia	M	23	media-baja	Soltera	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Extremadura	Fuencarral	Chabola	No	Reponedora en Alcampo	No acaba ESO	
16	Luna	M	19	media-baja	Soltera	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Extremadura	Fuencarral	Chabola	No	Limpieza en Telepizza	No acaba ESO	
17	Fátima	M	27	media-baja	Soltera	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Extremadura	Fuencarral	Chabola	No	Limpieza en Telepizza	No acaba ESO	

Nº	Nombre	Sexo	Edad	Clase social	Estado civil	MI	Nº hijos	Procedencia geográfica		Lugar de residencia	Tipo de vivienda	Cristiano Evangélico	Ocupación	Estudios	Historia personal
								del individuo	de la familia						
18	Rosa	M	20	media-baja	Casada	<input type="checkbox"/>	2	Madrid	Madrid	Cañada Real	Casa baja	No	No trabaja fuera de casa.	No acaba ESO. Actualmente en curso de RMI	Se escapa con su actual marido a los 14 años. Curso RMI. Desde los 3-14 años vive en un piso de protección familiar otorgado a sus padres.
19	Pedro	H	25	media-baja	Casado	<input type="checkbox"/>	4	Madrid	Extremadura	Fuencarral	Chabola	No	Chatarrero, obrero	No acaba ESO	Está solicitando piso protección oficial.
20	Felisa	M	39	media	Casada	<input type="checkbox"/>	7	Galicia	Galicia	Cañada Real	Casa baja	Asiste a veces	Trabajó de cuidadora hace años. Busca empleo actualmente	Actualmente en curso de RMI	Abandona casa baja en La Jungla porque no le gustaba el ambiente del poblado.
21	Erika	M	24	media	Casada	<input checked="" type="checkbox"/>	0	Madrid	Palencia	Fuencarral	Piso de alquiler	Sí	Cuida niños. Buscando de limpieza.	No acaba ESO	Se escapa con su actual marido, al que conoce en el culto. Viven en piso de alquiler compartido. Está buscando trabajo. Infancia piso realojo.
22	Sergio	H	31	media	Casado	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Madrid	Fuencarral	Piso de alquiler	Sí	Obrero	No acaba ESO	Marido de Erika.
23	Zulema	M	27	media	Casada	<input type="checkbox"/>	4	Madrid	Palencia	Vallecas	Piso comprado	Sí	No trabaja fuera de casa.	No acaba ESO	Infancia en piso de realojo. Escapada a los 14 años con su actual marido. Varios años viviendo en chabola después del matrimonio.
24	Julia	M	49	media	Casada	<input type="checkbox"/>	10	Palencia	Palencia	Fuencarral	Piso de realojo	Sí	Cocinera voluntaria en asociación evangélica. Marido jubilado. Ámbito construcción.		Casada a los 19 años con su actual marido, primo de ella. Anteriormente residía en casas ocupadas, hasta que les dieron piso de protección oficial.
25	Bertín	H	20	media	Casado	<input type="checkbox"/>	1	Madrid	Extremadura	Cañada Real	Casa baja	No	Carnicero y chatarrero	No acaba ESO	Se identifica más con los "payos". A partir de 6 años residencia en piso de realojo en Vallecas. Antes chabola. Rechaza ceremonia pañuelo.
26	Julio	H	22	baja	Casado	<input type="checkbox"/>	3	Madrid	Madrid	Entrevías	Piso de realojo	Asiste a veces	Chatarrero	No acaba EGB	Anteriormente residía en chabola en Villaverde.
27	Gonzalo	H	31	media	Soltero	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Toledo	Carabanchel	Piso de realojo	No	Documentalista para empresa estatal	Actualmente estudiando ESO	Se identifica más con los "payos". Rechazo explícito de costumbres gitanas (endogamia, prioridades sociales).
28	Lucio	H	36	media-baja	Casado	<input type="checkbox"/>	3	Madrid	Extremadura	Entrevías	Piso de realojo	Sí	Venta ambulante sin permiso legal, busca trabajo estable	Carnet de carretilero	Búsqueda de trabajo estable. Apoyo de instituciones.
29	José	H	32	media	Casado	<input checked="" type="checkbox"/>	2	Madrid	Palencia	Fuencarral	Piso de alquiler	No	Jardinero	No acaba ESO	Su esposa es cajera en ALCAMPO. Anteriormente residía en casa baja de protección oficial otorgada a su madre.
30	David	H	18	media	Soltero	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Palencia	Fuencarral	Piso de realojo	Sí	Busca trabajo de barrendero	No acaba ESO	Padre jefe de obra. Vive en piso de realojo desde la infancia. Prometido con su prima.
31	Ximena	M	62	media	Casada	<input type="checkbox"/>	5	Toledo	Toledo	Carabanchel	Piso de realojo	Sí	Nunca ha trabajado. Marido jubilado. Vigilante.		Matrimonio a los 20 años. Vive en piso de realojo desde que se casó.

Nº	Nombre	Sexo	Edad	Clase social	Estado civil	MI	Nº hijos	Procedencia geográfica		Lugar de residencia	Tipo de vivienda	Cristiano Evangélico	Ocupación	Estudios	Historia personal
								del individuo	de la familia						
32	Toñi	M	35	media	Casada	<input type="checkbox"/>	3	Madrid	Toledo y Madrid		Piso de realojo	No	Mediadora social	Curso Mediación social	Juventud en piso de realojo. Residencia en chabola posterior al matrimonio.
33	Kristian	H	34	media	Casado	<input type="checkbox"/>	3	Madrid	Extremadura	Carabanchel	Piso de realojo	No	Cerrajero	No acaba ESO	Residencia en chabola posterior al matrimonio. Infancia en piso de realojo.
34	Hernando	H	34	media	Casado	<input type="checkbox"/>	2	Madrid	Madrid	El Rastro	Piso	Asiste a veces	Anticuario en El Rastro, negocio familiar		Negocio familiar. Denuncia racismo social.
35	Nuria	M	36	media-baja	Casada	<input type="checkbox"/>	3	Burgos	Burgos	Fuencarral	Casa baja	No	Pensión otorgada por discapacidad física	No acaba EGB	Hasta que consigue alquiler a través de Cáritas reside con su familia más de 3 años en una casa baja ocupada.
36	Juan	H	40	media-baja	Casado	<input type="checkbox"/>	3	Madrid	Palencia	Fuencarral	Casa ocupada	No	Ha trabajado esporádicamente en obra, pensión por depresión	No acaba EGB	Pensión otorgada por enfermedad mental. Pendiente desalojo. Residió en piso de protección oficial otorgado a sus padres a partir de los 6 años, antes en chabola.
37	Luis	H	24	media	Casado	<input type="checkbox"/>	3	Madrid	Extremadura	Carabanchel	Piso de realojo	Sí	Ha trabajado de peón y de barrendero	Actualmente en curso de RMI	Vive a temporadas en pisos de realojo otorgados a su madre y a su suegro junto con su esposa y sus 3 hijos.
38	Lolo	H	29	media	Casado	<input type="checkbox"/>	3	Madrid	Madrid	Moratalaz	Piso de realojo	Sí	Chatarrero	Actualmente en curso de RMI	Va voluntariamente a cursos de formación.
39	Fermín	H	37	media	Casado	<input type="checkbox"/>	4	Madrid		Moratalaz	Piso	Sí	Venta ambulante sin permiso legal		Candidato a pastor.
40	Eduardo	H	34	media-baja	Casado	<input type="checkbox"/>	3	Madrid	Extremadura	Hortaleza	Piso de realojo	Sí	Chatarrero		Pastor.
41	Laura	M	40	media	Casada	<input type="checkbox"/>	3	Madrid			Piso	Sí	Mediadora social	Curso Mediación social	Pastora.
42	Paco	H	38	media	Casado	<input type="checkbox"/>	3	Madrid		Moratalaz	Piso	Sí	Pastor		Pastor.
43	Quintín	H	76	media-baja	Casado	<input type="checkbox"/>	17	Palencia	Palencia	Fuencarral	Piso de realojo	Sí	Múltiples trabajos. 20 años en ámbito de la construcción	No estudios	Hombre de respeto. Varios hijos drogodependientes. Actualmente jubilado.
44	Iván	H	64	media	Casado	<input type="checkbox"/>	5	Madrid	Madrid	Carabanchel	Piso de realojo	No	Contrato desde su juventud. Hostelería y vigilante jurado (empresa pública)		Hombre de respeto. Un hijo estudió algunos años en la universidad. Actualmente jubilado. Colabora con un partido político. Apoya la inserción laboral de su hija.
45	Ana	M	63	media-baja	Casada	<input type="checkbox"/>	7	Palencia	Palencia	Fuencarral	Casa baja	Sí	Limpieza en casas particulares sin contrato. Actualmente chatarra.	No estudios	Piso de realojo concedido. Problemas con pago facturas que hace que no se lo entreguen. Casada a los 16 años con primo segundo.
46	Germán	H	26	media	Casado	<input type="checkbox"/>	0	Madrid	Palencia	Fuencarral	Piso de realojo	Sí	Peón de obra. Actualmente en paro.	Estudios primarios.	Casado hace 2 años con prima hermana. Actualmente residen en casa de los padres de Germán. Está buscando empleo en mercado formal.