

J. García-Campayo¹
M. Alda²

Conducta de enfermedad y características culturales de la etnia gitana en España

¹ Universidad de Zaragoza
² Hospital Universitario Miguel Servet
Zaragoza

La población gitana constituye la minoría étnica más importante en España (más del 2 % de la población), siendo nuestro país el tercero del mundo con mayor población total de gitanos. Pese a que su presencia entre nosotros data desde hace más de 600 años, y pese a mantener una cultura diferente y unas necesidades de salud muy específicas, el desinterés de los profesionales sanitarios por este grupo ha sido llamativo. El desarrollo de los procesos migratorios en España durante los últimos años parece haber desarrollado, secundariamente, una cierta preocupación por este grupo. Este artículo pretende resumir lo poco que se conoce a nivel sanitario y antropológico sobre los gitanos para poder dotar a los profesionales de unos mínimos conocimientos que permitan disminuir los posibles prejuicios hacia esta etnia y poder ofertar unos cuidados de salud de mayor calidad.

Palabras clave:
Gitanos. Epidemiología. Cultura.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(1):59-66

Illness behavior and cultural characteristics of the gypsy population in Spain

Gypsy population constitutes the most important ethnic minority in Spain (more than 2 % of population). Our country has the third largest gypsy population in the world. Although their presence among us dates from more than 600 years ago and their culture and their health needs are very different from ours, lack of interest about this group of population has been important. The growing migration process that has happened in our country during the last years has also produced an increasing concern about the health needs of gypsies. This paper aims to summarize the scarce present medical and anthropological knowledge on gypsies. The aim is to provide the health professionals with minimal skills to

avoid possible prejudices towards this ethnic group and provide them high quality health care.

Key words:
Gypsies. Epidemiology. Culture.

La segregación es la consecuencia de una relación ilícita entre la injusticia y la inmoralidad

MARTIN LUTHER KING

DEMOGRAFÍA DE LA ETNIA GITANA EN EUROPA Y EN ESPAÑA

Origen histórico del pueblo gitano

La historia escrita del pueblo gitano se remonta a hace unos mil años. Fue en el siglo XIX cuando cobró fuerza la teoría del origen indio de la etnia gitana porque su lenguaje, el «romaní», era similar al sánscrito. Actualmente se mantiene esta hipótesis basada, aparte de en consideraciones lingüísticas, en investigaciones sobre grupos sanguíneos que han encontrado similitudes genéticas entre los gitanos y algunas tribus del Punjab, en el norte de la India¹. Se cree que el nombre de «gitanos» tiene su origen en una leyenda que afirma que realizaron un peregrinaje desde Egipto en penitencia por abandonar el cristianismo.

Se cree que desde la India llegaron a los confines del Imperio Bizantino hacia el siglo XI, estableciéndose, posteriormente, en Irán y en la región del Cáucaso. En el siglo XII se establecieron en Asia Menor y, posteriormente, en la zona geográfica que en la actualidad denominamos Rumanía. Los gitanos se dispersaron por Europa tras la caída del Imperio bizantino en 1453. Se tienen datos escritos de que los primeros gitanos llegaron a España, concretamente al Reino de Aragón, en el año 1425, cuando el rey Alfonso V de Aragón firmó un salvoconducto para que pudieran recorrer libremente sus tierras. Inicialmente fueron bien recibidos en la mayor parte de los países europeos, y hasta solicitaron la protección papal como peregrinos penitentes. Sin embargo, esta situación cambió cuando en el siglo XVI, con la emer-

Correspondencia:
Javier García-Campayo
Av. Gómez Laguna, 52, 4.º D
50009 Zaragoza
Correo electrónico: jgarcamp@arrakis.es

gencia de los estados nacionales europeos, se extendió la intolerancia hacia los extranjeros a raíz de las guerras de religión en Europa por la aparición de la reforma luterana. A partir de ese momento se impidió su entrada en la mayoría de los países europeos e incluso se les expulsó de algunos de ellos como Francia, Inglaterra o Suiza. Esta situación evolucionó, cada vez más negativamente, durante varios siglos, hasta que durante el siglo XX, en base a las teorías eugenésicas, se produjo la exterminación de más medio millón de gitanos en los campos de concentración nazis².

Actualmente, en el centro y este de Europa los gitanos siguen existiendo al margen de la sociedad, sujetos a un racismo institucionalizado y ampliamente extendido. Aunque se realizaron intentos de asimilación forzada por parte de los regímenes comunistas después de la Segunda Guerra Mundial, ofreciendo algún tipo de protección en aquel momento, ésta desapareció en la década de 1990, incrementándose los ataques racistas, a menudo con aprobación semioficial. En los países occidentales como España, Estados Unidos y otros, aunque no existe una discriminación institucionalizada, los gitanos sufren importantes trabas para alcanzar una integración real dentro de las sociedades en las que viven.

Los gitanos en España y en Europa

Las estimaciones del número de gitanos en el mundo presentan importantes variaciones por dos razones: la primera es que la historia de opresión y asimilación forzada que han sufrido en casi todos los países ha producido una negativa a identificarse a sí mismos como gitanos. La segunda es su estilo de vida itinerante y la desconfianza generalizada en las figuras de autoridad de la etnia paya dominante. En varios países europeos su identidad nacional distintiva ha sido reconocida en censos, por primera vez, en la primera mitad de la década de 1990. No obstante, se considera que los datos sobre su número no son fiables en ningún país del mundo porque no toda la población está censada. Pese a estas limitaciones, las estimaciones sugieren que la etnia gitana supone, aproximadamente, el 5 % de la población de algunos países del este de Europa como Bulgaria, Hungría, Rumanía y Eslovaquia¹.

En España, aunque no existen censos oficiales, se calcula a principios de la década de 1990 que existían entre 650.000 y 800.000 gitanos, lo que supondría, aproximadamente, el 2 % de la población. Estas cifras, lejos de ser insignificantes, se encuentran cercanas a las descritas en los países en los que mayor porcentaje de población gitana existe y que ya hemos descrito. De hecho se considera que España sería el país de Europa occidental con mayor población gitana y el tercer país del mundo con mayor número total de gitanos, sólo superado por Rumanía (en torno a los dos millones de personas) y Bulgaria (con más de un millón)^{1,2}. En nuestro país la población gitana estaría constituida, mayoritariamente, por gitanos calé que han sufrido procesos de marginalización y aculturación, junto a una pequeña minoría de

gitanos húngaros y cingaros portugueses. Las comunidades autónomas donde se encuentran en mayor número serían Andalucía, Cataluña y Madrid, que también son las autonomías más pobladas. Se calcula que alrededor de 350.000 gitanos vivirían en condiciones marginales^{3,4}.

Características sociodemográficas

El núcleo familiar de la etnia gitana suele ser estable. La mayoría de las veces se estructuran en familias extensas y es prácticamente imposible, dentro de la cultura gitana, que existan personas que vivan solas o sin familia⁵. Las relaciones entre la familia suelen ser muy estrechas y el contacto diario con parientes y amigos es común. Existe un orden jerárquico muy marcado en las familias gitanas: las mujeres y los jóvenes se encuentran en el escalón más bajo. A los ancianos se les muestra honor y respeto y los jóvenes cuidan de sus familiares ancianos. La vida familiar incluye muchas reglas, y las mujeres tienen más reglas que seguir que los hombres.

En los matrimonios y los funerales participa todo el grupo. Existen unas elevadas tasas de consanguinidad, llegando a ser 12 veces más elevadas que las de la población general. Por ejemplo, el matrimonio entre primos es más frecuente entre gitanos y, tal vez sea por eso, se han descrito un mayor número de trastornos genéticos en comparación con la población general⁶.

En cuanto al nivel de instrucción, el analfabetismo alcanza el 41 % entre los gitanos, un 51 % sólo sabe leer y escribir y sólo un 4 % acabó los estudios primarios⁵. Otros trabajos son aún más pesimistas y consideran que el analfabetismo llega hasta un 60 % del total de la población gitana⁷. La situación laboral también varía considerablemente según el grupo de estudio, aunque, en general, es escaso el número de gitanos que mantienen un trabajo estable. La mayoría son pensionistas o parados sin subsidio⁸. La población gitana es una población más joven debido a que la esperanza de vida en este grupo es menor que la de la población general y la tasa de natalidad más alta.

En investigaciones que se han realizado sobre la forma de vida y la situación económica de la gente anciana se ha visto que las en las culturas occidentales altamente industrializadas existe una pérdida de sus funciones y una separación de la familia que no existe en otras culturas. Sin embargo, en la etnia gitana los ancianos viven en la misma casa que sus hijos y desarrollan una serie de funciones y tareas dentro de la familia y del clan, que se convierten cada vez en más importantes con el avance de la edad. De hecho, a los ancianos se les otorgaría un papel crucial en la conservación de las viejas tradiciones⁹.

El grado de marginalización experimentado por los gitanos en España depende de su lugar de residencia. En los últimos años su tendencia ha sido agruparse en zonas periur-

banas, fuera de las grandes ciudades, donde sus vecinos payos viven en una situación de pobreza similar y suelen tener la misma situación de privación y enfermedades. Los gitanos muestran tasas más altas de fertilidad y de mortalidad infantil que la población general¹⁰.

FUNDAMENTOS CULTURALES Y ANTROPOLÓGICOS EN RELACIÓN A LA SALUD

Los gitanos constituyen un grupo étnico con unas características culturales específicas. A grandes rasgos diríamos que existen dos grupos de normas culturales que nos interesan desde la perspectiva médica: aquellas que no se encuentran relacionadas con la salud (pero impregnan cada conducta del grupo) y las que sí lo están¹¹.

Aspectos culturales no relacionados con la salud

Existen una serie de valores éticos y morales que son universalmente aceptados por la comunidad gitana y que modulan cada conducta de este grupo étnico. Los resumimos en la tabla 1.

Aspectos culturales relacionados con la salud

Los proveedores de cuidados de salud se encuentran con frecuencia con impedimentos culturales para ofertar unos cuidados de salud y un tratamiento óptimos a la población gitana. En este momento existe una gran carencia de conocimientos sobre el acceso de los gitanos a los servicios de salud y sobre cómo se les pueden ofertar de forma adecuada. Entender las bases socioculturales de las conductas relacionadas con la salud es necesario para conseguir unos cuidados de salud efectivos y culturalmente competentes. Los gitanos, como cualquier otro grupo étnico, presentan unas

creencias y conductas culturales distintivas relacionadas con la salud y los cuidados de salud. El conocimiento de estas características y la adaptación a las diferencias culturales son importantes en sus cuidados de salud¹³. Se ha comprobado, al igual que en el caso de otras minorías étnicas, la eficacia de los llamados «mediadores culturales», personas bien formadas y buenas conocedoras del entorno y costumbres gitanas que facilitan tanto la correcta recepción de los mensajes como la adecuación de las claves utilizadas en la intervención¹⁴.

Las investigaciones etnográficas en gitanos americanos han identificado una fuerte convicción respecto a las creencias relacionadas con la salud. Estos conceptos básicos influyen en todos los aspectos de su vida diaria, incluyendo la forma con la que los gitanos tratan con la comida y la limpieza, con los médicos y los hospitales, el diagnóstico de enfermedad, la búsqueda de ayuda médica o el afrontamiento del nacimiento y la muerte^{15,16}. Algunos de los temas principales respecto a las creencias de salud son las siguientes^{15,16}.

Enfermedades específicamente gitanas

Según estas creencias, algunas enfermedades son vistas como específicas de la población gitana, por lo que tienen que ser tratadas por curanderos tradicionales de su grupo étnico. Otras, por el contrario, se consideran debidas al contacto con el mundo exterior y se piensa que requieren de los servicios de salud formales. Actualmente, y debido al proceso de aculturación con los payos, en la población gitana la salud y la enfermedad son interpretadas de diferentes maneras. La perspectiva dominante es una visión biomédica del ser humano. Otro modelo explicativo de la enfermedad refleja una actitud más en concordancia con la tradición *folk* donde no se centra primariamente en el cuerpo físico. Se dice que los gitanos tienden a interpretar la salud y la enfermedad más desde esta última perspectiva donde el destino, los rituales y las reglas de purificación influyen la salud y la enfermedad.

Pureza

El modo de vida de los gitanos se encuentra estructurado por una serie de reglas sobre lo que es puro o impuro. El límite entre ambos conceptos es, a veces, muy difuso. Ser considerado como sucio es una desgracia e influencia al resto de la vida cotidiana, lo que hace que los rituales de purificación sean muy frecuentes. Una mujer es sucia, por ejemplo, cuando menstrúa o cuando da a luz, lo que hace que no pueda tocar ningún elemento de la casa. Existen además una serie de rituales específicos relacionados con el nacimiento, la muerte y el cuidado del enfermo. Estas creencias pueden conducir a los gitanos a aceptar algunos aspectos de los cuidados payos y rechazar otros, conductas que a veces son vistas por los payos como irresponsables. Por ejemplo, la enfermedad mental se considera impura, a diferencia de otras

Tabla 1	Principales valores éticos y morales aceptados por la cultura gitana ¹²
El respeto a la familia como institución suprema de la sociedad gitana	
El cuidado de los hijos y de los ancianos, gozando estos últimos del respeto y la consideración máxima	
La hospitalidad como obligación que debe manifestarse con agrado y máxima atención	
Tener honor, que significa el cumplimiento de la palabra dada y la fidelidad a la «ley gitana»	
El sentido de la libertad como condición natural de la persona	
El sentido de la solidaridad y la ayuda para con los miembros de la etnia como obligación	
El cumplimiento de las decisiones tomadas por los mayores cuando éstos las toman en cumplimiento de la ley gitana	

enfermedades, por lo que se suele esconder. Esto explica, por ejemplo, que no acuda la familia a visitar a pacientes psiquiátricos en el hospital cuando están ingresados, como sí ocurre en enfermedades físicas.

Cuidados de la salud

Los factores culturales que pueden afectar a los cuidados de la salud incluyen conceptos como el de contaminación, limpieza, peso ideal, muerte y prejuicios sobre algunos de los procedimientos médicos como las vacunas o la cirugía. Por ejemplo, si un gitano está en un hospital es necesario que, al menos un familiar, esté allí con él. La aglomeración de familiares que acude a visitar a los gitanos ingresados produce, a menudo, conflictos graves con las instituciones sanitarias payas. La única excepción, como ya hemos explicado, la constituye la enfermedad mental. Existen varios significados sobre los cuidados de salud que son dominantes y específicos para la cultura gitana y que se resumen en la tabla 2⁷.

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN GITANA

McKee¹, en un editorial del año 1997, habla sobre esta etnia minoritaria, que vive en diferentes países del mundo, y de los que su forma de vida y sus necesidades de salud han sido ampliamente ignoradas por la mayoría de las comunidades. Algunos autores consideran que los problemas de salud de los gitanos raramente se describen ya que, tradicionalmente, se han encontrado aislados del resto de la población⁶. Es sorprendente que los gerentes de salud y las investigaciones hayan prestado tan poca atención a las necesidades de salud de los gitanos, a pesar de su forma de vida distintiva que sugiere que sus necesidades puedan ser diferentes de las de la mayoría de la población. Este desinterés se hace aparente cuando se realiza una búsqueda en Medline con el término *gypsy* (gitano en inglés), apareciendo más artículos sobre una variante de la mosca *Drosophila* que sobre la salud de los gitanos.

Existen dos revisiones bibliográficas importantes sobre las publicaciones que existen en la prensa científica en relación a la salud del colectivo gitano: una se centra exclusivamente en los problemas de salud de los gitanos españoles y la otra que analiza todas las publicaciones sobre el tema a nivel internacional. De estos artículos se deduce que España ocupa el lugar más importante a nivel internacional sobre la investigación biomédica en población gitana. Cuando se analizaron los artículos que aparecieron en Medline a nivel internacional sobre el grupo étnico gitano durante el período entre 1966 y 1999², excluyendo artículos de opinión, antropometría y marcadores genéticos, aproximadamente un 70 % del total de los artículos provenían de tres países. Son, por este orden: España, República Checa y Eslovaquia. Los temas más analizados en los artículos internacionales eran las enfermedades transmisibles y la salud infantil, así como estudios sociodemográficos y de factores de riesgo en atención primaria.

En la revisión española se analizaron los artículos publicados en el período 1980-2001 sobre la salud de los gitanos españoles, habiendo sido publicados, en su mayor parte, en revistas españolas. Se encontraron un total de 96 publicaciones, de las cuales 47 se habían llevado a cabo en los últimos 6 años¹⁴. La mayoría de los estudios se habían realizado en centros hospitalarios; todos tenían un diseño observacional y, de éstos, el 80 % era descriptivo. Los temas más frecuentes que analizaban eran: anomalías congénitas y enfermedades transmisibles (un 30 y un 21 %, respectivamente), y en un menor porcentaje, salud infantil. En más de la mitad de los estudios se documenta la existencia de desigualdades en salud. Las regiones españolas donde se realizaron en mayor número fueron Andalucía, Madrid y Cataluña, fenómeno que se puede explicar porque en estas regiones de España es donde se acumula un mayor número de población gitana¹⁴. Resulta curioso que el aumento de artículos sobre la población gitana en estos últimos años coincide con el aumento en España del fenómeno de la inmigración, lo que ha aumentado el interés por el estudio de los grupos étnicos minoritarios y, de forma secundaria, por la etnia gitana, que había sido ignorada durante siglos.

Una de las posibles explicaciones de por qué se ha prestado tan poca atención a los gitanos podría ser que se considere que la realización de estudios específicos o medidas preventivas especiales podría estigmatizarles aún más. Esto parece haber llevado a que se olvide la idiosincrasia propia del grupo y sus necesidades especiales, llegando a no recoger en la historia clínica la pertenencia al grupo étnico. En muchas ocasiones este dato es importante porque influye desde en factores de riesgo específicos hasta en características biológicas en relación a la farmacocinética. En cualquier caso, la insuficiente literatura sobre este grupo étnico limita la posibilidad de comparaciones internacionales. Aunque en la actualidad existen muchas investigaciones sobre grupos minoritarios de emigrantes en distintos países (p. ej., asiáticos en el Reino Unido, etc.), las necesidades de salud de

Tabla 2

Significados sobre cuidados de la salud dominantes en la cultura gitana

Hay que facilitar los rituales de cuidado cuando se está enfermo
Los cuidados protectores se realizan de forma grupal
Siempre hay que respetar los valores gitanos, incluso durante la enfermedad
Se deben mantener los códigos y las reglas morales sobre lo puro y lo impuro
Hay que tener cuidado con los extraños: los gitanos son a menudo suspicaces con los no gitanos y con sus instituciones, considerándolas como un foco de enfermedad y de impureza

otros muchos grupos han recibido poca atención. En este sentido los gitanos son sólo un grupo más entre las múltiples comunidades desatendidas, aunque su situación resulta particularmente difícil¹. A continuación analizaremos los datos de los que disponemos sobre la etnia gitana en diferentes áreas de salud.

Salud general

Todos los trabajos publicados sobre este grupo étnico destacan la existencia de desigualdades de salud. El conocimiento de las desigualdades es la primera condición para poder realizar diseños de intervención adecuados a sus características propias. Los pocos estudios que existen sugieren que su expectativa de vida es menor que la de la población general y que la mortalidad infantil es cuatro veces más elevada. Los altos niveles de pobreza, la carencia de educación y el desempleo sufrido por los gitanos, que se encuentran en países tan alejados geográfica y culturalmente como España⁸, Turquía¹⁷ y Estados Unidos^{18,19}, probablemente tienen un papel importante en este hecho, pero conocemos poco sobre su patrones específicos de enfermedad y sobre cómo difieren éstos del resto de los grupos.

En un centro de salud de Castellón⁸ se intentó conocer y comparar las características sociodemográficas y del estado de salud de payos y gitanos, mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el que se compararon los dos grupos apareados por edad. Los resultados que se obtuvieron fueron que existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de instrucción, profesión y situación laboral, un mayor número de consumidores de alcohol y drogas por vía parenteral (en ambos casos existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, pero no en el caso del consumo de tabaco) y una edad de muerte más temprana (40,3 años de media en gitanos frente a 73,3 años en payos). Paradójicamente existía una mayor utilización de la medicina privada por los gitanos, constituyendo un posible factor causal su actitud ante la enfermedad, que casi siempre interpretan como grave y urgente. Esto también les hace acudir en la mayoría de las ocasiones de forma urgente a la consulta o sin cita previa, produciendo graves problemas en la relación médico-paciente. La tasa de mortalidad más alta en el grupo de gitanos fue debida a enfermedades infectocontagiosas (46,6 % del total), mientras que en el grupo de los payos la principal causa eran las enfermedades cardiovasculares (43,7 %). Otros estudios también sugieren que los gitanos presentan una alta incidencia de enfermedades médicas como la diabetes, hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad vascular obstructiva y patología cardíaca porque existe una fuerte base cultural para el desarrollo de obesidad, alimentación insana y tabaquismo^{18,19}. También parecen presentar un riesgo más elevado de intoxicaciones por plomo y una más alta incidencia de malformaciones congénitas heredadas^{20,21}, que podría estar relacionada con los frecuentes matrimonios consanguíneos ya descritos.

Utilización de recursos sanitarios

La evidencia sugiere que existe un pobre acceso a los servicios de salud y una escasez de uso de los cuidados preventivos, en parte debido a las creencias en el destino y la predestinación como causantes de la enfermedad^{1,2}. Por ejemplo, en un estudio realizado en Estados Unidos se demuestra que cuando estos pacientes buscan cuidados médicos frecuentemente entran en conflicto con el personal sanitario, que encuentra su comportamiento confuso, demandante y caótico. Los gitanos han mantenido una sociedad cerrada con su código moral interno y su sistema legal. Cuando enferman presentan una importante dicotomía entre el temor primitivo sobre el proceso de enfermar frente a una sofisticación sorprendente para los términos médicos y para el trabajo de los hospitales¹⁸.

Las mujeres no suelen acudir solas a la consulta, sino que suelen ir acompañadas por familiares o amigos. Las mujeres gitanas tienden a presentar sintomatología similar a la hora de acudir a la consulta, predominando ciertas quejas como cefalea, dolor de cuello y espalda o depresión. Las mujeres suelen acudir a consulta cuando se alteran por algún hecho extraordinario que ocurre dentro del colectivo gitano, por ejemplo, conflictos entre los hombres o un notable incumplimiento de las reglas colectivas⁶. El patrón de atención en las mujeres gitanas parece presentar un carácter recurrente: en algunos períodos pueden ser atendidas muy frecuentemente (de dos a tres veces por semana) y otros meses tienden a no acudir. Otro rasgo característico es la tendencia de las mujeres y sus familiares a acudir a los centros de salud de forma cronológica, una seguida de otra. Entonces suelen expresar la misma clase de síntomas y a menudo se les da el mismo diagnóstico y tratamiento. Las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables para desarrollar este tipo de síntomas. La experiencia demuestra que las mujeres que tienen apoyo por parte de sus hermanas manejan los problemas mejor y presentan mayores posibilidades de una recuperación exitosa⁶.

En el caso de los niños se ha visto que el número de ingresos hospitalarios y la tasa de readmisiones en el hospital tras el alta es mayor que en la población no gitana, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. En un estudio realizado en Valladolid se valoró como posible causa de las mayores tasas de readmisión hospitalaria las causas socioeconómicas e higiénicas y las diferencias de salud y educacionales, ya que el estilo de vida de la población gitana confiere una menor resistencia a las enfermedades²⁰. También los niños son llevados con mayor frecuencia a los servicios de urgencias; esto se puede deber a que con menor frecuencia que la población paya acuden regularmente a revisiones en sus centros de salud²¹.

Enfermedades infecciosas

La población gitana, debido a que vive en unas condiciones sociosanitarias adversas, presenta un riesgo aumentado

de padecer infección tuberculosa. Acuden en menor proporción que la población paya a programas preventivos tanto de salud dental y ginecológica como de patología pulmonar, obteniéndose peores resultados en todos estos programas y, sobre todo, en lo que respecta a la patología pulmonar²². Un estudio realizado en España describe una prevalencia nueve veces más alta de anticuerpos para la hepatitis A en niños gitanos que en la población general^{20,21}. En adultos se sabe que existe una mayor proporción de infecciones por los virus de la hepatitis B y C y por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)⁸. Cuando se estudian las características clínicoepidemiológicas de los pacientes infectados por VIH atendidos ambulatoriamente y hospitalizados, comparando los grupos de gitanos, payos e inmigrantes, se confirma que la forma de adquisición de la infección fue en un 95 % de los gitanos por adicción a drogas por vía parenteral frente a sólo un 25 % en inmigrantes (en este grupo la mayoría de contagios es por contactos heterosexuales) y un 70 % de los payos. También se confirma que los gitanos son los que acuden con menor regularidad a las consultas ambulatorias, sólo el 48 frente a 89 % de los payos e inmigrantes²³. En la tabla 3 se resumen las principales características sociosanitarias de la población gitana en relación a la paya.

Salud mental y conducta sexual

El número de estudios sobre enfermedades psiquiátricas en gitanos es muy escaso. Como ocurre en la población inmigrante, es necesario tener en cuenta que los efectos farmacológicos de una sustancia pueden variar entre la población caucásica (sobre la que se realizan la mayoría de los ensayos clínicos farmacológicos) y la población gitana, aunque a este respecto no existe ninguna evidencia científica. Sólo existe un estudio sobre suicidio entre los gitanos, realizado en población no nómada de tres ciudades húngaras, que revela bajas tasas de suicidio consumado, pero una tasa más elevada de intentos de suicidio comparada con la población general húngara. La tasa de intentos de suicidio parece ser más alta entre los jóvenes, sobre todo entre los gi-

tanos que han asimilado parcialmente la cultura del país, lo que produce un conflicto entre los valores tradicionales de sus padres y el conjunto de la cultura húngara²⁴.

Sobre el tema de toxicomanías se publicó un trabajo realizado en España, concretamente en Álava, para valorar la adherencia al tratamiento en pacientes de raza gitana con adicción a drogas dentro de un programa de mantenimiento con naltrexona. Se diseñó un estudio de cohortes, agrupando los grupos por edad, sexo, apoyo familiar e infección por VIH. El análisis demostró que tras un período de desintoxicación la probabilidad de continuar con el tratamiento prescrito era más alta entre el grupo «no gitano», y aunque las diferencias no eran estadísticamente significativas mostraban una alta tendencia ($p < 0,06$). Los tests *post hoc* mostraban máximas diferencias en la adherencia entre ambas cohortes durante el período de las semanas 4 a 8 del tratamiento, diferencias que no se observaban en otros momentos del estudio. Un posterior análisis de regresión del riesgo proporcional mostraba una fuerte influencia de la variable «tratamientos previos», efecto que era más grande en el grupo de gitanos, lo que finalmente producía una corrección en las curvas de continuación que reducían las diferencias. Si no se hubiese realizado esta corrección con respecto a la variable de tratamientos previos se hubiese considerado que los gitanos son menos cumplidores de los tratamientos, lo que puede producir entre los profesionales ciertos prejuicios, llegando incluso a no administrar tratamientos farmacológicos o no derivar a atención especializada. Por tanto, se concluye la necesidad de establecer medidas informativas y preventivas dirigidas a entender la idiosincrasia de la cultura gitana para evitar prejuicios entre los payos⁵.

En cuanto a la cultura y el comportamiento sexual de la población gitana, se ha comprobado que existen patrones específicos al respecto. Sólo el 61 % de las mujeres gitanas utilizan algún tipo de método anticonceptivo, pero de forma irregular. El número de abortos ha aumentado y un 33 % de las mujeres se ha sometido por lo menos a tres o más abortos a demanda. El bajo nivel de la cultura sexual y el escaso conocimiento sobre métodos anticonceptivos tienen como consecuencia que la edad del primer embarazo sea temprana, que la tasa de abortos a demanda sea elevada y que exista un rápido crecimiento demográfico entre los gitanos. Es decir, que presentan un mayor número de embarazos y de abortos inducidos, con diferencias estadísticamente significativas, con respecto a la población general. Esto se puede explicar por la tradición y el estilo de vida de este grupo de población, con un modelo de familia numerosa²⁵. El método anticonceptivo más utilizado es el *coitus interruptus* (con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los otros métodos) y piden menos consejo contraceptivo. Curiosamente parece que las mujeres gitanas conocen métodos anticonceptivos seguros, pero no los usan por razones culturales. Por tanto, se deberían realizar programas de planificación familiar específicos para estos grupos debido a los rasgos culturales y familiares distintivos que presentan²⁶. En la tabla 4 se resumen las principales ca-

Tabla 3

Características sociosanitarias de los gitanos en España en relación con la población paya^{8,18,19}

Menor nivel de instrucción y de empleo. Mayor frecuencia de invalidez
Menor esperanza de vida (43,3 años de media)
Principal causa de muerte: enfermedades infectocontagiosas
Mortalidad infantil: cuatro veces superior a la población paya
Mayor tasa de abuso de alcohol y drogas (pero no de abuso de tabaco)
Mayor tasa de infecciones VIH, VHA, VHB y VHC
Percepción de la enfermedad como grave: mayor uso de urgencias y consultas sin cita. Mayor uso de medicina privada

Tabla 4

Aspectos psiquiátricos y de conducta sexual de la etnia gitana en comparación con la paya

Baja tasa de suicidios consumados, pero tasa más elevada de intentos autolíticos, sobre todo en jóvenes aculturados en la cultura paya
 No está demostrada una menor adherencia a los tratamientos psiquiátricos
 Mayor número de abortos que la población paya
 Conoce métodos anticonceptivos, pero no los usan por razones culturales. Usan significativamente *coitus interruptus*. Piden menos consejo contraceptivo

racterísticas de la etnia gitana en relación a los trastornos psiquiátricos y la conducta sexual.

CONCLUSIONES

La literatura, la ópera o las películas²⁶ sobre los gitanos han proyectado una imagen de amor a la libertad y una forma de vida misteriosa, pero, al mismo tiempo, se les ha acusado de causar importantes problemas sociales. En este momento siguen siendo uno de los pocos grupos étnicos que todavía no se ha adaptado a la población general. Por otra parte, pese al interés renovado en España sobre los inmigrantes²⁹ y el énfasis en la comunicación con el paciente³⁰ y en los aspectos humanistas de la medicina³¹, el interés por el conocimiento de esta minoría étnica, que es la más importante en nuestro país, es escaso entre los profesionales sanitarios españoles y entre la población general.

En la creciente literatura sobre los derechos humanos de los gitanos en Europa Central se menciona con frecuencia su pobre estado de salud, pero apenas existe información más concreta. Se sabe que el estado de salud de la población gitana es peor que el de la población no gitana, siendo sobre todo importantes las enfermedades transmisibles y las enfermedades asociadas con la higiene. Por otra parte, existe una escasa e inadecuada comunicación entre los gitanos y los profesionales de la salud, siendo prácticamente nula la medicina preventiva. Es necesario realizar estudios sobre la salud de los gitanos, con especial énfasis en las enfermedades no transmisibles y en las intervenciones que podrían mejorar la salud de estas poblaciones²⁸.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a la Red Temática de Investigación Cooperativa: «Psiquiatría de Enlace» (n.º expediente: G03/128), y a la Red de Investigación en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (REDIAPP-G03/170) del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, así como al pro-

yecto FIS 04/1933 «Prevalencia y factores de riesgo de patología psiquiátrica en pacientes inmigrantes de atención primaria en relación con la población autóctona».

BIBLIOGRAFÍA

1. McKee M. The health of gypsies. *BMJ* 1997;315:1172-3.
2. Haioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:864-9.
3. Cebrián Abella A. Marginalidad de la población gitana española. Murcia: Universidad de Murcia, 1992.
4. San Roman T. La diferencia inquietante. Madrid: Siglo XXI, 1997.
5. Iraurgi I, Jiménez Lerma JM, Landabaso MA, Aráosla X, Gutiérrez Fraile M. Gypsies and drug addictions. Study of the adherence to treatment. *Eur Addict Res* 2000;6:34-41.
6. Lehti A, Mattson B. Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women-a general practice perspective. *Fam Pract* 2001;18:445-8.
7. Palanca I. Desigualdades en salud y exclusión social. [consultado 10-06-2004]: Disponible en: http://www.fsgg.org/15a_fondo.htm.
8. Cabedo García VR, Ortells i Ros E, Baquero Toledo L, Bosch Girón N, Montero Royo A, Nacher Fernández A, et al. Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Aten Primaria* 2000;15:21-5.
9. Hundsals A. The aged among Gypsies. *Z Gerontol* 1979;14:313-8.
10. Corretger JM, Fortuny C, Botet F, Valls O. Marginality, ethnic groups and health. *An Esp Pediatr* 1992;36(Supl. 48):115-7.
11. Helman CG. Culture, health and illness. 3rd ed. Oxford: Butterworth and Heinmann, 1996.
12. Vega A. Los gitanos en España. [consultado: 10-06-2004]: disponible en: <http://www.unionromani.org/histo.htm>.
13. Vivian C, Dundes L. The crossroads of culture and health among the Roma (Gypsies). *J Nurs Scholarsh* 2004;36:86-91.
14. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit* 2003;17(Supl. 3):2-8.
15. Sutherland A. Gypsies and health care. *West J Med* 1992;157: 276-80.
16. Bodner A, Leininger M. Transcultural nursing care values, beliefs, and practices of American (USA) Gypsies. *J Transcult Nurs* 1992;4:17-28.
17. Ekuklu G, Berberoglu U, Eskiocak M, Saltik A. Utilization of primary health care services by Turkish gypsies and members of the general population at Muradiye Health Unit District in Edirne, Turkey. *Yonsei Med J* 2003;44:414-23.
18. Thomas JD. Gypsies and American medical care. *Ann Intern Med* 1985;102:842-5.
19. Thomas JD, Doucette MM, Thomas DC. Disease, lifestyle and consanguinity in 58 American Gypsies. *Lancet* 1987;2:377-9.
20. Díez López I, Ardura Fernández J, Palacin Mínguez E, Cardaba Arranz M. Influence of gypsy ethnicity on hospital admission and diagnostic group among infants. *An Esp Pediatr* 2002;57:215-9.
21. Sánchez Serrano FJ, Zubiaur Cantalapiedra A, Herrero Galiana A, Gallart Martínez MD, Jiménez Yáñez R, Sanguino López L, et al. Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana. *An Esp Pediatr* 2002;56:17-22.
22. Gyukits G, Urmos A, Csoboth C, Purebl G. Attendance of screening by young Gypsy women. *Orv Hetil* 2002;143:2077-9.

23. Teira R, Lizarralde E, Munoz P, Zubero Z, Baraiaetxaburu J, Santamaría JM. Estudio transversal sobre la epidemiología y características clínicas de la infección VIH en gitanos y otras minorías en Bilbao. *Med Clin (Barc)* 2002;119:653-6.
24. Zonda T, Lester D. Suicide among hungarian gypsies. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:381-2.
25. Semerdjieva M, Mateva N, Dimitrov I. Influence of family tradition on reproductive behavior of gypsy population. *Folia Med (Plovdiv)* 1999;41:116-20.
26. Reig Majoral S, Curos Torres S, Balcells Chiglione J, Batalla Martínez C, Ezpeleta García A, Comin Bertran E. Contracepción: mujeres gitanas frente a no gitanas. *Aten Primaria* 1999;23:63-7.
27. Merimée P. Carmen. Madrid: Espasa Calpe, 2003.
28. Koupilova I, Epstein H, Holcik J, Hajioff S, McKee M. Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Soc Sci Med* 2001;53:1191-204.
29. García Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002;118:187-91.
30. García-Campayo J, Aseguinolaza L, Labaca G. Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. *Med Clin (Barc)* 1995;105:27-30.
31. García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. *Med Clin (Barc)* 1998;111:23-6.