

Mediació cultural

Apunts de demografia

A. Martínez-Roig

Servei de Pediatria. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

«Catalunya registra el nombre de nadons més alt des del 1979». Aquest comentari acompanyava el titular de la secció de Societat del diari *Avui* del dia 4 de juliol de 2008¹.

Per als pediatres no és una novetat. Ja fa temps que veiem com la feina a les nostres maternitats s'ha incrementat. L'any passat, per les mateixes dates, el mateix diari a les mateixes pàgines de Societat, ja ens deia que «la immigració fa créixer la natalitat en 10 anys»².

És un fet evident que, els darrers 10 anys, tots els professionals sanitaris hem patit la dificultat que suposa la comunicació amb els col·lectius d'immigrants. No ha estat fàcil i els recursos existents per aconseguir una relació de qualitat no han estat generosos arreu.

Pel que fa a la nostra revista, l'any 2001, ens oferíem un article especial en què des de l'àrea bàsica de salut Gòtic ens deien que els fills dels immigrants representen el 36% del total de nens i nenes que es visiten a les consultes de pediatria. A la vegada, ens proposaven recursos per entendre'ns més bé amb els immigrants del Pakistan³. Els anys següents s'incrementen els articles on es parla de les diferències de morbiditat segons les ètnies. L'any 2003 ens oferíem una editorial sobre la immigració, en un número en què els treballs originals ens parlaven d'una població emergent i d'un nou repte sociosanitari a Manlleu. Ens explicaven que des de feia dos anys, és a dir, des del 2001, hi treballaven dos mediadors culturals⁴⁻⁶.

Probablement hauríem hagut de parlar d'aquests agents de salut a la nostra revista abans. La seva con-

TAULA I

Moviment demogràfic. Evolució del moviment demogràfic per nacionalitat a Barcelona 2002-2006

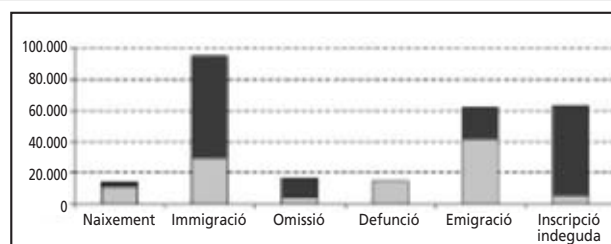
Any	Altes per			Baixes per		
	Naixement	Immigració	Omissió	Defunció	Emigració	Inscripció indeguda
2002	12.950	31.782	66.326	15.495	52.448	—
amb nacionalitat espanyola	11.277	23.829	07.959	15.346	41.147	—
amb nacionalitat estrangera	01.673	07.953	58.367	00.0149	11.301	—
2003	12.605	35.473	57.136	16.367	61.307	—
amb nacionalitat espanyola	10.870	25.039	07.746	16.185	45.416	—
amb nacionalitat estrangera	01.735	10.434	49.390	0.0182	15.891	—
2004	13.931	38.026	56.516	14.797	59.039	19.992
amb nacionalitat espanyola	11.699	25.170	06.320	14.632	42.805	05.159
amb nacionalitat estrangera	02.232	12.856	50.196	00.165	16.234	14.833
2005 ¹	14.164	70.360	33.967	16.018	60.947	25.460
amb nacionalitat espanyola	11.598	31.027	05.270	15.806	41.924	05.387
amb nacionalitat estrangera	02.566	39.333	28.697	00.212	19.023	20.073
2006 ¹	14.141	94.812	16.736	14.867	62.129	62.858
amb nacionalitat espanyola	11.494	29.941	04.243	14.645	41.945	05.633
amb nacionalitat estrangera	02.647	64.871	12.493	00.222	20.184	57.225

Altes per omissió: són les persones que vivint habitualment en el municipi no figuren inscrites en el seu padró municipal, i hauran de sol·licitar la seva inscripció en el mateix, per omissió.

Baixes per inscripció indeguda: són les produïdes en detectar-se repeticions en inscripcions padronals o inscripcions improcedents per incomplir els requisits establerts en les disposicions reguladores del Padró.

¹ A partir de 2005, les altes per omissió s'han reduït, amb el corresponent increment de les altes per immigració, per un canvi de criteri per donar d'alta a un ciutadà no espanyol procedent de l'estranger. Per tant les dades no són comparables amb els altres anys.

Font: Moviments demogràfics. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.



TAULA II

**2007 Grups ètnics
i distribució per districtes a Barcelona**

	Percentatge d'homes	Percentatge de dones	Districte on es concentren en més gran nombre
Equador	45,4	54,6	Nou Barris
Itàlia	56,6	43,4	Eixample
Bolívia	40,7	59,3	Ciutat Vella
Perú	45,4	54,6	Eixample
Pakistan	87,5	12,5	Ciutat Vella
Marroc	62,2	37,8	Ciutat Vella
Colòmbia	46,0	54,0	Eixample
França	50,2	49,8	Eixample
Xina	53,4	46,6	Eixample
Argentina	51,7	48,3	Eixample

Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona, 2007.
Elaboració pròpia.

tribució és, i ha estat, molt important per atendre al més correctament possible els infants que viuen a Catalunya des de fa pocs anys.

En aquest número, els mediadors ens parlen d'algunes de les característiques diferenciades de les cultures. Coincidint amb aquest fet, hem volgut esmentar dades demogràfiques oficials a Barcelona (publicades el gener del 2008), pel fet que és la ciutat amb la xifra més alta de població de Catalunya. Encara que suposades o conegudes parcialment per la ciutadania, hem cregut adient exposar-les⁷.

En un primer recull de moviment demogràfic (Taula I) es pot comprovar que les xifres de població immigrant amb nacionalitat estrangera s'ha multiplicat per 9 entre el 2002 i 2006. El juny del 2007, a Barcelona hi ha 1.600.000 habitants, el 16,2% dels quals són estrangers.

Els districtes municipals amb un increment més alt d'aquesta població són els 1, 2, 3, 8 i 10. El 2007, a Ciutat Vella els immigrants representen el 44,1% (Taula II).

A continuació (Taula III) es poden veure les nacionalitats per territoris, tant a Barcelona, com a la regió metropolitana, Catalunya i l'Estat espanyol, durant l'any 2006.

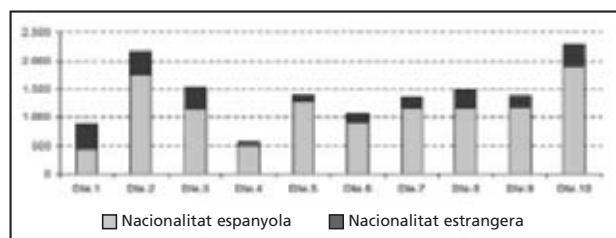
Un altre aspecte que cal assenyalar són els naixements, tal com s'esmentava a l'inici.

TAULA III

**Població estrangera a d'altres àmbits territorials
Rànquing de nacionalitats per àmbits territorials 2006**

Nacionalitat	Barcelona	%	Entitat Metropol.	%	Regió Metropol.	%	Província Barcelona	%	Catalunya	%	Espanya	%
Total	244.976	100,0	422.852	100,0	601.368	100,0	645.699	100,0	913.757	100,0	4.837.622	100,0
Marroc	14.266	5,8	44.943	10,6	97.468	16,2	118.795	18,4	188.604	20,6	605.961	12,5
Equador	28.596	11,7	56.888	13,5	74.683	12,4	77.773	12,0	86.710	9,5	456.641	9,4
Romania	4.704	1,9	11.165	2,6	17.672	2,9	20.364	3,2	51.353	5,6	397.270	8,2
Colòmbia	13.497	5,5	22.043	5,2	29.413	4,9	31.158	4,8	43.228	4,7	286.969	5,9
Regne Unit	4.635	1,9	6.223	1,5	9.194	1,5	9.455	1,5	16.458	1,8	283.667	5,9
Argentina	12.425	5,1	18.641	4,4	27.362	4,5	28.371	4,4	37.976	4,2	271.444	5,6
Alemanya	5.225	2,1	8.422	2,0	11.548	1,9	11.734	1,8	18.790	2,1	208.933	4,3
França	8.839	3,6	12.358	2,9	16.166	2,7	16.542	2,6	25.402	2,8	199.364	4,1
Bolívia	11.109	4,5	20.736	4,9	29.172	4,9	29.837	4,6	35.387	3,9	140.740	2,9
Perú	15.251	6,2	23.661	5,6	26.935	4,5	27.445	4,3	29.544	3,2	123.464	2,6
Xina	10.986	4,5	23.022	5,4	28.398	4,7	29.396	4,6	34.791	3,8	104.789	2,2
Bulgària	1.609	0,7	2.580	0,6	4.111	0,7	4.455	0,7	8.743	1,0	100.763	2,1
Portugal	2.259	0,9	3.822	0,9	5.120	0,9	5.405	0,8	9.061	1,0	93.767	1,9
Ucraïna	2.466	1,0	4.032	1,0	5.919	1,0	6.670	1,0	12.842	1,4	69.359	1,4
Itàlia	14.100	5,8	19.346	4,6	24.968	4,2	25.543	4,0	31.914	3,5	60.175	1,2
Resta països	95.009	38,8	144.970	34,3	193.239	32,1	202.756	31,4	282.954	31,0	1.434.316	29,6

Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. Font: Instituto Nacional de Estadística.



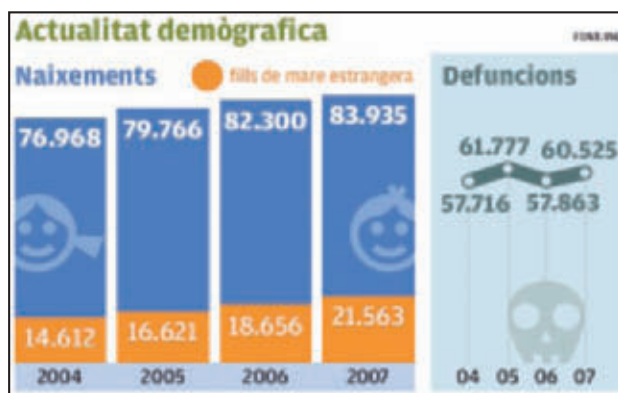


Fig. 1. Naixements a Catalunya.

Catalunya va registrar l'any passat la xifra més alta de naixements de les tres últimes dècades, amb un total de 83.935 nadons. La natalitat no era tan alta des del 1979, amb 88.000 infants. La diferència és que ara el 25,69% dels naixements corresponen a mares de nacionalitat estrangera, 21.563 l'any 2007, vint vegades més que al final de la dècada dels setanta del segle passat.

La natalitat autòctona l'any passat va minvar l'1,70%, mentre que la de mare forastera es va incrementar el 15,58% (1,9) (Fig. 1).

A Barcelona, el percentatge de pares estrangers entre el 1991 i el 2005 ha passat de ser del 9,1% al 29,5%. Els immigrants han contribuït en el 82,2% a l'augment global de naixements a la ciutat de Barcelona entre el 1998 i el 2005.

A continuació s'ofereixen les dades de Barcelona ciutat referents a l'any 2006 (Taula IV i Fig. 2).

A l'apartat següent es veu que la població que oficialment atenem els pediatres, és a dir, fins als 14 anys, representa el 14% de la de Catalunya (Taula V).

A l'hora de l'escolarització també es veu aquest increment, tal com reflecteix l'anuari 2006 de la Fundació Jaume Bofill⁸ (Fig. 3).

La diversitat ens ha d'enriquir. Cal que els atenguem bé. Hem d'esforçar-nos també a conèixer-ne les

TAULA IV

Moviment demogràfic Principals nacionalitats dels naixements i defuncions a Barcelona, 2006

Naixements		Defuncions	
Total moviments	14.141	Total moviments	14.867
Espanyola	11.494	Espanyola	14.645
Estrangera:	2.647	Estrangera:	222
Ecuador	324	Itàlia	24
Xina	281	Argentina	17
Marroc	253	França	17
Bolívia	177	Marroc	16
Pakistan	138	Perú	16
Filipines	118	Ecuador	15
Perú	118	Xile	10
Colòmbia	102	Alemanya	9
Dominicana Rep.	102	Colòmbia	8
França	94	Suïssa	8
Argentina	92	Regne Unit	7
Itàlia	80	Resta nacionalitats	75
Romania	55		
Resta nacionalitats	713		

Nota: dades de naixements i defuncions provisionals dels residents que s'han registrat durant l'any.

Font: Moviments demogràfics. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

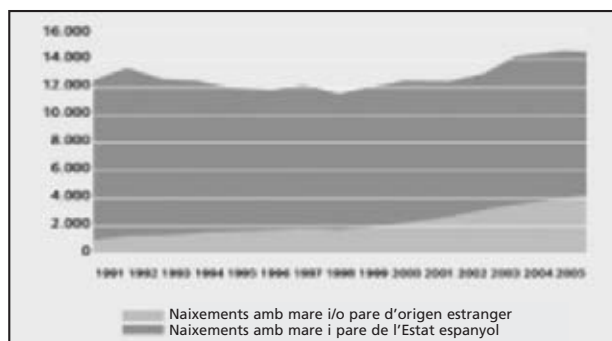


Fig. 2. Evolució dels naixements a Barcelona 1991-2005.

Font: Registre de Naixements de Barcelona, 1991-2005.

característiques, de la mateixa manera que cal que ells coneguin les nostres. Els hàbits alimentaris i de criança no es poden imposar, ni es poden canviar de

TAULA V

Edats dde la població estrangera Perfil dels estrangers amb targeta de residència per àmbits territorials, 2006

	Província Barcelona	%	Catalunya	%	Comunitat Madrid	%	Espanya	%
Total	441.599	100,0	642.829	100,0	575.118	100,0	3.021.808	100,0
Edat								
de 0 a 14 anys	60.821	13,8	93.361	14,5	66.447	11,6	351.938	11,6
de 15 a 24 anys	56.120	12,7	83.631	13,0	77.540	13,5	387.770	12,8
de 25 a 44 anys	252.174	57,1	356.793	55,5	332.118	57,7	1.627.279	53,9
de 45 a 64 anys	63.719	14,4	92.923	14,5	86.826	15,1	515.128	17,0
65 anys i més	8.741	2,0	16.086	2,5	12.117	2,1	139.494	4,6
No consta	24	0,0	35	0,0	70	0,0	199	0,0

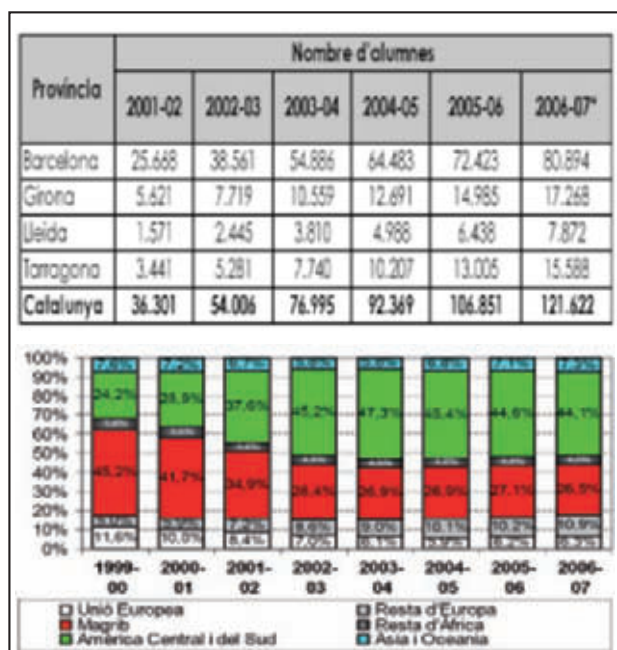


Fig. 3. Alumnes i distribució a Catalunya.

Font: L'estat de la immigració a Catalunya. Anuari 2006 (Fundació Jaume Bofill) a partir de les dades proporcionades pel Departament d'Educació, Generalitat de Catalunya. *Curs 2006-07 dades provisionals.

la nit al dia. També cal conèixer els costums i les medicines tradicionals de més enllà de les nostres contrades. De la mateixa manera que nosaltres apliquem costums heretats dels nostres avis, ells també ho fan. És una manera de mantenir-se units als que han deixat als països d'origen. Tot i que per nosaltres de vegades poden ser coses incomprensibles,

hem d'aprendre-les i hem de vetllar perquè no siguin perjudicials per als infants. Ens és indispensable estar informats. Cal saber els diferents trets, i així veure què és el que s'ha d'afinar per aconseguir un millor desenvolupament dels infants.

Bibliografia

- 1 Avui. 4 de juliol 2008.
- 2 Avui. 4 de juliol 2007.
- 3 Abril D. Alguns recursos per entendre'ns més bé amb els immigrants del Pakistan. *Pediatr Catalana* 2001; 61: 193-200.
- 4 Vall O. Immigració: causes antigues i reptes nous. *Pediatr Catalana* 2003; 63: 105-107.
- 5 Prado ML, Bardají C, Perea M, Martínez-Sendra D, Rodríguez-Casado F. Anàlisi de la demanda assistencial pediàtrica d'una població emergent. *Pediatr Catalana* 2003; 63: 109-115.
- 6 Cabral M, Rifà MA, Guasch E, Coromina E, Bellvehí M, Rufas A, Parareda A, et al. La població immigrant infantil a Manlleu: un nou repte sociosanitari. *Pediatr Catalana* 2003; 63: 116-120.
- 7 Ajuntament de Barcelona. Informes estadístics. La població estrangera a Barcelona, gener de 2008, març de 2008.
- 8 Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut de la població immigrant a Barcelona. Barcelona, 2008.
- 9 Fundació Jaume Bofill. Informe-Anuari 2006. L'estat de l'educació a Catalunya 2006-2007. Barcelona, 2007.

L'infant i les dones pakistaneses

Nargus Karim¹, Antoni Martínez-Roig²

¹ Associació Salut i Família. ² Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

Família i criança

La societat pakistanesa és en gran part multilingüe i multicultural (Taula I). El valor de l'educació és altament considerat pels membres de cada estrat socioeconòmic, així com els valors de la família tradicional, considerats sagrats, malgrat que les famílies urbanes s'hagin convertit a un sistema de família nuclear per les necessitats socioeconòmiques imposades. A ciutats com Karachi, Lahore, Rawalpindi,

Hyderabad, Faisalabad, Sukkur, Peshawar, Gujrat, Abbottabad, Multan, etc., ha anat apareixent la classe social mitjana, mentre que el nord-est del Pakistan, veí de l'Afganistan, és summament conservador i dominat pels costums tribals seculars¹.

En general es pot parlar de família extensa. Avis, pares, cunyats, cunyades i fins tot, de vegades amb la família d'aquests. Quan una dona es casa, va a viure a la casa dels sogres. El naixement dels fills suposa

TAULA I

Característiques sociodemogràfiques del Pakistan

Habitants: 160.943.000
Renda nacional bruta per càpita (paritat de poder adquisitiu internacional \$): 2.500
Esperança de vida en néixer h/d (anys): 62/63
Esperança de vida sana en néixer h/d (anys, 2003): 54/52
Probabilitat de morir abans dels cinc anys (per 1.000 nascuts vius): 97
Probabilitat de morir entre els 15 i els 60 anys h/d (per 1.000 habitants): 218/194
Despesa total en salut per càpita (\$, 2005): 49
Despesa total en salut en % del PIB (2005): 2,1

Font: Estadístiques de l'Organització Mundial de la Salut, 2008 (les dades són del 2006, tret que s'indiqui una altra cosa).

un increment de la unitat familiar i això comporta que l'infant tingui al seu voltant moltes persones que l'estimen i que es pugui sentir estimat. Tot el grup participa en la criança del nouvingut. Pot ser que la mare no vagi a viure amb la seva parella fins que no tenen fills en edat de casament, mentrestant acostumen a mantenir-se a la unitat familiar.

La dona depèn molt de la família del marit. Cada família té els seus hàbits, costums i mentalitat, i segons el caràcter i la capacitat de canvi de cada dona, s'adaptarà més o menys fàcilment a la convivència del grup: si és flexible, li serà més fàcil. En cas contrari passarà més temps a casa de la seva pròpia família. La convivència amb la família extensa no és fàcil per a la dona nouvinguda, ja que la sogra i les cunyades fiscalitzen tots els seus moviments.

En el moment que la dona pakistanesa surt del seu país i arriba a una terra diferent, com és el cas de les que tenim a Catalunya, hi ha un sentiment ambivalent. L'alegria d'estar soles sense la família del marit i la sensació de soledat per la criança dels fills. Podríem pensar que el fet que el marit no la deixi sortir de casa per aprendre l'idioma autòcton és un problema afegit; això depèn de la tipologia del marit, però el fet l'afecta relativament, ja que ja està acostumada a estar-se a la llar.

Quan neix un infant, s'intenta mantenir-lo aïllat fins el setè dia. Aquest dia té un significat especial, ja que és quan el pare escull un segon nom per al nadó.

En les famílies musulmanes s'inculca als fills els valors de la solidaritat, de la gentilesa, de la tolerància i de la comprensió. La família islàmica no és patriarcal i, per tant, l'educació depèn dels dos pares. Cada membre té el seu paper. El del pare és de conseller i guia. És una figura d'honor que representa la font del bon caràcter moral del noi.

El nombre de fills acostuma a ser d'entre 3 o 4, independentment que visquin a Catalunya o al seu país. No té el mateix significat el sexe dels fills. La filla dóna molta alegria quan ve després d'un o més nois.

Les dones pakistaneses viuen dedicades a la família, només es relacionen entre elles, i les de procedència pagesa són analfabetes. Són les transmissores de les pautes socials i religioses de la seva cultura. Les botigues són autèntics locals socials on passen les hores xerrant en urdú amb els paisans.

Les mares cerquen d'evitar les frustracions i les angoixes de l'infant. Multipliquen el contacte físic i la comunicació oral amb cançons i contes.

La majoria de les dones, tot i viure a Catalunya, no s'insereix en el mercat laboral, ja sigui per manca de permís de treball, ja sigui perquè prefereixen la dedicació als fills, com haurien fet al seu país, o bé perquè el marit no els deixa fer-ho².

Alimentació

La lactància materna és el costum habitual fins els dos anys. L'alletament servei d'alimentació i a la zona rural moltes vegades s'allarga, ja que també serveix com a mètode anticonceptiu. En les situacions d'hipogalàctia, a la zona rural s'utilitza la llet de vaca, de búfala o de cabra, després de bullir-la per treure'n la nata i rebaixar-la amb aigua. A les zones urbanes, quan l'alletament no es pot fer s'utilitza llet en pols, com a les nostres contrades.

La introducció d'aliments diferents de la llet s'acostuma a fer entre el 5è i 6è mes de vida. El brou d'arròs amb pollastre o carn sol ser el més habitual. La mantega és l'aportació habitual de greixos en aquest moment.

L'alimentació passa de la làctia a la dels mateixos aliments que els adults. Els picants entren des de les edats precoces.

En general es pot considerar que fan una dieta completa. El *chapati* o *rotti* (coca feta amb aigua i farina) és la base de l'alimentació i es menja sempre amb alguna salsa feta amb carn i verdura. La carn de vaca i el pollastre tenen un paper superior al del peix. Les verdures, les llenties i els fruits secs també formen una part important de la dieta. Pel que fa als lactis, cal dir que el formatge no s'acostuma a emprar. Les begudes, per ordre d'importància, són: l'aigua, el té amb llet, la llet amb xocolata, els sucres de fruites, les coles, etc. Una beguda que a l'estiu es fa servir molt és el *lasso* (iogurt amb aigua i sal o sucre).

S'ha de tenir present que, quan viuen entre nosaltres, les mares discrepen molt de les indicacions alimentàries fetes pels pediatres. No estan acostumades a preparar les farinetes, els trinxats de verdures i els menjars separats, per aquest motiu els costa

fer-ho. No varien gaire els seus costums i solen mantenir llet amb biberó fins els 3 o 4 anys. S'ha de dir també que hi ha mares que es van adaptant als costums del país d'acollida.

Els infants no segueixen el Ramadà; l'inicien a l'edat puberal, tot i que alguns l'inicien voluntàriament als 10 anys i el fan el temps que ells volen²⁻³.

Societat

L'escolarització es fa als 3 anys. Al seu país, quan s'arriba a les edats en què aquí tenim els instituts hi ha separació de sexes, cosa que després no passa als estudis universitaris, ja que es considera que a aquestes edats ja poden pensar sobre les seves actuacions. Aquests costums fan que en arribar aquí les nenes de 12 o 13 anys no s'escolaritzin. Els infants que arriben per sota d'aquestes edats, en general, no tenen problemes per adaptar-se. El problema, de vegades, vénen pel desconeixement del sistema educatiu. Es pot dir que en arribar reben dels professors les classes de català i la resta de matèries des del primer dia.

A Catalunya, els pares participen activament en les reunions escolars, sempre que siguin compatibles amb els seus horaris laborals. Les mares, per la seva problemàtica amb la comunicació idiomàtica, només hi assisteixen si hi ha traductors.

Assistència sanitària

Durant l'embaràs la dona acostuma a fer una vida normal. El control durant la gestació és molt irregular. A les zones urbanes hi ha de tot i a les zones rurals la majoria no es controla i el part acostuma a ser domiciliari sota la vigilància d'una llevadora. A la zona urbana van als hospitals amb control ginecològic i de llevadora.

La circumcisió és un ritus religiós musulmà obligat per als pakistanesos. Si el nen no està circumcidat significa que no és musulmà. Es pensa que com més aviat es faci, el nen patirà menys i es curarà més ràpidament, per això s'acostuma a fer a partir del 7è dia de vida i sense sobrepassar els 2 mesos. Tradicionalment, la persona encarregada de fer les circumcisions és el barber. Avui en dia és poc freqüent que sigui ell qui ho faci, només sol passar en famílies molt pobres. La majoria de circumcisions es fan en hospitals privats i el preu és d'aproximadament uns 10 euros.

Quan estan a Catalunya els és més difícil, ja que no entra en els serveis bàsics de la sanitat pública. El pediatre acostuma a negar-se a fer la derivació i la família ha d'anar a la sanitat privada.

La mida i el pes en néixer poden ser petits, relacionats en general a la petita talla materna. No són in-

freqüents els matrimonis consanguinis, fet que pot incrementar les malformacions. Cal tenir present la possibilitat de β -talassèmia, encara que en un percentatge molt inferior al de l'àrea mediterrània. No obstant això, en els infants l'anèmia pot ser conseqüència de l'alimentació. Molts tenen en la lactància materna fins els 2 anys, la font principal d'aliment³.

El raquitisme en noies en edat adolescent no és infreqüent⁴⁻⁵. La dieta deficitària en calci, la pobra aportació de suplementes vitamínics, la pell més fosca i la baixa exposició al sol per la vestimenta, fan d'aquesta edat un terreny predisposat (Fig. 1).



Fig. 1. Dones del Pakistan amb la vestimenta característica que permet poca insolació.

Les vacunacions al seu país⁶ segueixen el calendari exposat a la figura 3. En general, als 9 mesos finalitza la recepció de vacunes. Els que arriben procedents de zones rurals desconeixen el termòmetre i no saben com actuar quan el nen està malalt. Això, juntament amb la preocupació pels infants fa que vagin molt sovint al pediatre. No són perfectes complidors dels tractaments antibiòtics, que acostumen a tenir una durada de 7-10 dies. Una vegada arriba l'apirèxia molt probablement deixen la medicació; per això és molt important donar-los explicacions a través de les mediadores culturals.

Immunization Schedule
(2007 or latest available)

Vaccine	Schedule	Vaccine	Schedule
BCG	birth;	Measles	9 months;
DTwPHep	6, 10, 14 weeks;	OPV	birth; 6, 10, 14 weeks;
DTwPHibHep	6, 10, 14 weeks;	TT	CBAW 1st contact; +1, +6 months; +1, +1 year

[From July 2008]

Fig. 3. Calendari vacunal del Pakistan.

Quant a les malalties infeccioses, els enteropatògens són un risc elevat a tot el país, així com les hepatitis A, B, C, E (aquesta és la més comuna de les formes agudes) i les leishmaniosis cutànies. La poliomièlitis continua sent de risc, així com la tuberculosi⁷.

Els mètodes anticonceptius habituals són els hormo-
nals o els preservatius.

Bibliografia

- 1 www.who.int
- 2 Rondinelli R, Fang J, Lo Giudice M. Il bambino cinese. A: Lo Giudice M., ed. Etnopediatria. Vol I. Milà: Hippocrates Ed Medico Scientifica, 2003; 153-159.
- 3 Black JA. The medical needs of ethnic minority children in Britain. *Current Pediatrics* 1991; 1: 53-58.
- 4 Allgrove J. Is nutritional rickets returning? *Arch Dis Child* 2004; 89: 699-701.
- 5 López Segura N, Bonet Alcaina M, García Algar O. Raquitismo carencial en inmigrantes asiáticos. *An Esp Pediatr* 2002; 57: 227-230.
- 6 www.unicef.org
- 7 López-Vélez R, Martín-Echevarria E. Geografía de las infecciones tropicales. Madrid: Enar SA, 2005.

L'infant de l'Àfrica subsahariana

Rosalie Belemtougri¹, Antoni Martínez-Roig²

¹ Associació Salut i Família. ² Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

Parlar de la cultura de la infància en la realitat africana pot semblar un fet presumptuós i difícil. Efectivament, és una realitat complexa i no permet ser exhaustius, però intentarem donar algunes dades fonamentals, sobretot des del punt de vista de la puericultura, que és on hi pot haver més homogeneïtat en les pràctiques.

Abans de parlar del fet migratori a països de renda alta s'ha d'esmentar un altre aspecte important: l'evolució del model educatiu tradicional propi amb el pas de les persones del món rural a la ciutat.

Família i criança

La família, a l'Àfrica subsahariana, és la base de la societat. És a partir de la família, que acostuma a ser extensa, que es troba una societat immensa i diversa.

La fecunditat és el valor primari de tota la cultura i la societat africana. Morir sense deixar fills vol dir morir completament i per sempre. L'esterilitat es viu com un drama. Els fills són la riquesa i l'esperança de la família, són els que continuen la vida més enllà de la terra.

Clàssicament, cada família pot tenir tres fills o més, tot depèn de la fertilitat de la parella. Si la parella té bones condicions de salut, no acostuma a estar ben vist que només tingui un sol fill.

Actualment les coses han canviat molt. El lloc de residència, rural o urbà, marca canvis en la família. A la vegada, entre les famílies immigrants el tipus de parella i el significat que per a ella tenen els fills també pot marcar canvis.

De manera general, per a una família rural el nombre de fills pot significar un poder, una seguretat, una garantia per al futur. Per a una família urbana té la mateixa significació que per a les famílies dels països de renda alta.

El sexe dels fills també estableix diferències. Per als dos tipus de família tenir un fill noi no té el mateix significat que tenir una filla. En el món rural el noi és com una continuïtat de la família, un successor i, sobretot, una ajuda en el treball als camps.

Per tant, què passa quan els dos tipus de família deixen els països d'origen a la recerca d'un futur millor?

En arribar al país d'acollida, més que de canvis s'ha de parlar de les influències que reben (l'estil de vida, la mentalitat, la tolerància de la societat d'acollida, etc.).

Els dos tipus de mares, la de procedència rural i la de procedència urbana, perceben molt bé aquests factors. Poden decidir el nombre de fills que cal tenir, quan i com. Aquests fets condueixen cap a l'ús d'anticonceptius.

Quan el país receptor, en el nostre cas Catalunya, fa que les percepcions siguin positives. És a dir, un treball estable, benestar de la família i ser molt conscient de l'entorn. La dona es pot decidir a utilitzar els mètodes anticonceptius per no tenir més fills o per espaiar els naixements. A l'hora d'escollir un mètode, la majoria prefereixen els fàrmacs orals.

Ara bé, si no estan integrades en el món laboral, no empraran mètodes anticonceptius, ja que en aquestes circumstàncies tenir fills és com un deure.

A l'Àfrica la família és el sostre de la societat i, per tant, les dones viuen el fet de tenir un fill amb molta alegria i amb gran normalitat, com qualsevol dona del món.

Un embaràs, doncs, no condiciona cap canvi en els seus hàbits. En canvi, en arribar al país d'acollida es troben amb un fet diferent dels costums dels països d'origen: la freqüència de visites mèdiques durant la gestació, ja que allà no són habituals. Aquest fet pot generar entrebancs, com ara la manca de puntualitat o alguna irregularitat en el nombre de visites, tot i que és una qüestió que no es pot generalitzar. En general s'ha de dir que acudeixen a les visites ginecològiques.

Aquesta vivència de la normalitat de l'embaràs fa que les mares, tant la rural com la urbana, prefereixin el part normal, per demostrar la valentia de la dona. En els països d'origen, culturalment és un esdeveniment comunitari, amb altres dones que ajuden i protegeixen la partera. La posició de la dona durant el part és dreta.

La maternitat és l'assegurança del futur, la continuïtat de la família.

Per a una dona i per a la seva família, el fet de ser mare és com un do de Déu. És mantenir el matrimoni, és una alegria i un pont que uneix les dues famílies, la materna i la paterna.

Com es pot intuir, en arribar al país d'acollida totes aquestes coses i aquests sentiments poden variar. El fet de no tenir el suport de les dues famílies i fonamentalment els avis, fa que els sentiments no es visquin tan plenament. Això pot contribuir a canviar els significats de la maternitat.

La grandesa de la família subsahariana és la família extensa. Aquesta família desenvolupa un paper fonamental durant la criança. Tothom s'implica en la cura del nadó. La mare mai no se sentirà sola. En primer lloc, rep molt regals, com ara menjar, robes, diners, etc. Les àvies sempre hi són, per banyar el nadó o els més petits de la família, per vigilar l'infant i perquè la mare pugui fer altres coses o descansar.

Durant aquest període, el pare manté la seva relació paterna, però amb un paper més secundari mentre hi ha els avis. El nom del fill, que és el que dona entrada a la comunitat, no s'imposa fins al cap d'unes quantes setmanes.

Com per a qualsevol mare, el fet d'infantar és un situació meravellosa que la condiciona. La vigilància i l'atenció a l'infant és fonamental, i queda sublimada amb el fet d'al·letar-lo.

És característic d'aquesta època que els infants dormin gairebé sempre acompanyats, i la majoria de les vegades a prop de la mare. Aquesta proximitat permet una pràctica d'al·letament a demanda més fàcil¹.



Nen africà en el seu hàbitat.

Alimentació

La lactància materna és segurament l'alimentació essencial. L'aparició de les dents marquen l'inici dels aliments sòlids. En aquest punt tampoc no es poden generalitzar els casos. Cal tenir presents les diferents ètnies i el nivell d'instrucció de les parelles o de la mare.

Alguns comencen el que al país d'acollida diem complementació a partir dels sis mesos. Aquests aliments poden ser una sopa d'arròs amb llet, sopa de mill o una salsa de fulles de baobab. La llista no és exhaustiva. La carn depèn també dels costums i de les ètnies. Hi ha ètnies que per temes culturals no donen a menjar la carn de gos, de pernil, de pollastre, de conill o ous. D'altres, pel tema religiós, no donen carn de porc. Amb el peix normalment no hi ha cap problema.

En relació amb l'alimentació, per tant, hi pot haver discrepàncies amb els consells del pediatre del país d'acollida, ja que depèn de factors religiosos, culturals, del nivell d'instrucció, de la procedència urbana o rural... On hi ha més discrepàncies és amb les mares de procedència rural i amb un nivell cultural i d'instrucció mínim. Per a aquestes dones és fonamental la tradició transmesa per les àvies, les mares o les sogres. Per exemple, fer massatges, posar calor a l'entorn del mèlic, etc. Malgrat tots aquests condicionants, si en qualsevol moment passa alguna cosa amb la qual, segons les tradicions, no es pot fer res més, es farà cas de les indicacions del pediatre. Abans d'arribar a la situació de gravetat s'ha de tenir en compte que es fan trucades telefòniques a les sogres, les mares i les àvies que encara viuen als països d'origen.

Societat

Hi ha diferents rituals que des del món de la societat de renda alta es poden acceptar amb més o menys dificultat. Un ritual del qual és difícil determinar els motius és la mutilació genital femenina. Per trobar-

los cal cercar en cada país i en cada ètnia. S'ha de tenir present que tampoc totes les ètnies la practiquen i que dintre de cada país les motivacions poden ser diferents. Per a alguns és com una purificació de la nena o una iniciació, un pas de nena cap a dona. En els nois es demana la circumcisió per motius religiosos.

Un altre dels rituals que es practica molt és carregar el nen a l'esquena. Això significa construir una rela-

TAULA I

Característiques sociodemogràfiques

GÀMBIA
Habitants: 1.663.000
Renda nacional bruta per càpita : 1.970 \$
Esperança de vida en néixer h/d (anys): 57/61
Esperança de vida sana en néixer h/d (anys, 2003): 48/51
Probabilitat de morir abans dels cinc anys (per 1.000 nascuts vius): 114
Probabilitat de morir entre els 15 i els 60 anys h/d (per 1.000 habitants): 313/243
Despesa total en salut per càpita 2005): 64\$
Despesa total en salut en % del PIB (2005): 5,2
MALI
Habitants: 11.968.000
Renda nacional bruta per càpita 1.130\$
Esperança de vida en néixer h/d (anys): 45/48
Esperança de vida sana en néixer h/d (anys, 2003): 37/38
Probabilitat de morir abans dels cinc anys (per 1.000 nascuts vius): 217
Probabilitat de morir entre els 15 i els 60 anys h/d (per 1.000 habitants): 472/393
Despesa total en salut per càpita (2005): 60\$
Despesa total en salut en % del PIB (2005): 5,8
SENEGAL
Habitants: 12.072.000
Renda nacional bruta per càpita 1.840\$
Esperança de vida en néixer h/d (anys): 57/61
Esperança de vida sana en néixer h/d (anys, 2003): 47/49
Probabilitat de morir abans dels cinc anys (per 1.000 nascuts vius): 116
Probabilitat de morir entre els 15 i els 60 anys h/d (per 1.000 habitants): 307/236
Despesa total en salut per càpita (2005): 69\$
Despesa total en salut en % del PIB (2005): 5,4
GUINEA
Habitants: 9.181.000
Renda nacional bruta per càpita : 2.410\$
Esperança de vida en néixer h/d (anys): 51/55
Esperança de vida sana en néixer h/d (anys, 2003): 44/46
Probabilitat de morir abans dels cinc anys (per 1.000 nascuts vius): 161
Probabilitat de morir entre els 15 i els 60 anys h/d (per 1.000 habitants): 380/305
Despesa total en salut per càpita (2005): 110\$
Despesa total en salut en % del PIB (2005): 5,6

Font: Estadístiques de l'Organització Mundial de la Salut, 2008 (les dades són del 2006, tret que s'indiqui una altra cosa).

TAULA II

Calendaris vacunals en alguns països subsaharians

Gàmbia							
Vacunes	0 m	8 s	12 s	16 s	9 m		
VHB	VHB	VHB		VHB			
DTP		DTP	DTP	DTP	T¹		
VPO	VPO	VPO	VPO	VPO	VPO		
HiB		HiB	HiB	HiB			
FAm						FAm	
TV						S	
BCG	BCG						
Observacions: ¹Pauta de vacunació: primer contacte, +4s, +6s, +1a, +1a							
Mali							
Vacunes	0 m	6 s	10 s	14 s	9 m		
VHB		VHB	VHB	VHB			
DTP		DTP	DTP	DTP			
VPO		VPO	VPO	VPO			
TV						S	
BCG	BCG						
FAm						FAm	
Senegal							
Vacunes	0 m	6 s	10 s	14 s	9 m		
DTP		DTP	DTP	DTP	T¹		
VPO	VPO	VPO	VPO	VPO			
TV						S	
BCG	BCG						
FAm						FAm	
Observacions: ¹Dones entre 15 i 49 anys. Tres dosis							
Guinea							
Vacunes	0 m	6 s	10 s	14 s	9 m		
DTP		DTP	DTP	DTP			
VPO	VPO	VPO	VPO	VPO			
FAm						FAm	
TV						S	
BCG	BCG						
Guinea ecuatorial							
Vacunes	0 m	6 s	10 s	14 s	9 m	12 m	15 m
VHB							
DTP	DTP	DTP	DTP			DTP	T¹
VPO	VPO	VPO	VPO	VPO			VPO
TV					S		
BCG	BCG						
Observacions: ¹Pauta de vacunació: primer contacte, +1m, +2m, +6m, +1a, +2a							

ció d'aferrament directe entre la mare i el nen, donar-li afecte i la tranquil·litat. I també els massatges per enfortir els ossos, perquè el nadó es desenvolupi més fort i intel·lectualment millor.

Una vegada arriben al països d'acollida aquestes tradicions no sempre es poden continuar. Dependrà de les característiques socials i de les conviccions de la dona. Una mare treballadora no podrà carregar el nen en l'esquena i farà servir el cotxet. Per contra, la mutilació genital femenina no es pot practicar als països europeus, ja que les lleis no ho permeten, i el que succeeix és que tornen als països d'origen per practicar-la.

A la Taula I es poden conèixer les característiques sociodemogràfiques d'alguns dels països subsaharians dels quals tenim infants a Catalunya ².

Assistència sanitària

Pel que fa a les malalties més comunes entre els nens, com ara les diarrees, els vòmits, les febres etc., la primera actuació és buscar les solucions tradicionals o com hem esmentat abans trucar a les mares, les sogres o les dones més grans de la comunitat que tenen més experiència per consultar-les. Sempre hi ha excepcions. Si no es poden fer les consultes familiars, acostumen a acudir a la consulta pediàtrica.

Seguir el tractament mèdic dependrà de la gravetat de la malaltia i del nivell de cultura de cada dona. No és infreqüent l'oblit de la medicació o un compliment irregular o mal fet de la prescripció mèdica, com pot ser l'horari, la durada, la proporció incorrecta a l'hora de preparar les suspensions o la conservació dels fàrmacs.

Entre les malalties freqüents en aquestes ètnies cal assenyalar la drepanocitosi, les hèrnies umbilicals i

engonals, la facilitat en la formació de queloides, la malnutrició o el raquitisme. Com a malalties infeccioses es pot assenyalar la importància de la malària, la tuberculosi, la parasitosi i la sida³. A la Taula II es poden conèixer els calendaris vacunals de diferents països de l'Àfrica subsahariana amb presència d'infants entre nosaltres.

Bibliografia

- 1 Balsamo E. Il bambino africano. A: Lo Guidice M., ed. Etnopediatria. Vol I. Milà: Hippocrates Ed Medico Scientifica 2003; 110-132.
- 2 www.who.int
- 3 Black JA. The medical needs of ethnic minority children in Britain. *Current Pediatrics* 1991; 1: 53-58.

L'infant i les dones xineses

Elisabeth Galdos¹, A. Martínez-Roig²

¹ Associació Salut i Família. ² Servei de Pediatria. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

La Xina és una gran potència en vies de desenvolupament, amb la població més nombrosa del món. L'any 2006 la població va arribar als 1.320 milions de persones, sense incloure Hong Kong, Macau i Taiwan (Taules I i II)¹⁻².

Planificació familiar

La immensa població i la insuficiència de la base econòmica, amb la relativa manca de recursos naturals per càpita, fan que el govern xinès continuï aplicant mesures de planificació familiar per afrontar el creixement demogràfic.

La llei d'un fill per parella encara funciona, però hi ha excepcions. En el món rural, a les famílies amb problemes i a les famílies en què el primer fill és del sexe femení o pateix alguna malaltia, se'ls permet tenir un segon fill al cap d'uns anys.

Aquesta planificació ha servit per alliberar la dona casada dels múltiples embarassos, parts i cura dels diferents fills, juntament amb la càrrega domèstica. Ha estat un fet beneficiós per a la salut maternoinfantil, ja que les parelles intenten millorar el nivell de vida i l'educació dels fills. Cal esmentar també que ha tingut efectes negatius, com ara el dret de poder decidir el nombre de fills que la parella vol

tenir, i el fet d'haver d'avortar en cas d'estar embarassada del segon fill.

Les característiques masclistes de la societat xinesa fan que les parelles prefereixen els nois a les noies a l'hora de tenir fills. A la zona rural aquest fet ha provocat la ruïna de moltes famílies: per voler tenir un nen, han estat multades pel segon o tercer embaràs.

L'avortament a la Xina és legal i el Ministeri de Salut està en contra dels avortaments il·legals. De vegades

TAULA I

Característiques sociodemogràfiques de la Xina

Habitants: 1.328.474.000
Renda nacional bruta per càpita 7.740\$
Esperança de vida en néixer h/d (anys): 72/75
Esperança de vida sana en néixer h/d (anys, 2003): 63/65
Probabilitat de morir abans dels cinc anys (per 1.000 nascuts vius): 24
Probabilitat de morir entre els 15 i els 60 anys h/d (per 1.000 habitants): 143/87
Despesa total en salut per càpita (2005): 315\$
Despesa total en salut en % del PIB (2005): 4,7

Font: Estadístiques de l'Organització Mundial de la Salut, 2008 (les dades són del 2006, tret que s'indiqui una altra cosa).

TAULA II

Dades generals de Xina

Superfície	9.537.590 km ²
Població	1.328.474.000 hab.
Clima	Depèn de la regió: Xina meridional, monsonic; Manxúria, fred; Xina septentrional, continental; regions centrals, temperat; Xina nord-occidental, desèrtic; altiplà mongol, fred rigorós
Capital	Pequín
Esperança de vida h/d	72/75 anys
Ètnies	La xinesa (o han) constitueix el 91% de la població. Altres minories: tibetans, mongols, uigurs, miaos, hui, manxús...
Ciutats principals	Wuhan, Canton, Nanquín, Harbin, Shenyang, Xi'an, Chengdu, Xangai, Tianjin...
Religions	Taoisme, confucionisme, budisme, cristianisme
Taxa d'alfabetització	86% (per als adults)
Llengües	Oficial: xinès
Unitat monetària	yuan
Renda per càpita	860 \$

s'injecten substàncies per deixar sense vida el fetus i la dona arriba a parir un fetus mort.

Les exploracions ecogràfiques i cromosòmiques per identificar el gènere del fetus no estan considerades des dels òrgans de govern. La preferència pels nens enlloc de les nenes fa que, com que només es pot tenir un únic descendent, les parelles decideixin avortar en cas de conèixer a través de les exploracions que la dona està embarassada d'una nena³.

Demografia

Tota aquesta planificació i actuació ha motivat un desequilibri de gèneres, fet que en el futur pot ocasionar problemes.

En l'actualitat s'ha de dir que s'ha aconseguit una transformació històrica del model de reproducció demogràfica. S'ha passat d'un model d'alta natalitat, baixa mortalitat i alt creixement poblacional a un de baixa natalitat, baixa mortalitat i baix creixement demogràfic. Des del govern s'ha vinculat la planificació familiar amb el desenvolupament econòmic, amb l'eliminació de la pobresa, amb la protecció de l'ecologia, amb la popularització de l'educació cultural, amb el desenvolupament del servei de salut i amb la millora de la seguretat social.

Dels 1.300 milions d'habitants, uns 900 viuen al camp amb recursos i aliments insuficients. La posició social de les dones ha millorat els darrers anys, així com els drets dels infants i les condicions de vida de la gent gran.

Assistència sanitària

El govern xinès va fer un gran esforç per establir una xarxa rural i urbana de centres mèdics i hospitals de diferents nivells d'atenció distribuïts per tot el país. Les despeses de l'assistència mèdica són pagades principalment pels pacients, amb un percentatge de l'estat i un altre de les entitats de treball. A les zones rurals és on hi ha més proporció de pagament per part de les famílies. Un part natural sense anestèsia pot costar uns 500 dòlars i si la família disposa de possibilitats econòmiques paga 103 dòlars més per aconseguir anestèsia. La cesària costa 600 dòlars. Un fet curiós és que en arribar a les sales de part del nostre país les dones xineses diuen que els facin cesària encara que hagin de pagar més. La presència del pare al paridor no és habitual en la cultura xinesa, però a les grans ciutats aquest fet està canviant de mica en mica.

Hi ha una combinació de medicina tradicional xinesa i medicina occidental. El calendari vacunal és el que es pot veure a la Taula III, i les taxes de vacunació a infants (BCG, poliomielitis, tos ferina, diftèria, tètanus i xarampió) arriba al 95%. Els mètodes anticonceptius més emprats són els dispositius intrauterins i la lligadura de trompes.

A les zones urbanes el seguiment de la dona embarassada ha millorat els darrers anys i es fonamenta amb visites a la fase inicial de l'embaràs, control de la dieta, manteniment del treball habitual, examen físic abans del part i part en un hospital especialitzat. A les zones rurals només es fan una o dues visites en el primer embaràs, sense controls analítics. En arribar a Catalunya consideren molt pesats els controls durant l'embaràs, ja que no hi estan acostumades i no volen anar a les visites. Habitualment, una vegada s'han instal·lat aquí prefereixen tenir dos o tres fills i no els importa el sexe.

El sistema d'assistència no disposa de centres d'atenció primària. Això fa que quan arriben al nostre país, facin el mateix que fan allà, que és anar als hospitals, quan tenen els fills malalts. No ens ha d'estranyar, per tant, que els costi anar sistemàticament als CAP per consultar les situacions de malaltia aguda. No són bons complidors dels tractaments antibiòtics, ni en la freqüència de les preses, ni en la durada total. Els costa adaptar-se a la medicina occidental, ja que confien en la medicina tradicional xinesa. Utilitzen molt sovint les clíniques privades xineses per visitar els fills, de la mateixa manera que les embarassades van a avortar a aquests llocs⁴.

Patologia freqüent

El 10% de la població presenta estat de portadors del VHB i entre l'1-2% del VHC. La incidència de la fenilcetonúria és d'aproximadament un cas per cada 15.500 naixements. A la zona tropical el 47% de la

TAULA III

Calendari vacunal a la Xina

Calendari vacunal	0 m	1 m	3 m	4 m	5 m	6 m	8 m	15 m	18 m	2 a	4 a	6 a	7 a
VBH	X	X				X							
DTP			X						X			DT	
VPO			X	X	X						X		
MCC						X cada 3 mesos							
Xarampió							X						X
BCG	X												
Encefalitis jap.							X*		X*		X*		

* En algunes parts del país.

població té ascariosi. Al voltant del 65% dels casos d'encefalitis japonesa de tot el món s'han notificat a la Xina. També hi ha dèficit de lactasa i betatalasèmia, esquistosomiasi a les zones d'aigua dolça, hepatitis A, B, C, E, ràbia i tuberculosi, entre altres trastorns⁵⁻⁶.

Societat

L'any de naixement dels fills importa molt a la societat xinesa. L'any considerat millor és el del porc daurat (l'últim va ser el 2007), que té lloc cada seixanta anys. El 2008 també es va considerar un bon any, a causa dels jocs olímpics, i per això es van programar molts embarassos per a aquests dos anys. L'any de l'ovella no és recomanat per als naixements, encara menys de noies, ja que consideren que el caràcter d'aquest animal no és bo per a les noies. Els anys de l'ovella més propers són els anys 2003 i 2015.

Gairebé tots els noms xinesos tenen algun significat. El més emprat és Wei, que significa 'elegant, magnífic, gegant'. Els xinesos instal·lats al nostre país comencen a emprar noms occidentals. L'elecció del nom a la zona rural acostuma a ser una tasca del pare, mentre que a la zona urbana es fa entre els dos membres de la parella.

La forma de viure actual a les zones urbanes és el de família nuclear, la parella amb el fill. A les zones rurals viuen amb la família extensa.

Antigament els fills havien de ser molt respectuosos amb els pares. Actualment els pares tracten els fills com a amics.

Molts dels fills nascuts a Catalunya són enviats a la Xina per estar sota la cura dels avis. La majoria de les vegades per problemes econòmics, tot i que als avis els agrada aquesta tasca i són els encarregats de transmetre les velles tradicions. Les despeses econòmiques per la cura de l'infant són menors a la Xina. Els pares, durant aquest temps, envien recursos econòmics a la família, i mentre estan allà tenen molt poca relació amb els seus fills. Aquests acostumen a tornar a partir dels 8 anys.

S'ha estimulat la lactància materna amb un pla especial. La introducció sistematitzada de l'aliment matern ha millorat l'estat de nodriment de la població infantil. No es recomana donar el calostre. Després del part, la mare es queda un mes a la llar sense banyar-se, sense caminar i prenent aliments calents. Les mares acostumen a ser molt afectuoses i tenen una cura molt selecta dels fills. La pràctica de l'art del massatge és un fet freqüent, en especial a la planta dels peus, a les mans, les orelles, el front, el cap i l'esquena.

En el cas de les mares que pareixen a Catalunya i envien els seus fills a la Xina, fan lactància artificial des dels primers dies. L'alimentació complementària s'introdueix a partir dels tres mesos o tres i mig³.

Alimentació

Acostumen a consumir cereals, verdures, fruita, peix i carn. Tot ha de ser fresc, excepte el peix, que es pot conservar amb sal, i la fruita seca. La llet no es fa servir gaire, atesa l'elevada intolerància a la lactosa que hi ha entre la població. Els solen agradar els aliments poc cuits, per notar la consistència original. El plat bàsic és l'arròs. L'alimentació ha de ser equilibrada d'energia positiva, el yang, amb energia negativa, el yin, és a dir, dolç i salat conjuntament.

Bibliografia

- 1 www.who.int
- 2 www.unicef.org
- 3 Rondinelli R, Fang J, Lo Giudice M. Il bambino cinese. A: Lo Giudice M, ed. Etnopediatria. Vol I. Milà: Hippocrates Ed Medico Scientifiche, 2003; 153-159.
- 4 <http://www.aepap.org/vacunas/index.htm>
- 5 López-Vélez R, Martín-Echevarria E. Geografía de las infecciones tropicales. Madrid: Enar SA, 2005.
- 6 Black JA. The medical needs of ethnic minority children in Britain. Current Pediatrics 1991; 1: 53-58.

L'infant i la dona magribins

Meriem Saou

Mediadora Col·lectiu Magrib

Família

En principi, l'estructura de la família al Marroc és patriarcal, encara que els últims anys això ha anat canviant i s'ha donat més espai de comandament dins i fora de la llar a les mares en particular i a les dones en general.

Per motius econòmics, principalment, de vegades trobem famílies extenses que viuen en el mateix espai (casa), però en general les parelles viuen soles, tot i que la resta de la família intervé en l'educació; la intervenció o la influència, però, és bàsicament per ajudar a tenir cura dels nens o per organitzar esdeveniments especials dins el nucli familiar.

En general, la relació dels fills amb la mare és de molta proximitat i molt afecte.

En canvi, la relació amb el pare és molt distant, ja que aquest passa llargues estones fora de casa, fins i tot en algunes famílies passa molts mesos treballant fora.

Fecunditat, embaràs i part

El 2005, la taxa de natalitat al Marroc era del 22,29%. Aquesta taxa ha anat canviant per diversos motius, entre els quals hi ha la utilització correcta de mètodes contraceptius, i la consciència de moltes parelles de la dificultat que comporta tenir molts fills.

D'altra banda, l'estat està mantenint grans campanyes d'educació sexual en aquest sentit, sobretot en el món rural, a les escoles i amb les dones, ja que fins fa poc eren ben poques les que tenien accés a aquesta informació.

Els mètodes més utilitzats són els que responsabilitzen la dona, bàsicament les píndoles o els dispositius intrauterins. El preservatiu masculí és rebutjat pels homes i té pocs adeptes entre aquests.

La dona marroquina, quan està embarassada, es converteix en el centre de l'atenció rep suports i manyagues de tota la família, el millor menjar és per a ella i, a més, tot el que demana se li sol regalar.

Per falta de recursos i de formació, hi ha poques dones que se sotmeten a controls d'embaràs estrictes, només visiten el metge quan la situació es complica. Però els darrers anys, i gràcies a la nova política de l'estat i a la col·laboració d'algunes ONG, s'estan duent a terme campanyes de prevenció de riscos en els embarassos i de controls més estrets.

En no tenir accés als hospitals, en el món rural els parts són naturals, es fan a casa, i s'acudeix o es demana l'ajuda de les àvies o de les dones conegudes en el poble com a llevadores. A les ciutats, en canvi, el nombre de parts a casa està baixant, i gairebé tots es fan en hospitals o en clíniques privades.

A Catalunya, i per falta d'informació, hi ha dones marroquines que no saben que s'han de sotmetre a controls d'embaràs, i n'hi ha que, a causa de les dificultats de comunicació, prefereixen minimitzar les visites al metge; ara bé, una part important sí que acudeix als metges, amb l'ajuda de mediadores, d'amigues o de familiars que els ajuden a comunicar-se.

A nivell psicològic, la majoria d'aquestes dones se senten molt soles i els falta aquell suport dels familiars i aquelles manyagues de tothom. Hi ha dones marroquines que desconfien d'algunes proves mèdiques, i per falta d'informació i por del desconegut prefereixen evitar-les. Algunes creuen que l'amniocentesi, per exemple, pot fer mal als seus bebès i unes altres, per la seva condició de musulmanes, rebutgen tot el relacionat amb l'avortament.

D'altra banda, la majoria d'aquestes dones prefereixen el part assistit sense cesària i no entenen per què s'hi ha de recórrer en alguns casos.

Alimentació

En els països del Magrib es recomana molt la lactància materna. Segons l'Alcorà, es diu que les dones han d'al·letar els infants durant almenys dos anys.

Aquesta pràctica està molt ben valorada per la mare i el nen. A les dones embarassades i a les que donen el pit se'ls dispensa de fer el Ramadà (encara que han de fer el dejuni més tard).

Després dels anys de lactància, les mares comencen a compaginar els aliments sòlids i líquids. Els primers aliments sòlids solen ser a base de blat barrejat amb aigua o amb llet, igual que els cereals en pols que es donen aquí, però mai no es fa la distinció entre cereals amb gluten o sense. Després es comença a donar als bebès verdures i fruites triturades, i a partir dels 8 o 9 mesos, la carn i el peix triturats; la carn és de vedella o de pollastre, el peix sol ser peix blanc (mai no es dona carn de porc, ja que està prohibida en l'islam).

En altres casos la lactància materna s'acaba al cap de pocs mesos i més o menys cap a l'any se li comença a donar al nen llet de vaca.

Les mares solen acatar la majoria de les indicacions del pediatre, l'única dificultat amb què es troben és l'idioma, de manera que necessiten més temps per a les explicacions, ja que es tracta de visions que solen ser diferents a les dels seus països d'origen.

El Ramadà consisteix a privar-se del plaer de menjar, de beure i de tenir relacions sexuals des de la sortida del sol fins a la posta; sol durar entre 29 o 30 dies. Al Marroc, el Ramadà es viu com una època festiva, en què la gent se sol ajuntar al voltant d'una taula molt rica en menjars variats, i postres i dolços exquisits.

Els nens solen participar de les festivitats, i als 7 anys comencen a provar el dejuni. De vegades aconseguixen estar tot el dia sense menjar i unes altres no tenen èxit. A partir de la pubertat (12 a 14 anys) els nens estan obligats a fer el Ramadà.

Malalties

Les malalties més comunes entre els infants solen variar depenent del medi (rural a l'urbà), de la classe social i, fins i tot, entre les diverses regions. Molts nens d'alguns pobles del Marroc solen tenir dificultats per adquirir totes les vitamines, i això provoca que de vegades tinguin anèmies fortes. També hi ha bebès que solen tenir diarrees fortes, amb la consegüent deshidratació, que si no es tracta pot dur a la mort.

Normalment, els infants d'origen magribí solen tenir les mateixes malalties que els nens autòctons, excepte els que ja vénen amb certs mals. Els pares solen acudir al metge quan detecten algun símptoma de malaltia, encara que en algunes famílies amb una situació econòmica precària, els pares recorren a remeis casolans a base de plantes medicinals i altres mitjans.

La majoria dels pares tenen molta confiança en el sistema sanitari català, per això solen seguir totes les indicacions del pediatre i solen acabar tots els tractaments receptats. L'únic obstacle que es troben aquests pares és la falta de comprensió lingüística entre ells i els professionals i, de vegades, també a l'hora d'explicar molts conceptes de la salut i la malaltia.

El calendari de vacunacions que se segueix en el sistema sanitari marroquí es recull a la Taula I.

TAULA I

Calendari vacunal del Marroc

Edat de l'infant	Vacunes
En néixer	BCG + VPO (zero) + HB1
6 setmanes	DTC1 + VPO1 + HB2
10 setmanes	DTC 2 + VPO2
14 setmanes	DTC 3 + VPO3
9 setmanes	VAR + HB3
18 mesos	DTC + VPO (primer record)
6 anys (entrada a l'escola)	RR

Significat de les abreviatures:

BCG: tuberculosi

HB: hepatitis B

DTC: diftèria, tètanus i tos ferina

PO: poliomièlitis (per via oral)

VAR: vacuna antixarampionosa

HIB: *Haemophilus influenzae* tipus B

RR: vacuna contra la rubèola i el xarampió

ROR: antiparotiditis, antirubèola, antixarampionosa

DTCP: diftèria, tètanus, tos ferina i poliomièlitis (injectable)

DTP: diftèria, tètanus i poliomièlitis (injectable)

Rituals

La circumcisió és el procediment quirúrgic més antic que es coneix en la història de la humanitat, i és el costum religiós i social més àmpliament estès i practicat al món. Tant per als jueus com per als musulmans, significa un ritu d'iniciació, ja sigui per obediència al pacte amb Déu o per aconseguir la purificació espiritual.

En el món musulmà en general i al Magrib en particular, la circumcisió és una pràctica que separa el món infantil asexual de la vida d'home viril; en definitiva, és un ritual d'iniciació al món dels homes.

Aquesta pràctica se sol fer entre els 4 i els 6 anys, es diu que els nens de 7 anys ja han d'estar circumcidats, perquè els és obligatori resar.

A Catalunya la circumcisió se sol practicar quan hi ha una fimosi o alguna infecció relacionada amb l'òrgan sexual masculí. Amb l'arribada de persones immigrades que demanaven aquesta intervenció, la llista d'espera es va anar fent molt llarga i en alguns casos les famílies prefereixen aprofitar l'època estival i les vacances per fer aquesta pràctica als països d'origen, i celebrar la festa amb els familiars i amics.

Festes religioses

- L'Ashura: és el primer mes del calendari musulmà.
- L'Aid al-Mulud: és la festa que commemora el naixement del profeta Mohammed (Mahoma).
- El Ramadà: és el mes de dejuni. Per al musulmà és l'ocasió d'afirmar la seva capacitat de renunciar lliurement a totes les vanitats terrenals durant trenta dies. En el temps que dura, des de la sortida del sol fins a la posta, el musulmà no ha de menjar ni beure ni mantenir relacions sexuals.
- L'Aid al-Sagir: és la festa de la fi del Ramadà. Aquesta celebració consagra la ruptura del dejuni.
- L'Aid al-Kebir o festa del be: aquesta festa és la commemoració del sacrifici d'Abraham, a qui Déu va eximir de sacrificar el seu fill Ismael, i se celebra amb el sacrifici d'un be.

Totes aquestes festes es poden fer amb tota llibertat, però n'hi ha algunes que s'han adaptat a la societat d'acollida. Per exemple, la festa del be se celebra sempre entre familiars en cases particulars, on es mata el be amb la presència dels nens, que gaudeixen d'aquest moment; però a Catalunya, aquesta festa es queda a mitges, ja que els musulmans, per raons sanitàries i per prevenir malalties, han de matar aquest be en escorxadors oficials.

Dona i societat

La dona musulmana en general és molt activa, a més d'educar els nens, sol participar en espais de decisió, com ara els consells de barri, etc. Quan arriben a Catalunya, els seus drets es veuen reduïts, ja que la majoria solen venir per reagrupament familiar.

El permís de reagrupament familiar no els dóna dret a treballar, i la seva integració en la societat queda afectada. Tot i així, se solen apuntar a cursos d'idiomes per arribar a l'autonomia personal, que saben que és important, i per poder acompanyar els seus fills en el procés escolar. Gràcies als fills, aquestes mares se solen relacionar amb altres mares de l'escola, formen grups i participen en les activitats que s'organitzen al centre o fora.

Escola

La majoria de nens marroquins a Catalunya solen anar a l'escola a partir dels 6 anys, perquè les seves mares no treballen i en poden tenir cura, però els fills de les mares que treballen hi van a partir dels 3.

Els pares no solen participar en les reunions de l'escola, ja que troben dificultats a l'hora d'entendre l'idioma i, a més, al país d'origen no hi ha una tradició de participació activa en l'escola.

La relació entre la família i el centre escolar és molt poc habitual, i la responsabilitat en aquest terreny

l'exerceix la mare fins a certa edat; després, amb els més grans, passa a fer-ho el pare més directament.

Al principi del procés i per falta de comunicació les famílies tenen dificultats per participar en les activitats del centre.

Passats uns quants anys, les famílies ja s'han anat adaptant a l'entorn, han conegut altres famílies i ja participen en les activitats centre.

Després també es van adaptant al sistema del centre, i acudeixen a les reunions i entrevistes amb els professors sobre els seus fills o sobre altres temes.

Adolescència

Els adolescents nascuts aquí no solen tenir problemes per integrar-se amb els seus semblants catalans, són els adults que de vegades els inculquen uns estereotips que els impedeixen participar en el grup del barri, de l'institut, etc.

En algunes activitats (com ara festes amb el col·lectiu al qual pertanyen) els adolescents hi participen sense els seus amics catalans, però en general solen participar de les mateixes activitats i festes, sense distinció de procedències.

A alguns pares marroquins els costa educar els seus fills en l'entorn català, ja que fins i tot els costa a ells deixar enrere els valors en què han estat educats.

Per això, de vegades solem detectar conflictes entre pares i fills. Aquests conflictes són bàsicament intergeneracionals i aquesta n'és la causa, i no la procedència, ja que es poden comparar amb els conflictes que puguin tenir els pares autòctons amb els seus fills.

N. B. Quan parlem de catalans i marroquins és tan sols per posar una distinció de grups, ja que tots els adolescents dels quals estem parlant solen tenir nacionalitat espanyola i són nascuts aquí, per tant, ells també se senten catalans.

L'infant i la dona llatinoamericans

Mariana Isla¹, Lluís Sansa²

¹ Associació Salut i Família. ² CAP Centre. Sabadell

Llatinoamèrica comprèn una població molt variada i diversa. La visió que aquí es planteja està emmarcada per l'experiència d'una mediatra cultural i per la recopilació feta per un pediatre d'un seguit de dades sociosanitàries que ens aproximen a la realitat dels diferents països que la componen.

Situació sociosanitària

Globalment, Llatinoamèrica és la regió del món on els ingressos es distribueixen de manera menys equitativa. La desigualtat, que va lligada a la injustícia social i a la pobresa, és la causa dels seus principals

problemes socio-sanitaris. Aquesta desigualtat social és més punyent entre els pobles indígenes (un 10% del total d'habitants) i la resta de la població¹, fet que causa importants tensions socials i polítiques, molt evidents en l'actualitat en alguns països del continent. El recent augment dels preus dels aliments bàsics està agreujant la situació de les poblacions més desfavorides.

Tot i que sembla que la situació va millorant amb els anys, hi ha algunes dades força preocupants i que comprometen el seu futur. L'OIT assenyalava el 1996 que entre el 20% i el 25% dels infants d'entre 6 i 14 anys treballaven fora de casa¹, amb el que això comporta de disminució de l'educació i de reducció de possibilitats de sortir de la pobresa.

D'altra banda, la violència ha augmentat de manera molt alarmant els darrers decennis, i s'ha convertit en una de les preocupacions més grans de la salut pública: és la segona causa de mort entre els joves de 15 a 24 anys.

Un dels indicadors més fiables per valorar la desigualtat entre els diferents països que componen Llatinoamèrica és la taxa de mortalitat materna. Està molt relacionada amb el nivell socioeconòmic i el suport familiar. Entre les adolescents dels països llatinoamericans, la mortalitat materna és una de les principals causes de mort.

En referència a la mortalitat infantil, està disminuint, però de manera molt dispar entre els diferents països. Per fer-nos una idea molt més exacta de cada situació en particular, a la Taula I podem veure les xifres de l'any 1998 de mortalitat infantil en nens menors de 5 anys i les de mortalitat materna entre el 1990 i el 1998, comparant-les amb les de l'Estat espanyol². Cuba té unes xifres molt similars a les nostres, seguida de Xile i Costa Rica. Per contra, Bolívia i el Perú tenen uns indicadors molt dolents, amb una mortalitat materna 70 i 50 vegades, respectivament, superiors a la d'Espanya. Segons les xifres més recents aportades per la CEPAL (Comissió Econòmica per l'Amèrica Llatina) i referides als anys 2005-2006, Cuba havia retrocedit al quart lloc³.

Malalties

Les infeccions respiratòries agudes, les malalties diarreiques i la malnutrició encara són les tres causes principals de mort entre els infants menors de 5 anys. També la tos ferina, la diftèria, el tètanus, el xarampió, la meningitis tuberculosa i el paludisme tenen una forta incidència.

La situació, segons la CEPAL³, va millorant amb el temps, amb una disminució del 20% de casos de paludisme entre l'any 2000 i 2006, i una disminució progressiva de la tuberculosi a tota la zona, llevat d'Haití, Bolívia, el Perú i l'Equador, països en què la situació està estancada.

TAULA I

Indicadors de supervivència humana

País	Taxa de mortalitat infantil 1998 (en 0/1000)	Taxa de mortalitat < 5 anys 1998 (en 0/1000)	Taxa de mortalitat materna 1990-98 (en 00/1000)
Argentina	19	22	38
Xile	11	12	23
Costa Rica	14	16 34	29
Mèxic	28	08	48
Cuba	07	25	27
Veneçuela	21	30	65
Colòmbia	25	42	80
Brasil	36	54	160
Perú	43	33	270
Paraguai	27	39	190
Equador	30	85	160
Bolívia	66	52	390
Guatemala	41		190
Llatinoamèrica i Carib	32	39	-
Espanya	6	6	6

Font: Informe de l'any 2000 del PNUD (Programa de les Nacions Unides per al Desenvolupament)².

La malaltia de Chagas, el dengue i la febre groga (amb vacunació obligatòria en alguns països) també segueixen sent un problema sanitari en moltes zones. A Bolívia és on hi ha el nombre més alt d'infectats per la malaltia de Chagas, ja que quasi el 40% de la població és portadora d'aquesta tripanosomiasi, estretament lligada a unes condicions de pobresa i precarietat de l'habitatge, especialment entre la població rural⁴.

Família i criança

Les famílies llatinoamericanes en origen solen tenir una composició bastant àmplia i extensa. La relació estreta amb els parents de segon i tercer grau fa que el nucli familiar vagi més enllà de les relacions establertes entre pares i fills. Els avis, els oncles i els cosins tenen un paper actiu dins les famílies, de manera que es crea una xarxa de suport social que és vital per a la supervivència. No és rar trobar famílies que comparteixen l'habitatge, que es presten diners, que es reparteixen la cura dels nens, que fan torns per preparar els àpats, etc.

Quant a la criança dels fills, les famílies llatinoamericanes són principalment matriarcals. Compten amb una xarxa social i familiar femenina molt estructurada que és l'encarregada de transmetre els coneixements, sobretot els relacionats amb la cura dels infants. En general, són les dones les que assumeixen la responsabilitat de la llar i de l'educació dels fills i hi mantenen una relació molt propera i afectuosa. Això facilita que en moltes cultures, especialment les centreamericanes, la mare sigui gairebé «idola-

trada» pels seus fills. El patriarcat segueix tenint un valor cultural i simbòlic de molta importància. El pare exerceix sobre els fills una figura d'autoritat que intenta imposar patrons de conducta i disciplina. Els pares van assumint progressivament més tasques de cura i atenció, encara que el rol de la mare és el que exigeix més reptes.

Generalment són les dones llatinoamericanes les que emigren com a primera baula de la cadena, amb el propòsit de poder portar la resta de la família al cap d'uns anys. En conseqüència, l'estructura familiar queda modificada. Els avenços en les telecomunicacions fan que avui dia aquest tipus de migració no suposi la ruptura dels llaços ni de l'estructura familiar, però sí la modificació. La «família transnacional» ha tingut i té un efecte important i a diferents nivells dins les societats originàries i receptores. En les societats llatinoamericanes es reconeix l'home com a cap de família i quan és la dona la que emigra es trenca aquest patró, i se li atorga a ella més protagonisme, encara que això no la converteixi en cap de família⁵. Els fills que romanen al país d'origen solen quedar-se a càrrec de l'àvia o algun altre membre femení de la família. Les mares segueixen exercint la seva figura des del país receptor; es converteixen així en mares a distància que crien els seus fills telefònicament i des de locutoris.

Quan finalment les famílies es reagrupen s'han de posar en marxa estratègies per acomodar-se a la nova situació: els fills han de reconèixer una altra vegada l'autoritat dels seus pares, s'han d'adaptar a un nou context, a nous amics, a una nova escola, etc. Els pares han d'aprendre a estar junts una altra vegada, les dones a exercir el seu rol de mares presencialment, etc.

A Llatinoamèrica, la figura de la dona està molt orientada al seu rol reproductiu dins la societat, encara que actualment, i sobretot a les zones urbanes, amb menys fills i amb més planificació. Algunes investigacions demostren que els mètodes anticonceptius a Llatinoamèrica continuen situant-se molt per sota dels països desenvolupats i que tan sols el 52% de les dones llatinoamericanes en edat fèrtil n'utilitza⁶. Entre aquestes, només el 9,36% tria la píndola com a mètode, quan a Europa és el 33% de les dones que la utilitza. Per contra, el 23,2% prefereixen l'esterilització per prevenir un embaràs, i només el 6% usa el preservatiu. En la dona emigrant ens trobem amb un alt nombre d'embarassos no desitjats que responen, d'una banda, a la poca informació que tenen sobre els mètodes contraceptius a què poden accedir, i d'altra a una infrautilització dels serveis de salut sexual i reproductiva, de vegades per la incompatibilitat d'horaris entre els serveis sanitaris i les seves jornades laborals. El resultat són embarassos no desitjats que es viuen, majoritàriament, en un entorn familiar nul o inestable i en un entorn laboral precari. Moltes d'aquestes dones no disposen de suport familiar a Espanya ni tampoc d'una xarxa sòlida d'amistats femenines⁷.

Assistència sanitària i alimentació

Aquesta situació de desemparament fa que les expectatives dipositades en el sistema sanitari siguin molt elevades, especialment en l'atenció pediàtrica. Les mares llatinoamericanes compleixen regularment les revisions periòdiques establertes pel sistema (controls, vacunes, etc.), i malgrat que en termes generals, els hàbits i les cures del bebè són molt similars a Llatinoamèrica que aquí, algunes troben certes discrepàncies pel que fa al règim alimentós suggerit pels professionals i els costums dels seus països. Per exemple, a Llatinoamèrica no es fa distinció entre els aliments amb gluten o sense, de manera que és un concepte que cal explicar amb deteniment a aquestes mares. Quan s'enfronten a una situació de dicotomia de la informació, les mares opten per seguir els patrons culturals propis dels seus països.

El calendari vacunal a Llatinoamèrica és força dispar segons els diferents estats.

Podem trobar-lo en l'adreça electrònica següent:

http://www.oni.escuelas.edu.ar/2002/JUJUY/salud/calendario_de_vacunaciones_de_lo.htm

Una altra adreça més interessant, general i actualitzada i on podem trobar el calendari de vacunacions de tot el món és la de l'OMS:

http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cfm

Podem també accedir fàcilment a aquesta última adreça electrònica amb un enllaç des de la pàgina principal de l'AEPap <http://www.aepap.org/vacunas/index.htm> en l'apartat de vacunes.

En referència al calendari vacunal, com a particularitats més destacades cal remarcar el següent:

- La febre groga es vacuna en zones on aquesta malaltia està present, com ara el Brasil, Bolívia i zones de risc de l'Equador, l'Argentina i Colòmbia.
- S'administra una vacuna contra la meningitis meningocòccica B i C sistemàticament a Cuba, als 3 i 5 mesos d'edat. També a l'Argentina i a altres països del continent en situacions d'epidèmies. Aquesta vacuna contra la meningitis B ha estat molt efectiva per controlar el brot de malaltia meningocòccica⁸ a Cuba que va aparèixer els anys vuitanta i s'utilitza amb bons resultats des del final d'aquesta dècada. Té l'inconvenient que és més específica per a un serotip concret i que obté una resposta immunològica de menys durada que les habituals.
- La vacuna MCC no se sol administrar sistemàticament i es fa en molts països tan sols en grups de risc i per controlar epidèmies.
- La utilització de la BCG en el nadó és pràcticament general a tot Llatinoamèrica.

Societat

L'escolarització a Llatinoamèrica sol iniciar-se als 2 o 3 anys, ja que prèviament, si la dona treballa, sol comptar amb el suport de la seva família. Aquí a Espanya, les mares es veuen obligades a deixar els nens molt abans perquè han d'anar a treballar. Això suposa la ruptura d'un fort vincle afectiu, ja que els bebès es converteixen en els seus referents per cobrir els buits emocionals.

La situació real de moltes de les dones llatinoamericanes que emigren i que en aquest camí es converteixen en mares (novament o per primera vegada) és que aquest fet influeix radicalment en la idea del projecte migratori amb la qual van començar; i al seu torn, pel fet d'estar encara dins aquest procés migratori, es veuen obligades a un estil de criança que no hauria estat la seva primera elecció si s'haguessin quedat als països d'origen.

Bibliografia

- 1 Rodríguez-Contreras R. Situación socio-sanitaria en Iberoamérica. Indicadores de salud y desarrollo. *Ars Pharmaceutica* 2000; 41: 325-338.
- 2 PNUD. Desarrollo Humano. Informe 2000. Nova York. PNUD, 2000.
- 3 Objetivos de desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. CEPAL, Naciones Unidas (coordinación). LC/G 2364. Maig 2008; 39-65. Document accessible l'octubre del 2008 a: «Libros institucionales» de l'adreça següent: <http://www.eclac.org/publicaciones>.
- 4 Buj Buj A. El reto de las epidemias en Iberoamérica ante el nuevo milenio. Document accessible l'octubre del 2008 a: <http://www.ub.es/geocrit/sn-45-29.htm>.
- 5 Claudia Pedone. Los cambios familiares y educativos en los actuales contextos migratorios ecuatorianos: una perspectiva transatlántica. *Athenea Digital* 10: 154-171 (tardor 2006). ISSN: 1578-8946.
- 6 <http://www.celsam.org/home>. Adreça accessible l'octubre del 2008.
- 7 La mirada de las madres inmigrantes: Percepción de la atención al embarazo, el parto y la primera infancia. Proyecto Grundtvig. Juny del 2006.
- 8 González de Aledo A, Viloria L. Serosubtipos de meningococo B causantes de enfermedad invasiva en Cantabria y concordancia con la cepa de la vacuna cubana. *Gac Sanit* 2004; 18: 45-49.

L'infant romanès

Aura Trifu

Associació Salut i Família

Planificació familiar

Les famílies romaneses que viuen a Catalunya són famílies nuclears (pare i fills), excepte les famílies de religió protestant i les d'ètnia gitana. Les famílies gitanes (sobretot les conservadores¹) inclouen avis i germans dels cònjuges, que solen ser nombrosos. Quan es donen casos de famílies extenses entre romanesos que no pertanyen a les minories ètniques o religioses esmentades, aquesta estructura és més aviat conjuntural que cultural. És a dir, que al llarg de la cadena migratòria d'una família es poden donar situacions de convivència transitòria de tres o quatre generacions que participen en la vida familiar, però en un moment o un altre la vida de família es restringeix a la família nuclear.

Concentrant-nos en aquesta última, que correspon a la manera general de viure de la família romanesa (tant al país d'origen com aquí), cada component de la casa té un paper ben definit: els homes tenen una feina fora de casa (generalment de més de 40 hores

setmanals) i les dones es dediquen a les tasques de la llar. És també la dona la que dedica el temps necessari a ajudar els fills en els deures escolars, mentre el pare s'encarrega de guanyar la major part dels ingressos de la família i passa menys temps amb els fills. Els diumenges la família es reuneix i el pare té l'oportunitat d'estar en companyia dels seus fills i d'ocupar-se de dur a terme activitats lúdiques amb ells.

Les normes i les pautes educatives a la família s'acostumen a establir entre tot dos cònjuges (cal tenir en compte que en alguns casos qui té un grau de decisió més alt és la figura paterna, encara que qui gestiona aquesta funció en el dia a dia és la mare). El rol educatiu de la figura paterna es fa visible a l'hora de solucionar algun incident que no hagi pogut resoldre la mare en la relació diària. Acostuma a ser el pare qui estableix i aixeca els càstigs, també és ell qui concedeix els premis o les demandes dels fills. No obstant això, la situació pot variar en funció de la cultura de cada família, el lloc d'origen i l'educació que els cònjuges hagin rebut².

Alimentació

L'alimentació dels nadons normalment es basa en lactància materna exclusiva fins als sis mesos. A partir d'aquest moment s'incorporen els substituïts lactis (si és necessari), els sucres de fruita i els brous de verdures. Hi ha també mares que comencen amb l'alimentació combinada a partir del quart mes, generalment amb el previ avís favorable del pediatre.

Deixant de banda el moment en què es comença la nutrició complementària, la incorporació dels aliments sòlids en la dieta del nadó es fa de manera gradual, al voltant del cinquè o sisè mes. Es comença introduint petites quantitats de fruites i verdures triturades, cereals sense gluten (arròs, mill, farina de blat de moro), carn bullida tritura (au i vedella), rovell d'ou dur, formatge fresc de vaca... i es procura que a partir del sisè mes el nadó tingui una dieta equilibrada.

Entre el setè i el novè mes s'incorporen el iogurt, el fetge fresc de pollastre o vedella, les mandonguilles de carn picada bullides amb brou, la pasta, almívar casolà de fruites i el peix blanc. Es comença a donar al nadó aliments consistents, que pugui agafar amb la mà i portar-los ell sol a la boca. Entre el desè i dotzè mes el nen comença a menjar gairebé tot el que mengen els altres membres de la família, excepte embotits i altres aliments rics en greixos i de difícil digestió.

Pel que fa a l'alimentació dels nens en les famílies que són a Catalunya, no he pogut copsar, ni en la meua experiència com a mediatra ni en les entrevistes fetes, que hi hagi discrepàncies entre les indicacions del pediatre i la nutrició triada pels pares. Aquest fet es podria explicar per la similitud cultural, pel que fa als hàbits alimentaris, que hi ha entre la societat d'acollida i les famílies romaneses que arriben al país.

Societat

Com ja s'ha comentat, són els homes els que tenen una feina fora de casa. La mare, després del període de lactància materna absoluta (aproximadament 6 mesos), i si pot comptar amb l'ajuda d'un familiar, procura treballar també fora de casa, fent mitja jornada (o més reduïda), per poder seguir amb la lactància materna parcial.

La necessitat d'emprar el seu temps en la cura dels fills determina en molts casos una precària integració laboral de la dona romanesa. En altres casos és el mercat laboral el que l'obliga a incorporar-se en ocupacions inferiors a les seves capacitats professionals. Si per als homes (encara que no per a tots) és més habitual que trobin un treball qualificat, més d'acord amb la seva preparació al país d'origen, per a les dones la inserció laboral més generalitzada es fa en el servei domèstic. Així és que dones amb alta

formació professional (fins i tot acadèmica) passen llargues temporades com a treballadores de la llar³.

L'educació institucionalitzada dels nens romanesos a Catalunya comença en general, als 3 anys. No és comú per a les famílies romaneses dur els nadons a les escoles bressol⁴. Aquest fet s'explica per dues raons:

En primer lloc, a Romania és costum, i l'estat ho fomenta, que la mare estigui amb els fills almenys fins que compleixin els dos anys. En aquest sentit, les famílies romaneses es troben amb dificultats a Espanya, ja que a Romania les dones es beneficien de la baixa maternal amb prestació econòmica (a part de les ajudes per a la criança dels fills), fins als 2 anys (fins i tot 3 en cas de nens amb problemes de desenvolupament). En segon lloc, encara que les mares decidissin, en contra de la seva voluntat, incorporar-se al món laboral abans que els fills complissin els dos anys, es trobarien amb l'escassetat de places a les guarderies públiques. El nivell econòmic de les famílies no els permet la despesa que suposa una institució educativa privada. A més a més, cal tenir en compte que el fet d'apuntar el fill o la filla a una guarderia (escola) privada, entra en conflicte amb els valors de la majoria dels romanesos, que culturalment pertanyen al sistema educatiu públic.

Totes les persones entrevistades coincideixen que el grau d'integració a l'escola és alt gràcies a la facilitat amb què els nens aprenen el català i el castellà i s'ajusten al sistema d'acollida, a la disposició dels professionals per promoure una bona integració d'aquests nens i nenes i a la bona receptivitat de les autoritats escolars (en aquest últim sentit comptem amb el testimoniatge de la representant de l'Associació Romanesa d'Arbúcies). Els alumnes romanesos normalment obtenen bons resultats acadèmics i es relacionen bé amb els companys i els mestres. En general, es caracteritzen per una alta assistència a l'escola, excepte alguns alumnes d'ètnia gitana, que es constata que no assisteixen a classe amb regularitat. De fet, hi ha famílies gitanes que no escolaritzen els seus fills, a causa de la manera de viure d'aquesta comunitat en particular, que pertany a una cultura col·lectivista, que implica la participació dels nens a la vida dels adults, fins i tot en els ingressos familiars. No obstant això, darrerament, s'ha pogut copsar que aquest últim col·lectiu ha reduït l'absentisme escolar.

I parlant de la participació dels nens en els ingressos familiars, m'agradaria destacar que aquesta participació no es duu a terme com a explotació infantil, sinó més aviat com una manera d'estar junts i compartir l'experiència de la vida en tot moment. Les mares gitanes que veiem al carrer, amb els nadons als seus braços, estan donant a les seves criatures tot l'afecte que aquests necessiten per a un bon desenvolupament emocional. Ja que, on pot estar millor el nadó si no és a prop de la seva mare, escoltant el batec del seu cor i sentint la seva olor? D'aquesta manera els nens acompanyen les seves mares fins a

l'edat apta per a la separació, moment en què passen el temps amb els altres membres de la família (germans grans, cosins, oncles, avis...).

Tornant als nens romanesos en sentit ampli, els entrevistats manifesten que l'escolarització és la principal preocupació dels pares. Aquests acudeixen correctament a les reunions escolars i demostren participació activa en relació amb l'escola.

Si bé l'estil de vida casolà de les famílies romaneses i el desig de passar el màxim de temps possible amb la família fa que els alumnes romanesos no s'inscriuin (en general) a activitats extraescolars, l'interès d'alguns pares per preservar la pròpia cultura fa que duguin els seus fills, els dissabtes, a l'escola romanesa. Es tracta d'un projecte pilot que està en marxa actualment a Catalunya, iniciat pel govern romanès i executat per l'Associació de Mediadors Interculturals Romanesos QUORUM, en col·laboració amb l'Associació Romanesa d'Arbúcies. El curs es desenvolupa basat en un programa especial elaborat pel Ministeri d'Educació de Romania per als fills de residents romanesos a Espanya i Itàlia, però no s'hi adreça exclusivament, ja que els nens i les nenes catalans també es poden inscriure a aquesta activitat extracurricular. Els nens que assisteixen a aquesta escola (uns 25 a Castelldefels, 15 a Arbúcies i 15 a Barcelona, amb edats compreses entre els 5 i els 14 anys, o més) estudien la llengua, la cultura i la civilització romanesa. Les tasques educatives i acadèmiques les porten a terme professionals de l'ensenyament de Romania, de manera gairebé voluntària, ja que, segons la representant de l'Associació de Mediadors Interculturals Romanesos QUORUM, la remuneració que ofereix l'estat romanès es cobra al final del curs.

Sense detenir-me massa en el moment de l'adolescència, que mereix un estudi a part per la seva complexitat, m'agradaria ressenyar alguns aspectes.

D'entrada cal dir que les famílies romaneses es troben amb la mateixa problemàtica amb què es troben les famílies autòctones.

Els nois tenen més possibilitats a l'hora d'enfrontar-se als canvis, potser gràcies a l'interès per al joc que acompanya els homes tota la vida. Juntament amb l'esport, el joc facilita la socialització dels adolescents i ajuda a superar les dificultats afegides pel procés migratori. En canvi, les noies es desinteressen pel joc ja en el període de preadolescència. La seva interacció es basa en la conversa, que redueix els mecanismes de socialització i, en conseqüència, limita el grup d'amistats. Aquest fet, en algunes ocasions, genera un aïllament de les adolescents que en alguns casos provoca depressions.

Les diferències s'agreuquen quan les famílies arriben al país d'acollida amb els fills en edat adolescent, ja que no han tingut el temps necessari per adaptar-se a la nova manera de viure de la societat d'acollida, no dominen l'idioma, el seu entorn en origen no

presentava les característiques d'una ciutat cosmopolita, o no havien estat exposats a les tècniques agressives de mercat que troben quan arriben aquí.

Un altre aspecte conflictiu en l'edat adolescent, en general, sense tenir en compte el temps d'estada aquí, és l'oferta d'oci. Els adolescents autòctons solen fer vida nocturna des de molt aviat, cosa que no és habitual per als adolescents romanesos. El contacte amb l'alcohol i els tòxics tampoc no és generalitzat al seu lloc d'origen i els pares es veuen superats per la situació, a l'hora de mediar entre la necessitat d'autoinclusió del seu fill/filla en l'entorn d'acollida i l'educació en l'esperit d'una vida saludable i segura.

De totes maneres, la solució dels conflictes entre l'adolescent i els pares només pot ser el diàleg, una realitat que no es dona en la majoria dels casos. En canvi, davant de les situacions altament contràries als valors dels pares, l'opció escollida per la majoria d'ells és imposar el seu criteri. Segons el grau de respecte (o fins i tot de por) que l'adolescent té cap als pares, aquest canvia de conducta o no, però el conflicte no deixa d'existir amb el cessament de la conducta desaprovada.

Assistència sanitària

D'altra banda, pel que fa a la manera de tractar els problemes de salut que els nens puguin patir, sí que s'observen desacords⁵. Les fonts d'aquest article demostren que hi ha opinions diverses, segons l'experiència de cadascú.

Hi ha mares romaneses que prefereixen no anar al pediatre, excepte per a les visites rutinàries i de protocol (per exemple: les vacunes). Els principals arguments que utilitzen són: la falta de celeritat en la programació de visites i/o a l'hora d'atendre'ls a urgències; d'altra banda, aquestes mares manifesten desconfiança en les recomanacions del pediatre i es mostren preocupades per la política «general» de medicalitzar excessivament els nens. Segons aquestes entrevistades, «per a qualsevol cosa es recepten antibiòtics» (o algun altre fàrmac), i això provoca conflicte amb els costums romanesos, molt lligats a la medicina natural i als remeis tradicionals (infusions de plantes medicinals, xarops casolans amb propietats terapèutiques que s'han demostrat empíricament, friccions amb olis essencials, banys de vapor, tintures, productes d'apicultura... en definitiva qualsevol remei alternatiu amb eficàcia comprovada al llarg dels segles).

Per contra, algunes persones entrevistades van manifestar que estaven molt contentes amb les recomanacions del pediatre. No obstant això, cal subratllar que el motiu de la satisfacció és justament el criteri més naturista del professional, amb prescripció mínima de fàrmacs només en situacions d'absoluta necessitat (com el tractament de certes malal-

ties bacterianes), la no administració indiscriminada d'antitèrmics, etc.

Agraïment:

Voldria agrair a les famílies romaneses entrevistades i a les associacions romaneses de Catalunya amb les quals hem contactat (Associació de Mediadors Interculturals Romanesos QUORUM, Associació Romanesa de Arbúcies) la seva col·laboració per fer aquest treball. Gràcies a la seva aportació ha estat possible complementar la informació extreta de l'experiència professional de l'autora i ampliar territorialment l'estudi més enllà de la ciutat de Barcelona.

Notes

- 1 Es distingeixen d'altres gitanos romanesos per la manera de vestir, i perquè mantenen els costums ancestrals i preserven l'idioma romaní.
- 2 És important tenir en compte que la immigració romana és rica en diversitat, tant pel que fa a la provenença

geogràfica com al nivell sociocultural i fins i tot econòmic, i des del punt de vista ètnic i religiós.

- 3 Cal esmentar que la immigració romana es caracteritza per un alt perfil professional, tant en els homes com en les dones.
- 4 De les estadístiques de l'Ajuntament de Barcelona disponibles, resulta que el 2006 van néixer 55 nadons romanesos, però és possible que l'últim any hagi augmentat el nombre de nounats.
- 5 Gairebé tots els nens romanesos que viuen a Catalunya es beneficien de l'assistència sanitària pública. Els casos que no estan proveïts de targeta sanitària es donen bàsicament per la inestabilitat domiciliària. Una vegada que la família aconsegueix establir-se en un lloc i aconsegueix empadronar-se, el pas següent és obtenir la cobertura sanitària per als fills. La majoria obtenen la informació sobre els tràmits en la mateixa maternitat on ha nascut el fill, altres en ser atesos als serveis d'urgències, tot això gràcies a les mediadores que els faciliten la descripció explícita dels passos que cal seguir. De totes maneres, la falta de cobertura sanitària per als nens es dona només de manera transitòria.