

Aules d'acollida. Un recurs per a adolescents nouvinguts

Ramon Quilis

Sociòleg. Barcelona

Resum

Ens trobem en una societat que canvia. Tot esdevé nou per a qui deixa tot allò que l'envolta, malgrat que mai ho deixem tot, car sempre portem dins nostre allò que aprenem, allò que heretem o bé allò que necessitem per a integrar-nos. La capacitat d'integració tampoc està exempta de l'erosió que provoca tot canvi. Tant és així que l'adolescent també ho manifesta en les seves dimensions, que expressa amb la seva pròpia salut, física i mental.

Introducció

L'adolescent que ve a una aula d'acollida prové bàsicament de tres blocs majoritaris (Sud-oest asiàtic, Àfrica i Llatinoamèrica). Els handicaps més importants són la llunyania envers el seu lloc natal, la cultura i les diferències en l'entorn físic; és a dir, segons la teoria general de sistemes, en la que els països s'articulen per la població, per les condicions físiques i per la història. Els factors biològic i ecosistèmic hi jugaran un paper molt important, conjuntament amb la religió i la cultura.

En els països asiàtics, una de les raons per a justificar els creixements poblacionals és la seva base agrícola com a desenvolupament de la unitat familiar. Aquesta població, de majoria rural, es distribueix irregularment en funció de la seva capacitat adaptativa, medi físic i clima. Així, tenim Bangladesh, com a centre urbà superpoblat, i la Vall del Ganges que suporten una important massificació, però amb capacitat de proveïment divers de les grans extensions inundables i que toleren grans assentaments de població. El problema es troba en el perquè aquestes grans masses de població estan venint cap a occident.

La manca d'una organització racional de la tecnologia i, fins i tot, una existència escassa dels mitjans tecnològics no han donat a la població la seguretat d'un assentament que consolidi la seva identitat territorial, econòmica i social.

Sociologia d'una salut precària

En aquest cas parlem d'una població específica, provinent d'un medi físic concret i amb situacions socioambientals d'índole territorial ben definides. Hem d'atendre aquest col·lectiu amb una assistència mèdica ben acurada, per tot allò que ja sabem i per tot el que ens poden aportar quant a noves dades epidemiològiques, segons estudis poblacionals. Els moviments de població humana, així com els assentaments demogràfics nouvinguts, condicionen tant la pròpia salut com la salut dels individus autòctons, tant per l'especificitat biològica dels diferents agents microbians transmesos com de les vies de transmissió.

Així, aquests condicionants de salut estaran limitats per les diferents malalties "importades", les malalties del país d'acollida, els condicionants propis d'una possible vida marginal, la capacitat immunològica de cada individu, factors invasius que es desprenen de la precarietat econòmica i la manca d'educació sanitària, així com de les creences, hàbits, costums i tradicions arrelades en el col·lectiu, la religió i la cura de la pròpia salut. Són qüestions aquestes que condicionaran l'abordatge d'uns pacients amb una adolescència diferent a la dels nostres joves.

Quan parlem de la qualitat de la salut que és més freqüent en aquests joves i infants nouvinguts establirem tres categories distintives per a la seva avaluació: 1) Malalties infeccioses prevalents segons el país d'origen (Taula 1); 2) Malalties no infeccioses prevalents segons el país d'origen; 3) Malalties no diagnosticades.

Tota la seva realitat sanitària ens fa pensar que allò més freqüent és que l'emigrant adquireixi malalties del nostre propi país, però tanmateix aquesta tendència es determinarà per la zona de procedència i per la inclinació que cada organisme tingui assolit adquirir, i així ho manifesti la seva sensibilitat.

Quant a malalties no diagnosticades o no tractades prèviament, tenim:

- Malalties per carència: retard en el creixement, descompensació nutricional calorico-proteica, anèmies ferropèniques, etc.
- Malalties per absència de medicina preventiva: càries, malalties vaccíniques, afectacions sensorials, locomotrius, cardiopaties, etc.
- Malalties cròniques: respiratòries, nutricionals, immunològiques, diabetis, etc.
- Malalties mentals: tots aquells trastorns que puguin derivar de l'ansietat, la depressió, els desordres psicosomàtics, els trastorns psíquics per consum de tòxics, altres malalties derivades de psicosis, etc.

Correspondència: Ramon Quilis
c/ València, 469, 1er 1a
08013 Barcelona
Tel. 626 960 087
Adreça electrònica: vuelo7799@hotmail.com

TAULA 1. Distribució de les principals malalties infeccioses en nouvinguts

	Molt freqüents/freqüents	Menys freqüents
Àfrica	Tuberculosi, hepatitis, malalties de transmissió sexual, VIH, paràsits intestinals, filariosi, paludisme.	Meningitis meningocòccica, còlera, pesta, febres virals, hemorràgiques, lepra, esquistosomiasi, estromboloidiasi, cisticercosi, leishmaniosi i malaltia de la son.
Llatinoamèrica	Tuberculosi, hepatitis, cisticercosi.	Meningitis meningocòccica, còlera, febres virals hemorràgiques, lepra, malalties de transmissió sexual, VIH, paràsits intestinals, estromboloidiasi, paludisme, leishmaniosi i malaltia de Chagas.
Àsia	Tuberculosi i hepatitis.	Meningitis meningocòccica, còlera, pesta, febres virals hemorràgiques, lepra, malalties de transmissió sexual, VIH, paràsits intestinals, esquistosomiasi, estromboloidiasi, filariosi hemolinfàtica, paludisme, cisticercosi i leishmaniosi.
Europa de l'Est	Tuberculosi, hepatitis, malalties de transmissió sexual, cisticercosi i leishmaniosi.	

Qüestions de procediment

Al nen li valorarem l'estat de salut a partir de les seves manifestacions i, sobretot, a partir de la seva edat cronològica, dades sobre l'embaràs, antecedents perinatals, malalties o tractaments previs. Si no coneixem l'edat cronològica, s'establirà a partir de l'edat madurativa: edat òssia, dental i desenvolupament psicomotor, així com maduresa social. També avaluarem el desenvolupament psicomotor, l'estat de la dentició i l'agudesia visual i auditiva. Es considera que un infant nouvingut s'ha de sotmetre als exàmens de salut elementals i fonamentals.

Tindrem en compte que una vegada en el nostre país, als infants de menys de cinc anys se'ls ha de controlar:

- Contactes amb persones que han tingut tuberculosi confirmada.
- Contactes amb persones procedents d'institucions penitenciàries.
- Condicions de concentració residencial en l'habitatge.
- Nens amb traces radiològiques (o amb síndrome febril duradora).
- Nens amb VIH o amb convivents seropositius.

Conèixer les primeres atencions

És molt important tenir constància de l'estat de vacunació i assimilar-lo al nostre sistema sanitari, així com completar el calendari de vacunacions. Avaluarem el seu estat de salut, tot requerint anàlisis que detectin si és portador d'algun agent infecciós transmissible. Cal reavaluar el seu estat quan torni d'algun viatge fet al seu país.

Efectes psicosocials en l'adolescent nouvingut

Cap societat és ètnicament o culturalment homogènia. La recerca cultural i la presència del mestissatge, l'encreuament i l'alternança han donat pas a l'impuls per l'estudi de les diferències que, per una banda, poden distorsionar i que, per l'altra, poden enriquir.

El risc depèn de la forma com s'estructura la comunicació i els valors de cada grup diferenciat, tot establint una sèrie de categories ètniques, en les que tindrem necessitat d'establir perfils comunitaris, com són hindús,

pakistanesos o bangladeshis. Aquesta tendència ha produït una important trobada en el debat entre la psiquiatria intercultural i la sociologia ja que aspectes tan importants com l'habitatge, el treball, l'educació i els recursos socials i econòmics destinats als grups multiètnics tenen repercussió sobre l'organització familiar i grupal tot influïent en els infants i joves i en la seva salut mental.

Salut emocional

Les taxes de prevalença en els desordres mentals tenen un indicador principal que és la diferència derivada entre els factors de protecció i els riscos de l'adaptació, tot tenint en compte la influència de repercussió clínica que tenen alguns factors culturals. Entre aquests s'hi troben les tendències a l'obediència, el fet de "fomentar" i "compartir", com a valors de protecció i d'identitat ètnica, la tolerància, etc., i també l'excés de control, les pors i les preocupacions somatitzades, l'absència de control en els enfrontaments o la desobediència a la llar.

Així, observem que tant la manca com l'excés de control en la conducta poden portar com a resultat conductes amb resultat autolesiu (sobretot en noies asiàtiques vinculades a una forta moral que disciplinarà les seves vides d'una manera poc convincent, o bé, exposades a canvis radicals en el contacte amb altres cultures, tot manifestat com a expressió d'angoixa).

Hi ha infants amb desordres de conducta, per una banda, derivats de problemes emocionals i, per l'altra, vinculats als desordres de relació amb altres companys amb qui tenen relacions conflictives. Com a prevalença vinculada a un comportament conflictiu (no sempre) hi trobem: absentisme escolar, desordres familiars, conflictivitat social, adversitat en l'escolarització com a sistema d'integració i impulsivitat caracterial.

I és que, en primer lloc, quan volem establir l'abordatge dels conflictes per canvis o contactes amb altres cultures, hem de tenir en compte que cada cultura ha de ser entesa amb els seus propis paràmetres, contextos, valors, creences i objectius. En aquest sentit tenen tanta importància els hàbits de criança per part de la mare com les dificultats

en el desenvolupament psicosocial, tot mesurant tant les competències parentals com les habilitats socials del jove.

La incorporació a l'escola: el gran repte

El repte important que representa la incorporació a l'escola d'un altre país, entorn i cultura passa per la importància que té una resocialització, amb els seus avançats i les seves alteracions d'esquemes, qüestió tan important per al jove.

L'entrada a l'escola ve acompanyada d'una mena de "xoc emocional" i de concepció de l'entorn, representat per factors que potser no estiguin inscrits en la seva percepció de valors socials ni comunitaris. Per a una bona acollida es comença per un coneixement mínim de la seva cultura (llengua, hàbits, religió, normes i rituals).

Immediatament es procedirà a l'adaptació curricular, en funció del nivell assolit en la seva trajectòria escolar autòctona, tot tenint en compte que el centre ha de preveure les mesures necessàries per tal que l'alumnat pugui sentir-se ben acollit i percebre el respecte a la seva llengua i a la seva cultura. Aquesta adaptació a les diferències de llengua i cultura vindrà expressada per l'adaptació curricular individualitzada (ACI), tot proposant una modificació del currículum i explicitant les seves prioritats educatives. Si l'adaptació dels nois resultés precària atès el seu grau de disfuncionalitat, s'engegaria el procediment d'incorporació a una aula-taller o a una casa d'oficis amb l'objectiu d'incorporar els nois i noies al món del treball procurant garantir la seva autonomia. Aquests establiments realitzen cursos eminentment pràctics i cara a la inserció laboral i tenen una durada d'un o dos anys en funció de l'especialitat escollida pels nois i noies que hi hagin accedit. Les seves activitats versaran sobre la recuperació del medi ambient i la rehabilitació de l'entorn i d'espais públics, així com d'altres activitats i professions vinculades als espais naturals, hàbitat, restauració, rehabilitació, etc.

L'odissea de l'arribada

Una gran proporció d'alumnes arriben amb escolarització tardana (70 %); en aquest sentit, el 50 % arriben amb problemes d'escriptura.

Aproximadament el 40 % d'infants procedents dels països llatins venen sense els pares (a causa de divorci, separació o abandonament). Alguns (el 30 %, que procedeixen dels països asiàtics) venen amb famílies temporalment monoparentals a l'espera de la reagrupació familiar, mentre que la figura de la dona (mare) vindrà representada per una tia, una germana gran, una cosina o una altra dona del mateix país, que se'n farà càrrec.

A aquests adolescents se'ls aplica l'adaptació curricular (100 %) tot i que una proporció (11,4 %) ja es preveu que abandonaran els estudis abans d'acabar l'ESO.

Factors de vulnerabilitat en relació a la població descrita

Quant a la distribució d'adolescents que acudeixen a les aules d'acollida, queden repartits de la següent mane-

ra: Bangladesh (27 %), Pakistan (24 %), República Dominicana (15 %), Equador (14 %), Marroc (15 %) i Espanya (5 %). El total d'indostànics representa el 52 % dels alumnes d'acollida.

Malgrat aquesta proporció purament indicativa, també ens podem trobar que hem d'arribar a infants i adolescents amb un autèntic viatge pel món del trauma, atès que hem d'atendre casos que per la seva especificitat només poden ser detectats des de l'atenció primària pediàtrica i a través dels quals fer incidència en l'atenció especialitzada a famílies, com ara els casos de mutilació genital femenina (MFG) amb les implicacions legals, mèdiques, psicològiques i culturals que aquesta pràctica comporta. El facultatiu té l'obligació de comunicar qualsevol fet que pugui involucrar la mutilació, així com de comunicar i assabentar la família dels riscos que comporta.

També ens podem trobar amb nens "del carrer", nens provinents de famílies multiproblemàtiques, de famílies psicòtiques, de famílies amb hàbits perniciosos en la criança dels fills, nens provinents de famílies incestuoses, de famílies carencials, malaltes, o de les qui el noi se n'ha de fer càrrec, nens que han participat en guerres i d'altres que les han viscut com a víctimes, nens induïts (o no) a exercir violència contra altres, nens amb desordre de personalitat i altres amb resposta violenta, nens amb malalties de transmissió sexual-VIH, nens que provenen de tenir contacte amb xarxes extorsionadores organitzades, nens sense escrúpols per desordre conductual o amb conducta antisocial i carents de valors, nens amb problemes de desorganització psicosomàtica, nens provinents de catàstrofes naturals i resultants de desequilibris climàtics, nens atemorits i profundament traumatitzats, nens induïts o no a ser maltractadors, i així d'altres casos als que els ha quedat la seva vida per resoldre.

Conclusions

En definitiva, pensem que l'atenció al nen i a l'adolescent nouvingut és un repte tant per als serveis d'atenció primària com per als serveis socials, cadascun en el seu grau d'especialització. Hem de pensar que els serveis de pediatria en molts casos actuen com a reforç de famílies, oferint i creant pautes de suport en hàbits saludables de tots els membres vinculats a l'infant. I, sobretot, hem de tenir molt clar quan tenim a aquestes famílies al davant el concepte de racionalitat i convenciment lògic que la seva situació és viscuda des de circumstàncies que són molt complexes des de la nostra lògica quotidiana i que en això radica la seva diferència.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Sabouraud-Séguin A. Cómo superar un trauma psicológico. Madrid: Ed. Síntesis; 2003.
2. Herman J. Trauma y recuperación. Madrid: Ed. Espasa; 2004.
3. Serra C. Diversitat, racisme i violència. Vic: Ed. Eumo; 2006.
4. Freinet C. Per l'escola del poble. Vic: Ed. Eumo; 1990.
5. Zabala A. Enfocament globalitzador i pensament complex. Barcelona: Ed. Graó; 1999.
6. Pérez Cabaní ML, Carretero MR, Juandó J. Afectos, relaciones y emociones en la escuela. Barcelona: Ed. Graó; 2001.