

Oriana Carla Barichello

Enfermería pediátrica comunitaria: Atlas en el crecimiento y desarrollo infantil.

Análisis del trabajo de la enfermera pediátrica y evaluación del
protocolo actual en niños inmigrantes

Trabajo de Final de Grado
Dirigido por Lina Cristina Casadó Marín

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

Tarragona 2016

Índice

Índice	2
1. Introducción	4
2. Marco teórico	5
2.1. Modelo de cuidados de Virginia Henderson	5
2.2. Lenguajes estandarizados: NANDA, NOC y NIC	7
2.3. Datos demográficos	9
2.4. Articulación entre Enfermería y Antropología	11
2.5. Enfermería y antropología: Madeleine Leininger	14
2.5.1. Enfermería transcultural	16
2.6. Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en edad pediátrica.....	17
2.7. Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en edad pediátrica: atención al niño inmigrante.	25
2.7.1. Propuestas de Mejora I: Población objeto.....	26
2.7.2. Propuestas de Mejora II: PAE- Proceso de Atención Enfermera	27
3. Objetivos	28
3.1. Objetivo general	29
3.2. Objetivos Específicos.....	29
4. Hipótesis	29
5. Metodología	30

5.1. Limitaciones	32
6. Plan de trabajo.....	34
7. Resultados	36
8. Conclusiones	39
9. Bibliografía	40
Anexos.....	43
Anexo 1 - Entrevista a las familias- Elaboración de un PAE	44
Anexo 2- Consentimiento informado	45
Anexo 3- Entrevistas transcritas	46
Enfermera del CAP de Bonavista	46
Enfermera del CAP La Granja. Torreforta- Campoclaro.	53
Anexo 4- Carta de presentación del artículo	58
Anexo 5 – Normas de publicación del articulo.....	59

1. Introducción

El trabajo de todos y cada uno de los profesionales de la salud es sumamente importante para las personas: para un correcto desarrollo, para mantener la salud o recuperarla, etc. A lo largo del ciclo vital, y en base a las necesidades, los profesionales a los que se recurren van cambiando. La enfermera se encuentra presente a lo largo de toda la vida de las personas.

Concretamente, la enfermera pediátrica, sobretodo en el ámbito comunitario, es la que inicia el contacto con el niño, y este influirá en su crecimiento físico y personal, así como el de sus padres. Por esto considero de suma importancia saber en qué consiste el trabajo que lleva a cabo la enfermera pediátrica en el ámbito comunitario, y darlo a conocer.

Debido a los movimientos migratorios cada vez más frecuentes en una sociedad totalmente globalizada, nos encontramos en consulta con muchos niños inmigrantes de procedencias variadas, y esto afecta y modifica la actuación de la enfermera. El porcentaje de inmigración en la ciudad de Tarragona es de 18,6% (1). Este dato hace imperativa la necesidad de evaluar la atención que se les ofrece, y establecer si los cuidados son culturalmente competentes y adaptados a las necesidades de los niños inmigrantes y sus familias.

A través de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Tarragona he podido observar como la mayor parte de la población inmigrante se concentra en los barrios de la periferia de Tarragona, siendo en estos el porcentaje de inmigración de un 24,2%, en Tarragona centro la población inmigrante representa el 16,6%(1). Por esto

pretendo centrar mis entrevistas en la comparativa de la práctica enfermera entre la ciudad y los barrios. Estos datos han hecho que me cuestione si en la práctica asistencial de la enfermera pediátrica comunitaria y en el programa del “*Nen sa*” como marco que regula la atención en Catalunya, se contempla el concepto de “cultura”, “culturas” o “cuidados culturalmente competentes”.

La temática de mi trabajo me ha llevado a plantearme varias preguntas de investigación, todas estrechamente relacionadas entre ellas y que me ayudarán a conocer mejor el estado actual de la enfermería pediátrica comunitaria con respecto a los avances sociológicos y migratorios.

- ¿En qué consisten el seguimiento y los cuidados que lleva a cabo la enfermera pediátrica en la comunidad?
- Dichos cuidados y seguimientos, ¿son culturalmente competentes?
- ¿Están adaptados a las necesidades de la población actual? Tanto para la población autóctona como para la inmigrante.

2. Marco teórico

A lo largo de este trabajo hablaré de la práctica enfermera en atención primaria, los modelos de cuidados, datos epidemiológicos, pero también de antropología y de la estrecha relación con la enfermería, creciente como consecuencia de los flujos migratorios. Mi intención es profundizar en estos conocimientos ya que creo que se pueden combinar en la práctica clínica para mejorar el protocolo actual, teniendo en cuenta la vertiente cultural de los niños y sus familias.

2.1. Modelo de cuidados de Virginia Henderson

Existen muchos modelos de enfermería en los que podríamos basar la práctica clínica, sin embargo, en nuestro país el más usado es el postulado por Virginia Henderson.

Antes de hablar de él, considero necesario conocer un poco la vida de esta enfermera.

Originaria de los Estados Unidos de América, nació en Kansas en 1897. A raíz de la Primera Guerra Mundial desarrolla su interés por ayudar a los demás, lo que la lleva en 1918, con 21 años, a empezar la carrera en la Escuela de Enfermería del Ejército. Se interesó por la docencia e investigación. (2)

En 1955 sugiere que la enfermería es una disciplina separada de la medicina cuya función principal es ayudar. Ella la redefine de la siguiente forma: *“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”*. (3)

Es en esta época que la enfermería pasa a ser una ciencia, pero para ello fue necesario organizar la actuación a través del método científico, el cual nos proporciona una forma sistematizada de abordar la situación de cuidados, es decir, fue necesaria la implementación del Proceso Enfermero, PE, para gestionar y administrar la práctica diaria. (3)

El PE, método científico aplicado a los cuidados, es totalmente compatible con el modelo de cuidados que postula Henderson, lo cual es esencial para que este pueda ser aplicado en la práctica clínica. Además, podemos integrar los lenguajes estandarizados: NANDA, NOC y NIC. (3)

Se puede clasificar este modelo dentro de la enfermería humanística. La enfermera ejerce un papel de suplencia o ayuda, de realización, que la persona no

puede hacer por sí misma en un determinado momento de su vida. Considera a la persona el centro de un sistema, en el cual tiene un papel activo en su proceso de salud-enfermedad; si el paciente no es consciente de esto, acepta y participa, se desaprovecharán los esfuerzos. (3)

La enfermera asiste al individuo contribuyendo a su salud o recuperación cuando le ayuda a mantener satisfechas una serie de necesidades, las 14 necesidades establecidas por Maslow. (3)

Este modelo, plantea además un rol independiente para la enfermera, que ella inicia y controla, pero también establece que el trabajo de la enfermera no es individual, sino que esta debe formar parte de un equipo sanitario, de esta forma, a través de un trabajo grupal, pueda satisfacer las necesidades alteradas del paciente. (3)

Creo que este punto concreto es muy importante, ya que la atención primaria es individualizada para cada paciente pero debe ser llevada a cabo por el conjunto de los profesionales que la forman para que sea beneficiosa para el paciente. Cada profesional tiene su rol bien definido, y cuando la enfermera asume un rol que no es el suyo, su trabajo deja de ser eficaz, por ello es de suma importancia la voluntad de querer, saber y aprender a trabajar en equipo.

2.2. Lenguajes estandarizados: NANDA, NOC y NIC

La enfermería es una ciencia cambiante que ha ido evolucionando a lo largo de su historia, pero es a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando sufre los cambios más drásticos. (4)

Enfermería hace juicios clínicos paralelos a los médicos, lo cual implica también llevar a cabo actividades relacionadas con ellos; esto aumenta la calidad de la asistencia sanitaria que ofrecemos. Por ello surge la necesidad de dar nombre a estas

actividades y a los juicios, es decir, es imperativa la creación de una clasificación que facilite su puesta en marcha de forma homogénea y estandarizada. (4)

En 1973, Kristine Gebbie, especialista en enfermería cardiológica y Mary Ann Lavin, especialista en enfermería de salud mental y psiquiátrica, organizaron la Primera Conferencia Nacional sobre la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, en EEUU. Esta conferencia tenía dos objetivos principales: (4)

- a. El abordaje informatizado de las historias clínicas en hospitales universitarios y la utilidad de la enfermera dentro de los cuidados ambulatorios. (4)
- b. Identificar y clasificar las situaciones que hubiesen sido diagnosticadas y tratadas por enfermeros. (4)

Esta primera conferencia es el inicio de los diagnósticos NANDA que usamos hoy en día. Desde entonces, el grupo que formó el primer encuentro estableció reunirse cada dos años para estudiar y establecer nuevos diagnósticos. (4) En 1982 la organización de la NANDA, que por aquel entonces era la Asociación de Diagnósticos Enfermeros de Norte América (North American Nursing Diagnosis Association), se incorpora formalmente al proyecto. En 2002 NANDA deja de ser un acrónimo para convertirse en NANDA International, marca registrada y representativa de la empresa internacional que se encarga de desarrollar, refinar y difundir los diagnósticos enfermeros para su uso. (5)

Hoy en día, los diagnósticos enfermeros son de suma importancia en la práctica clínica, ya que nos proporcionan una forma coherente de representar el juicio clínico de los profesionales de enfermería que a su vez nos garantizan la seguridad del paciente a través de la atención basada en la evidencia y gestionar de forma adecuada los cuidados. (5)

Los diagnósticos enfermeros y la taxonomía NOC, clasificación de los resultados enfermeros (Nursing Outcome Classification) y NIC, clasificación de las intervenciones enfermeras (Nursing Intervention Classification) representan la relación entre el problema detectado, ya sea real o potencial, y los aspectos del mismo que se esperan solucionar mediante una o varias intervenciones. (6)

Todos estos aspectos, en su conjunto, forman el PAE, Programa de Atención Enfermero que pretende brindar cuidados personalizados, estandarizados y sistematizados gracias a la taxonomía enfermera. (6)

2.3. Datos demográficos

Mi trabajo, al igual que la profesión enfermera, tiene un componente antropológico, ya que no sólo quiero centrarme en cómo desarrolla la enfermera su trabajo en la comunidad a través del protocolo pediátrico, sino que también me centro en un punto concreto de este protocolo: atención al niño inmigrante. Pero, ¿Por qué este interés en la población inmigrante?

Pues bien, yo vivo en un pueblo a las afueras de Tarragona, justo alado de todos los barrios periféricos que forman parte de la ciudad. Esta zona tiene una gran diversidad de población. El porcentaje de inmigración en Tarragona, en la ciudad y los barrios: Campoclaro, Torreforta, Bonavista, Sant Salvador y Sant Pere i Sant Pau, es del 18,6%, y únicamente en los barrios de la periferia tarraconina, CampoClaro, Torreforta y Bonavista, la inmigración representa el 24,2% de la población. (1)

Estas cifras hacen imperativa la necesidad de conocer la situación de los barrios y qué puede y qué hace la enfermera por ellos, ya que si no los tuviésemos en cuenta, estaríamos desatendiendo a una cuarta parte de la población de los barrios y a una quinta parte de la de Tarragona. (1)

A través de los datos demográficos que proporciona el ayuntamiento de Tarragona he podido calcular cuáles son las nacionalidades de origen de la población inmigrante que más predominan. Puesto que los porcentajes varían de los barrios (Bonavista, Campoclaro y Torreforta) a Tarragona ciudad, he desglosado los datos, ya que me interesaba saber si habría alguna diferencia a nivel asistencial en la ciudad, con un porcentaje menor de inmigrantes, respecto a la periferia tarraconina, con un porcentaje mayor de inmigración.

		Nacionalidades más prevalentes	Porcentajes
Tarragona Ciudad		Rumanía	2,7%
		Marruecos	2,4%
		China	0,91%
Tarragona+Barrios		Marruecos	5,3%
		Rumanía	2%
		China	0,67%
Barrios	Bonavista	Marruecos	11%
		Rumanía	2%
		Colombia	1,4%
	Campoclaro	Marruecos	13,4%
		Nigeria	1,7%
		Bulgaria	1,1%
	Torreforta	Marruecos	14,9%
		Nigeria	2,1%
		Ghana	1,3%

Tabla 1. Datos calculados a partir de información extraída del ayuntamiento de Tarragona (1)

	Nacionalidades más prevalentes	Porcentajes
--	--------------------------------	-------------

Barrios	Marruecos	13,4%
	Nigeria	1,4%
	Ghana	0,58%

Tabla 2. Datos calculados a partir de información extraída del ayuntamiento de Tarragona (1)

Los grupos contabilizadas por el ayuntamiento son los siguientes: Marruecos, Italia, Colombia, Rumanía, China, Nigeria, Ghana, Bulgaria, Francia y Alemania. (1)

Estos porcentajes representan a los inmigrantes, pero no conseguí averiguar si a los hijos de inmigrantes nacidos en España y con nacionalidad española también. Yo considero dentro de la definición de inmigrantes a los niños hijos de inmigrantes nacidos en España, nacionalizados en nuestro país o no, ya que comparten los rasgos culturales de sus padres, mayormente.

Así pues, es necesario que las enfermeras incluyan variables culturales en los cuidados ya que si no lo hacen, estos pueden llegar a ser inefectivos e incluso dañinos.

2.4. Articulación entre Enfermería y Antropología

La enfermería es una ciencia holística de gran contenido cultural.(7) La antropología es la ciencia que estudia los aspectos físicos y las manifestaciones sociales y culturales de las comunidades humanas. La dimensión de cultura en la salud y la enfermedad empezó a tenerse en cuenta en la década de los 40, gracias a las enfermeras que participaron en la Segunda Guerra Mundial, (7) sin embargo, el concepto de cultura, y por tanto la introducción de la antropología en enfermería se empieza a usar en los años 60, y nuestra profesión es la primera en hacerlo dentro del campo de las ciencias de la salud. (8) Fue a finales de esta década cuando se introduce en la enfermería la etnografía (7).

Hubo dos autoras que determinaron la relación entre la enfermería y la antropología:

- a- Una de ellas fue Collière, que pretendía humanizar la ciencia enfermera a través de la inclusión de variaciones antropológicas como el sexo, la edad y la adscripción cultural. Fue una de las autoras que propuso el uso de la antropología para analizar situaciones de cuidados y aplicarlas en la práctica.
- b- Otra impulsora de esta relación enfermería-antropología, y la que afianzó dicha relación fue Madeleine Leininger, creadora de la Enfermería Transcultural, disciplina y autora de las que hablaré posteriormente. (7)

Pero, ¿Qué es cultura? ¿Cómo la definiríamos? Pues bien, si vamos a internet e introducimos en el buscador la palabra *cultura*, encontraremos muchas definiciones, y actualmente sabemos que existen entre 150-200 “diferentes” (8). De todas ellas, voy a hablar de la que propone Madeleine Leininger, una de las pioneras en relacionar la práctica enfermera con la vertiente cultural del paciente, y de la que hablaré más adelante, dice así: “la cultura se refiere a las creencias, los valores, símbolos, estilos de vida de una cultura particular y que son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación a generación como normas de comportamientos en la vida” (9)

Por tanto, podemos afirmar que la salud y los cuidados son universales, pero las formas de llevarlos a cabo se definen de forma diferente según las culturas (10). El cambio demográfico, social, cultural y económico que nuestro país ha sufrido en los últimos años nos obliga a buscar un modelo de cuidados adaptado a la sociedad y más acorde con sus necesidades.

La inmigración de magrebíes y del África subsahariana es la predominante en España, lo cual es muy significativo, ya que la mayor parte de esta gente es joven,

laboralmente activa y tienen una tasa de fecundidad elevada con respecto a la nuestra, (10) y esto nos beneficia, pero, ¿Qué sabemos de su cultura? Respondiendo a esta pregunta de forma personal, puedo decir que poco.

La experiencia en los centros comunitarios, me ha mostrado que no soy la única que parte del desconocimiento, pero el mayor problema, desde mi punto de vista, es la falta de curiosidad. He podido ver como enfermeras hacen su trabajo, observan ciertos comportamientos propios de otras culturas, de forma repetida, y desconocen en qué se basan y tampoco se interesan por ellos.

Francia tiene una gran parte de su población de origen magrebí y árabe, no necesariamente por los movimiento migratorios actuales, si no que se remonta a la época de las colonias francesas en África. Esta población son franceses desde hace 3 generaciones o más, y sin embargo conservan su cultura de origen.

Pues bien, me encontré con una enfermera allí, en un servicio de maternidad, especialista en diabetes gestacional, que llevó a cabo una investigación a nivel personal, es decir, que no plasmó los resultados en un trabajo, si no que los usó para mejorar directamente la práctica diaria, sobre los “rituales” o tradiciones alimentarias que llevan a cabo en el postparto las mujeres de origen magrebí y árabes.

Aprendió que estas mujeres comen una serie de platos antes, y después del parto, sumamente calóricos, lo cual no ayudaba a mantener las glucemias normales, y alteraba los resultados de las glicemias de control. También aprendió que la dieta de los magrebíes, en general es muy calórica por su gran abundancia de carbohidratos, pero sobretudo de azúcares, contenidos por ejemplo en lo dátiles, que se recomienda comer a las madres tanto como beber agua, y esto no es beneficioso ya que tienen un gran contenido de glúcidos.

En base a estos conocimientos, elaboró un taller para formar a las madres que hubiesen desarrollado diabetes gestacional, en el cual incluyó educación sobre estos platos árabes. En el taller lo único que prohíbe a las madres, o desaconseja con

mucho ahínco, son los refrescos (Coca-Cola, etc.), pero en ningún momento recomienda que dejen de comer nada que por tradición suelen, porque ella sabe que si lo hace, ninguna mamá le haría caso y dejarían de acudir a los talleres, por ello les explica qué cantidad de carbohidratos deben consumir diariamente, en base a sus necesidades, les explica de deben reducir las grasas y les da ejemplos de raciones adecuadas de comidas típicas, como los dátiles o el cucús.

Así mismo, les pide que antes de comer estos platos en el post-parto, les permita a ella hacer las glicemias, para que los resultados no se vean alterados, y les recuerda que pueden comer lo que quieran, pero en cantidades moderadas y adecuadas para recuperar el buen funcionamiento de su páncreas.

Debido a la llegada de inmigrantes refugiados, que no conocen el idioma, y que muchas veces, no saben ni leer ni escribir en su propia lengua, elaboró el mismo taller en diversos idiomas y basado en símbolos universales, para poder formarlas sin necesidad de usar palabras.

Ella me contaba que esto tuvo unos resultados muy positivos, y que gracias al boca a boca, el número de madres por sesión fue en aumento. También me comentaba que no solo consiguió que estas mujeres controlaran la diabetes gestacional, sino que también ha supuesto un cambio en los hábitos alimenticios de muchas familias.

Este es un ejemplo que desgraciadamente, en mi entorno, no he visto, y que resultaría sumamente beneficioso para los pacientes y enriquecedor a muchos niveles para los profesionales. En ese momento, percibí que no veía a esas mujeres como inmigrantes que debían adaptarse al nuevo país a fuerza de cambiar, si no como pacientes que se encuentran en un nuevo entorno y que necesitan ayuda.

2.5. Enfermería y antropología: Madeleine Leininger

Madeleine Leiniger nació el 13 de julio de 1925 en Sutton, Nebraska, EEUU. Enfermera y fundadora de la Enfermería Transcultural. En 1948 inicia sus estudios en St. Anthony's School of Nursing. En 1960 escribió uno de sus primeros textos, en colaboración con C. Hofling: "Basic Psychiatric Nursing Concepts". Entre 1950-1960 señaló que había áreas científico-teóricas comunes entre la antropología y la enfermería. (10)

Formuló diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina que fundó: Enfermería transcultural. En 1965, obtuvo un doctorado en antropología por la Universidad de Washington. (10)

Definió la enfermería transcultural como: "el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte" (10)

En 1970 publica su primer libro sobre enfermería transcultural: "Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend", que sentó definitivamente las bases a partir de las cuales se desarrollaría este campo de conocimientos (10). Los principales conceptos quedaron definidos con su libro titulado: "Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice", en 1978 (10).

Fallece el 10 de agosto de 2012, a los 87 años. Tras todo este tiempo no solo creó un nuevo campo en nuestra profesión, si no que abrió unidades psiquiátricas, diseñó planes de estudios de enfermería, inició el primer programa de especialidad clínica en enfermería psiquiátrica infantil del mundo, también inició y dirigió el primer programa de enfermería especializada en psiquiatría, trabajó como directora del primer programa científico de enfermería de los EEUU, fue decana, profesora y conferencista en antropología, fundó la "Research Facilitation Office", el comité "Committee on Nursing and Anthropology", en coordinación con la Anthropological Association, etc. (10)

A continuación hablaré de la nueva área de la enfermería que creó y del un modelo, también obra suya.

2.5.1. Enfermería transcultural

Las prácticas tradicionales, las creencias, la cultura, etc., chocan con el modelo biomédico actual (7), lo cual implica un problema ya que son parte importante de la identidad de las personas, y deben ser reconocidas y respetadas (8). Así mismo, la percepción de salud-enfermedad podrían considerarse aspectos de los modelos culturales (7).

El cuidar es un rasgo único que diferencia a la profesión enfermera (9). La sociedad actual se mueve mucho, y esperan ser cuidados allí donde vayan, con toda la carga cultural que eso implica. Unos cuidados culturalmente adecuados generan progreso en el paciente y el profesional, (9) pero, ¿Cómo?, ¿En qué nos basamos? Entre las décadas de los 50-60, Madeleine Leininger desarrolla un área de estudio que permitía abordar estas cuestiones: La Enfermería Transcultural, ETC. (10)

Leininger define la “teoría” como una forma sistemática y creativa de obtener conocimientos, y añade que debe tener en cuenta el vertiente cultural del sujeto y su entorno (10), y esto le llevará a proporcionar cuidados culturalmente competentes.

La enfermería transcultural es el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a la enfermedad o a la muerte. (9, 10)

Define, pues, cuidados culturales de la siguiente forma: “*valores, creencias y modelos de estilos de vida tradicionales o indígenas, y profesionales, aprendidos y*

transmitidos que se utilizan para asistir, facilitar o permitir a otro individuo o grupo mantener su bienestar y/o salud o a mejorar una condición o estilo de vida humano.”

(7)

Leininger afirma que para dar cuidados con un fondo cultural distinto al propio es imperativa la existencia de una comunicación intercultural eficaz (10); creo que debemos tener claro un aspecto muy importante de su teoría, y es que no se puede llegar a un nivel de respeto sin conocimiento (10), y para esto es necesario llevar a cabo investigaciones, de forma creativas y adaptadas a otras formas de vivir (9).

Y, ¿cómo es posible llevar a cabo estos estudios, la investigación necesaria para aprender sobre otras culturas? Desde la antropología se extrae el método etnográfico cualitativo (10), y este aplicado a la enfermería se convierte en Etnoenfermería, definida por Leininger así: *“área que se centra en el estudio y la clasificación de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones émiclocales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones, y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.”* (10)

Si aplicamos cuidados culturalmente competentes basados en investigaciones siguiendo el método de la etnoenfermería obtendremos cuidados fundados y basados en las personas, ya que estos datos se obtendrían de los mismos informantes. (10)

Creo que esta área de trabajo es muy importante hoy en día en la enfermería, ya que no podemos pretender que los cuidados válidos para una cultura lo sean para todas, si no hablaríamos de etnocentrismo.

2.6. Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en edad pediátrica.

A raíz de los cambios en la sociedad: aumento de la natalidad y del crecimiento de la población inmigrante, se creó en 2008 el protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en edad pediátrica que pretendía dar respuesta a estos cambios. Este nuevo enfoque buscaba adaptar la calidad de los servicios que se ofrecen a las necesidades de la población actual.

A lo largo de 15 años, a través de la evidencia científica y de la experiencia de los profesionales se han ido elaborando estas recomendaciones que además combinan las actividades preventivas con las promotoras de la salud. (11)

La implementación del protocolo ha supuesto la implicación del paciente, tanto niños como padres, en la gestión de sus propios procesos de salud y enfermedad. Esto es un gran avance porque hace a los pacientes responsables de su propia salud y más conscientes de aquello que necesitan para estar sanos, así mismo, personaliza e individualiza los cuidados. (11)

Uno de mis objetivos es conocer el trabajo que lleva a cabo la enfermera en las consultas de pediatría. A continuación, expongo el protocolo que actualmente se está utilizando en consulta: “El protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en edad pediátrica”. (11)

Desde el nacimiento y hasta la adolescencia, 14 años, hay doce visitas programadas con la enfermera para llevar a cabo un control de la criatura y poner en marcha un programa de educación para la salud tanto de los padres como de los niños. Así mismo, durante estas visitas, también se realizan actividades de prevención de enfermedades y riesgos. (11)

A continuación, se expone el protocolo anteriormente mencionado, en el que se recoge y ordena las visitas según la edad del niño, todas las actividades que lleva a cabo la enfermera.

Las visitas programadas con la enfermera son más frecuentes que con el pediatra, y siempre que se puede, para facilitar el proceso a la madre, cuando el niño tiene que ser visto por ambos profesionales, se intentan coordinar ambas.

Primera visita. 0/30 días

Se lleva a cabo durante los primeros días de vida del recién nacido. Se pesa al niño y se le mide la talla y el perímetro craneal (PC). Además se le hace un seguimiento visual y una valoración sensorial. (11)

Alimentación	Desde su nacimiento y durante los primeros seis meses de vida, se recomienda que el niño tome leche materna exclusivamente; en caso de lactancia artificial, deberá tomar exclusivamente durante el mismo período leche adaptada de inicio 1. Puede tener un chupete pero no debemos darle con él azúcar. (12)
Consejos y recomendaciones	Hacerlos dormir boca arriba. Utilizar crema solar en caso de que sea necesario. Higiene: es importante que después de cada baño se seque bien la piel del niño, a toques, sobre todo por los pliegues. Verificar una correcta cura y evolución del cordón umbilical. (12)

Segunda visita- 2 meses

El niño se pesa, se le mide la talla y se le mide el perímetro craneal. (11)

Vacunación	Se le administran las primeras vacunas: primera dosis de la Hexavalente (Difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, enfermedad por <i>HaemophilusInfluenzae b</i> y Hepatitis B), y primera dosis de la Anti-menincoccica C conjugada. (13)
------------	--

Consejos y recomendaciones

No abrigarlos en exceso y hacer paseos diarios. (11)

Tercera visita- 4 meses

El niño se pesa. Se evalúa el desarrollo psicomotor con ayuda de la *Taula de Llevant*, exploramos 4 áreas: sociabilidad, lenguaje, manipulación y postural. (11)

Alimentación

Se continúa con la lactancia materna o artificial exclusiva, pero se pueden introducir algunos zumos de frutas, naturales y sin azúcares añadidos. (12)

Vacunación

Administración de la segunda dosis de la vacuna Hexavalente. (13)

Cuarta visita- 6 meses

El niño se pesa, se le mide la talla y el perímetro craneal. (11)

Alimentación

Se empieza la introducción de otros alimentos: purés finos (cebolla, judías, zanahorias, patatas, calabaza y calabrazín), aceite de oliva crudo, zumos de frutas y compotas naturales, todo triturad, harinas sin gluten de cereal único (arroz, maíz). (12) El niño podrá seguir tomando leche materna, pero no en exclusividad. El niño con lactancia artificial, tendrá que pasar a tomar la leche de continuación 2 desde los seis meses y hasta el año, pero al igual que pasa en la lactancia materna, no de forma exclusiva.

Vacunación

Administración de la tercera y última dosis de la Hexavalente y de la segunda dosis de la Antimenincococcica C conjugada.

Quinta visita- 7-9 meses

El niño se pesa. (11)

Alimentación	A partir de los siete meses podemos introducir carnes magras: pollo pavo, conejo, ternera y cerdo y las harinas con gluten. A partir de los ocho meses introducimos sémolas de arroz o pasta y el pan, galletas (bajas en grasas y azúcares) y fruta troceada. A los nueve meses podemos introducir purés más espesos y pescado blanco. A partir de los diez meses introducimos: yogurt natural, queso fresco, mató, pasta fina, arroz, tomate cocido sin piel ni semillas, yema de huevo cocida y purés finos pasados por el pasapurés. (13)
--------------	---

Consejos y recomendaciones	Los niños no duermen solos, que a partir de este momento se lo empiecen a plantar. (11)
----------------------------	---

Sexta visita- 12/15 meses

El niño se pesa, se le mide la talla y se le mide el perímetro craneal. Se evalúa el desarrollo psicomotor con ayuda de la *Taula de Llevant*, exploramos 4 áreas: sociabilidad, lenguaje, manipulación y postural. (11)

Alimentación	A partir de los doce meses podrá empezar a tomar: leche entera, queso semi-curado, seco y fundido, fruta seca triturada o a pedacitos, verdura cruda troceada; en cuanto a las carnes,
--------------	--

podrán introducirse las siguientes: carne de caballo, de cordero, de potro, jamón curado y jamón cocido. También podrá empezar a tomar el huevo entero cocido, legumbres bien cocidas, enteras o aplastadas, aceite de oliva cocido. Hay otros alimentos, considerados innecesarios desde el punto de vista nutricional que también podrá introducir a partir de los doce meses: azúcar, miel, mermelada, sal, hierbas aromáticas, flams, cremas, petitsuisse, etc.

Vacunación A los doce meses se administra la primera dosis de la vacuna contra la Hepatitis A. A los quince meses, se administra la tercera y última dosis de la Antimeninococcica C conjugada, y la primera dosis de la triple vírica (sarampeón, rubeola y paperas) (13)

Consejos y recomendaciones Desde el año de edad se debe empezar a establecer una serie de normas y rituales para las actividades de la vida diaria, de esta manera se establecen límites y se adquiere organización que beneficia a padres y niños. (11)

Séptima visita- 18 meses

El niño se pesa. (11)

Alimentación A partir de los dieciocho meses podemos introducir: los frutos rojos y exóticos, la verdura flatulenta (col, alcachofa, espárragos) y el pescado azul. En cuantos a los alimentos innecesarios desde el punto de vista nutricional, encontramos el cacao y el chocolate. (12) no debemos forzar al niño a comer. (11)

Vacunación Se le administra una dosis de la vacuna llamada Pentavalente:

tos ferina, tétanos, difteria, poliomielitis y enfermedad por Haemophilus influenzae b.

Consejos y recomendaciones	El baño puede ser diario, pero no todos los días con jabón (día de por medio), es recomendable establecer como rutina el lavado de manos al llegar a casa y antes de comer. Deben establecerse límites y evitar las confrontaciones. (11)
----------------------------	---

Octava visita- 24 meses

Pesaremos y se mide la talla al niño, a partir de los dos años dejamos de controlar el PC. Se evalúa el desarrollo psicomotor con ayuda de la *Taula de Llevant* (11)

Alimentación	Se pueden introducir: los cereales del desayuno y cereales integrales, a ser posibles bajos en azúcares procesados; también el marisco, como las gambas, los calamares y los moluscos. En los alimentos innecesarios desde el punto de vista nutricional encontramos los embutidos y la charcutería. (12)
--------------	---

Consejos y recomendaciones	Se recomienda que coma en familia. No debe picar entre horas ni comer dulces. A esta edad se puede empezar a retirar el chupete y los pañales, si aun no se ha hecho. A partir de los dos años puede empezar a ir en triciclo o bicicleta. (11)
----------------------------	---

Novena visita- 3/4 años

Pesamos y medimos la talla al niño, también empezamos a medir su índice de masa corporal (IMC), que relaciona su altura y su peso. Se valora su agudeza visual. Se hace una anamnesis otorrinolaringológica. (11)

Alimentación	Puede empezar a tomar frutos secos enteros. (12)
Vacunación	Administración de la segunda dosis de la triple vírica. (13)

Consejos y recomendaciones	Entre los dos-tres años introducimos el cepillado de dientes. A partir de los tres años aparecen los miedos nocturnos y las pesadillas. (11)
----------------------------	--

Décima visita- 6 años

El niño se pesa, se le mide la talla y se calcula su IMC. Se le hace una anamnesis: incontinencia y enuresis. Se valora su agudeza visual y la visión cromática. Se hace una anamnesis otorrinolaringológica. (11)

Vacunación	Administración de la dTpa (difteria, tétanos y tos ferina) y de la segunda dosis de la vacuna contra la hepatitis A. (13)
Consejos y recomendaciones	Se recomienda que la criatura mantenga una dieta equilibrada de cinco comidas diarias y baja en grasas. (11)

Onceava visita- 8 años

El niño se pesa, se le mide la talla y se calcula su IMC. Se le mide la tensión arterial (TA) para detectar precozmente una posible HTA. Se controla su agudeza visual. (11)

Consejos	Debemos fomentar una dieta equilibrada y una actividad física regular. (11)
----------	---

Doceava visita- 12/14 años

El niño se pesa, se le mide la talla y se calcula su IMC. Se hace un control de la TA. (11)

Vacunación	Entre los 11-12 años se administra: la tercera y última dosis de la Antimeningococcica C conjugada, y la tercera y última dosis de la Hepatitis A. Aquellos niños que no han pasado la varicela, son
------------	--

vacunados. A la niñas se las vacuna contra el virus del papiloma humano, esta vacuna consta de tres dosis que se administrarán a lo largo del curso escolar, en sexto de primaria. Finalmente, a los 14 años se administra la última vacuna del calendario pediátrico, la difteria y el tétanos. (13)

El resto de vacunas que se administraran será en la edad adulta, como recuerdos de las vacunaciones en edad pediátrica. (13)

Consejos y recomendaciones Es importante mantener una actividad física regular, así como una dieta variada y equilibrada. En esta edad podemos empezar a hablar de sexualidad, anticoncepción y menarquía. (11)

2.7. Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en edad pediátrica: atención al niño inmigrante.

Dentro del protocolo pediátrico, también encontramos una serie de recomendaciones a seguir en caso de que llegase a la consulta un niño inmigrante por primera vez. Al hacer una lectura analítica del mismo, se puede observar que va dirigido en su mayoría al pediatra, y que los aspectos médicos: vacunación, exámenes complementarios, exploraciones, etc., están muy bien detallados y sistematizados, pero si nos centramos en la parte más psicosocial y sociocultural, es decir, si nos centramos en el niño y su estado emocional con respecto al nuevo entorno y a los cambios, trabajo que puede ser llevado a cabo tanto por el pediatra como por la enfermera, podremos observar que el protocolo actual es insuficiente.

Estos son los puntos principales de los que habla el protocolo:

- La población objeto

- Anamnesis
- Exámenes complementarios: análisis de sangre, cribado de enfermedades infecciosas, prueba de la tuberculosis, TBC.
- Tratamiento de la infección tuberculosa latente
- Vacunación
- Salud mental: duelo migratorio
- Prevención de enfermedades carenciales
- Educación sanitaria: hábitos alimentarios, seguridad y prevención de lesiones.
- Profilaxis de la mutilación genital femenina
- Salud mental: malos tratos, violencia de género
- Atención al niño que viaja a un país de renta baja* (PRB): profilaxis de la malaria y educación sanitaria.
- Vuelta de un PRB (11)

Considero oportuno ampliar, mejorar y redefinir algunos puntos, para poder ofrecer una atención más completa. En mi opinión, es tan importante garantizar la adaptación al nuevo entorno como llevar a cabo una buena profilaxis de enfermedades infecciosas, ya que una mala adaptación no solo conlleva consecuencias a medio y largo plazo para el niño en cuestión, sino que también afectará de forma negativa a las personas de su entorno.

2.7.1. Propuestas de Mejora I: Población objeto

El protocolo actual define a la población objeto de la siguiente forma:

“- Niños procedentes de países de renta baja (PRB) y que no vienen de zonas de estos países con características similares a los países de renta alta.

- *Hijos de inmigrantes de PRB, nacidos en nuestro país o fuera.*
- *Niños que viaje a un PRB*

- *Niños que vuelven de pasar una estancia en el PRB de los padres” (11)*

Esta población objeto abarca a niños de alto riesgo a nivel sanitario y social, sin embargo, considero oportuno redefinir la primera parte de este punto, ya que a nivel psicosocial, siguen habiendo niños expuestos a riesgos y que no entran dentro de estos parámetros.

La RAE, Real Academia Española, define la palabra migrar como: *” trasladarse desde el lugar en que se habita a otro diferente”*, por ello creo que debemos considerar en el protocolo a todo niño que llega desde un país diferente al nuestro, sea de renta baja o no. Todo cambio es significativo en el niño, y aun que su país de origen sea de renta alta, desconocemos como vive la criatura el proceso migratorio, por ello es importante evaluarlo.

Definiré la población objeto de la siguiente forma:

- Niños procedentes de otros países.
- Hijos de inmigrantes, nacidos en nuestro país o fuera
- Niños que viajen a un PRB
- Niños que vuelven de pasar una estancia en el país de origen de los padres

2.7.2. Propuestas de Mejora II: PAE- Proceso de Atención Enfermera

Creo que se debe introducir la realización y revisión de los PAE en el protocolo.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial, y nos permitirá prestar los cuidados necesarios a los niños y su familia de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Así mismo, nos permitirá llevar a cabo una prevención mucho más efectiva y personalizada.

En cuanto a la frecuencia de revisión de los PAE, está por determinarse. En mi opinión, desde la llegada del niño, la creación del PAE y la primera revisión, no debe pasar un año, ya que es el primer año del niño aquí, y entiendo será uno de los más duros y con más cambios. Pienso que la periodicidad de las revisiones del PAE durante el primer año tiene que ser a criterio de la enfermera, en base a sus observaciones, hasta que se establezca un periodo de forma sistematizada en base a estudios, y pasado un tiempo, cuando ella considere que se ha estabilizado la situación del niño, entonces deberá hacerse de forma anual.

Como he comentado anteriormente, los movimientos migratorios son cada vez más frecuentes en una sociedad totalmente globalizada. Las personas llegan de todas partes del mundo, algunas nos resultan más conocidas que otras, pero en rasgos generales, creo que nos falta información. Así mismo, cada familia es un mundo, cada familia tiene sus propias costumbres y tradiciones diferenciadas dentro de la misma cultura.

Pienso que es importante conocer la cultura del niño y algunas de sus costumbres familiares más relevantes en el proceso de integración del infante, con tal de mejorar la asistencia que se le ofrece en un principio, facilitar las relaciones con la familia y hacer que el PAE se ajuste bien a las necesidades del pequeño paciente.

La mejor forma de conseguir esta información es llevando a cabo una entrevista semi-estructurada, estandarizada, que permita a la enfermera conocer todos estos aspectos. En el **Anexo 1**, incluyo un guión de entrevista semi-estructurada.

Puesto que no ha sido probada, este guión es susceptible de cambios para mejorar la información que se quiera obtener, y esto queda a criterio de la enfermera que la lleve a cabo.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de implementación de la competencia cultural en la práctica de la enfermera pediátrica comunitaria a través del subapartado de “Atención al niño inmigrante”, del protocolo pediátrico actual.

3.2. Objetivos Específicos

- Comprender el proceso de crecimiento del niño hasta los 12 años y el seguimiento que la enfermera pediátrica lleva a cabo en las consultas de atención primaria
- Reflexionar sobre cómo mejorar la calidad asistencial que ofrece la enfermera a los niños
- Determinar la adecuación del protocolo pediátrico con respecto a las necesidades actuales de la población, tanto autóctona como inmigrante
- Identificar las limitaciones del trabajo de la enfermera pediátrica comunitaria en la atención a la diversidad cultural en la práctica asistencial

4. Hipótesis

El rol de la enfermera pediátrica en el ámbito comunitario es beneficioso para los niños y sus familias, siendo capaces de influir en el crecimiento y desarrollo del infante de forma positiva, así como de facilitar y mejorar la adaptación del niño inmigrante en su entorno y en el sistema sanitario. Sin embargo los cuidados contemplados en el protocolo y en su rutina diaria, en general, no proporcionan cuidados culturalmente competentes. Dichos cuidados no están debidamente adaptados a la sociedad actual y su flujo migratorio.

5. Metodología

He podido comprobar que los cuidados que se proporcionan en el ámbito hospitalario son muy importantes, pero también lo es llevar a cabo un buen seguimiento después, en el ámbito comunitario, para asegurar una correcta evolución del paciente y su situación. Los niños son especialmente frágiles y debemos protegerlos y ayudarlos en situaciones de enfermedad o a mantener un buen estado de salud.

Esto me planteó ciertas preguntas, como en qué consistía el seguimiento que se les hace a los niños y qué cuidados se llevan a cabo. Teniendo en mente la globalización como un hecho que afecta a la práctica clínica, el cual nos lleva a convivir con diversas culturas que necesitan cuidados sanitarios, surgieron otras preguntas, como por ejemplo si los cuidados que llevamos a cabo están adaptados a esta variabilidad y son competentes, en base a las necesidades de la población actual.

Finalmente, me propuse conocer el trabajo que llevan a cabo las enfermeras en este ámbito y analizar la información obtenida con el fin de resolver estas dudas. Puesto que pretendo saber si la práctica clínica está adaptada a los niños y sus diferencias culturales, en su contexto, he escogido llevar a cabo una investigación cualitativa, ya que es el método de investigación que más se ajusta a mi temática de trabajo.

La búsqueda de información se ha dividido en dos partes; la primera consiste en una revisión sistemática que me ha ayudado a contextualizar la temática sobre la que me centro: el modelo de enfermería usado actualmente, los lenguajes estandarizados, la relación entre enfermería y antropología, su principal exponente, Madeleine Leiniger y una teoría suya que relaciona la enfermería con la antropología.

Para obtener información he recurrido a fuentes documentales primarias, tales como libros y revistas, así como a fuentes de información secundaria, como bases de datos, como por ejemplo La Fundación *Index*, en Cuiden y Cuidatges. (14)

La segunda parte es un análisis de los parámetros del protocolo que la enfermera sigue en pediatría, conocido como “*Nen Sà*”, y posteriormente, una evaluación de un punto concreto del mismo: “Atención al niño inmigrante”.

Quería realizar la evaluación del protocolo desde un punto de vista subjetivo, lo que me llevó a hacer entrevistas semi-estructuradas a enfermeras pediátricas que trabajen en el ámbito de la comunitaria, para que ellas mismas me contasen cómo ponen en práctica el protocolo, si hay algo que mejorar, limitaciones, etc.

Las informantes forman parte de un muestreo intencional. Dada la estrecha relación con las variantes culturales decidí hacer las entrevistas a enfermeras que trabajasen con una comunidad con un alto porcentaje de inmigración de la periferia tarraconina: Torreforta-Campoclaro, Bonavista, me hubiera gustado contrastar los datos con entrevistas realizadas en zonas con un porcentaje de inmigración menor, como Sant Salvador y Sant Pere i Sant Pau, pero desafortunadamente no conseguí informantes.

Obtuve respuesta de dos enfermeras, la del CAP de Bonavista y la del CAP de Torreforta, y aunque son solo dos las entrevistas que pude llevar a cabo, debo recalcar que los puntos de vista de ambas profesionales son puntos muy diferentes. Una de ellas, la enfermera del CAP Bonavista, lleva más de 20 años trabajando en la enfermería pediátrica comunitaria, y los últimos 20 años en una zona donde el nivel de inmigración ha ido en aumento.

La otra enfermera, la del CAP de Torreforta, lleva solo un año trabajando en un CAP, estuvo trabajando durante los últimos 20 años en la UCI del Hospital Joan XXIII. Creo que este choque de las diferentes situaciones de las dos enfermeras puede

aportarme una visión diferente sobre la pediatría comunitaria y su evolución a lo largo de los años.

La búsqueda de los informantes fue presencial, a través del número de contacto de los CAPs pedí cita para hablar con las enfermeras y exponerles mi trabajo. El criterio de selección de informantes es que lleven trabajando un mínimo de 10 años en el ámbito comunitario, concretamente en el servicio de pediatría, ya que de esta forma podrán comparar su trabajo antes y después de la implementación del actual protocolo, que data del 2008.

En cuanto al sitio de realización de las entrevistas será en las mismas consultas de las enfermeras, dentro de su jornada laboral, en las horas que tienen reservadas para consultas de urgencia. Procuraré que el ambiente respete la intimidad de la persona entrevistada, inspire confianza y evite las interrupciones, para conseguir una conversación no forzada donde expresen su opinión y reflejen sus experiencias.

Teniendo en cuenta la intimidad de los informantes, se les pasará un consentimiento informado previo a la entrevista donde se les asegura el anonimato de los datos que me proporcionen. Se incluye una copia del consentimiento informado en el **anexo 3**.

5.1. Limitaciones

Las principales dificultades con las que me he encontrado estarán relacionadas con las entrevistas semi-estructuradas, ya que no he podido conseguir el número de informantes que me hubiera gustado, es decir, una enfermera de cada barrio de la periferia de Tarragona.

Lamentablemente solo pude llevar a cabo dos de las entrevistas, y me han aportado información suficiente para hacerme una idea de en qué punto se encuentra

este protocolo con respecto a la enfermería, y la población actual, y sobre las mejoras que pueden hacerse.

6. Plan de trabajo

Actividad		OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Planteamiento del trabajo:	Cuestionamiento y problematización de la información conocida	X								
	Delimitación del objeto de estudio – Realización de la pregunta de estudio	X	X							
	Realización de la justificación	X	X							
Diseño del trabajo	Planteamiento de objetivos e hipótesis		X	X				X		
	Planteamiento de la metodología		X							
	Determinación de las fuentes de información		X	X	X					
Inicio de la búsqueda de información				X	X	X	X	X		
Reajustes de los métodos y estrategia de búsqueda					X	X	X			
Análisis de los datos						X	X	X		
Establecimiento de resultados y conclusiones								X		
Difusión de los resultados- Redacción del artículo								X	X	

Realización de la presentación oral									X
Defensa del trabajo ante el profesorado de la universidad									X

7. Resultados

Con el propósito de querer responder a mis preguntas de investigación, he intentado evaluar el protocolo que se usa diariamente en pediatría. Quería llevar a cabo una serie de entrevistas a enfermeras para conocer la opinión de las personas que trabajan día a día con el protocolo, estableciendo de esta forma una evaluación subjetiva, también me hubiese gustado poder obtener la evaluación objetiva, hecha por La Generalitat.

Desafortunadamente, he intentado ponerme en contacto con la Generalitat y el Institut Català de la Salut, ICS, para conseguir esta información y no ha sido posible.

En cuanto a las entrevistas, solicité cita con las enfermeras pediátricas de los Centros de Atención Primaria, CAPs, de Bonavista, Torreforta-Campoclaro, Sant Salvador y Sant Pedro y Sant Pablo, y desgraciadamente, por cuestiones de horario de las enfermeras, solo he podido llevar a cabo dos entrevistas a la enfermera de Bonavista y a la de Torreforta-Campoclaro.

Una de ellas a una enfermera que cumplía con el criterio que yo había establecido como mínimo para poder hacer la evaluación en cuestión, sin embargo, la otra enfermera sólo llevaba trabajando en el ámbito de la pediatría comunitaria un año.

Pese a que la información obtenida es reducida en cantidad, en base a mis expectativas, afortunadamente, he podido conseguir un punto de vista contrastado: el de una enfermera que lleva 20 años trabajando y el de otra que solo lleva 1 año en pediatría comunitaria. Las entrevistas se encuentran transcritas en el **Anexo 2**.

Las entrevistas me han revelado que el protocolo está implantado desde 2008 y que está plasmado en un programa informático con el mismo nombre, protocolo “Nen Sà”, pero que sin embargo ninguna de ellas conocía la existencia del protocolo oficial como tal.

También he descubierto que la asistencia que se ofrecía antes del protocolo y ahora es similar, con la diferencia que la práctica está más sistematizada y queda simplificada con el protocolo, pero sobretodo con el programa informático.

Ninguna de las dos enfermeras ha encontrado dificultades en la aplicación, sin embargo como limitación del protocolo cabe destacar que las dos últimas visitas con la enfermera son a los 8 años y a los 12- 14 años, esto implica interrumpir el seguimiento que se le hace al niño durante un mínimo de 4 y hasta 6 años, lo cual es mucho tiempo, ya que se encuentran en pleno desarrollo y es cuando pueden manifestarse algunas enfermedades y se podría llevar a cabo una prevención óptima.

Otra cosa que me han comentado, es que consideran favorable el hecho de que la edad pediátrica se alargue hasta los 18 años, ya que en la época de la adolescencia se tiende a evitar ir al médico, y este también es un periodo de cambio muy importante, por lo que si las visitas obligatorias se extendiesen hasta los 18 años, aun que no fuesen anuales, se aseguraría un control mínimo de los adolescentes mayor al actual.

La definición de inmigrante es una de las preguntas de la entrevista, con ella pretendía conocer el punto de vista de las enfermeras sobre los inmigrantes, su situación y su conocimiento sobre cultura. Una de las enfermeras me ha dado una definición que ha englobado toda la carga socio-cultural y familiar que esta supone, sin embargo la otra, de forma muy escueta lo ha definido como "*persona que viene de otro país y se ha de adaptar aquí, a la sociedad*", esta definición me lleva a pensar que habla desde un punto de vista etnocentrista, y que carece de la formación necesaria para abordar cuidados culturalmente competentes, y esto es un dato muy negativo, puesto que se trata de la enfermera del CAP de Torreforta que es el que atiende a la población con un mayor porcentaje de inmigración de toda Tarragona.

En el apartado de "Atención al niño inmigrante", he detectado ciertas carencias, como por ejemplo una pobre definición de la población objeto. Considero oportuno y

beneficioso para el paciente añadir la realización de un PAE, Plan de Atención Enfermero junto con una entrevista semi-estructurada, para conocer mejor la cultura de origen del niño.

Con respecto a este punto del protocolo, ninguna de las dos lo conocía. Si bien es cierto que está más enfocado a su aplicación por el médico, hay aspectos que pueden ser aplicados por ambos profesionales, pero para ello deben conocerlos.

Sin embargo, debo añadir, que tras tantos años en atención primaria, en una zona donde el porcentaje de inmigración es tan elevado, la atención a las familias inmigrantes, por lo menos en el CAP Bonavista, me parece excepcionalmente buena, puesto que hacen un seguimiento exhaustivo, facilitándoles el contacto con el centro de salud, con la trabajadora social... y restando a disposición de la familias para resolver cualquier duda o necesidad que les surja.

Las innumerables aportaciones que podría hacer la enfermería transcultural a la enfermería pediátrica en el ámbito comunitario ponen de manifiesto la necesidad de incorporar aspectos que tengan en cuenta la diversidad cultural en los modelos de cuidados. En especial, para el programa del Nen Sà, el hecho de conocer las tradiciones y en general la cultura de los inmigrantes puede ser una herramienta que ayude a los niños y al profesional de enfermería.

He observado cierta tendencia al etnocentrismo. La atención ofrecida a las familias inmigrantes es extensa, sin embargo creo que se debería formar a los profesionales de enfermería en el ámbito de la enfermería transcultural, ETC. Opino, al igual que M. Leininger (9) que debería ser uno de los pilares que sustentase la práctica clínica, sobre todo en zonas con un porcentaje de inmigración elevado.

Puedo concluir mi evaluación subjetiva del protocolo afirmando que facilita la atención que ofrecen las enfermeras, ordenando y sistematizando la asistencia sanitaria. Destacaría dos puntos a mejorar: evaluar la frecuencia de las visitas (sobre

todo entre los 8-14 años) y alargar la edad pediátrica hasta los 18 años. También creo que se podría dar a conocer la existencia del protocolo fuera del programa informático.

Así mismo, habría que mejorar el conocimiento sobre el protocolo a aplicar cuando nos llega a la consulta un niño inmigrante, y mejorar este sub-apartado del protocolo, ya que tiene carencias importantes. Es imperativo, desde mi punto de vista, que se forme a los profesionales en el ámbito de la enfermería transcultural, para evitar el etnocentrismo y facilitar la integración del niño y su familia.

8. Conclusiones

A nivel personal, la búsqueda de información ha sido muy clarificadora y pedagógica. He podido profundizar un poco en la enfermería transcultural, que como hace años predijo Leininger, es y seguirá siendo de suma importancia en la práctica enfermera, no solo para aplicarla en nuestro propio país, también nos es útil para trabajar en el extranjero.

He podido responder a las tres preguntas de investigación que me había planteado al inicio:

a- ¿En qué consisten el seguimiento y los cuidados que lleva a cabo la enfermera pediátrica en la comunidad?

b- Dichos cuidados y seguimientos, ¿son culturalmente competentes?

c- ¿Están adaptados a las necesidades de la población actual? Tanto para la población autóctona como para la inmigrante.

A través del análisis del protocolo ahora sé en qué consiste el trabajo de la enfermera comunitaria en las consultas de pediatría, y comprendo mejor el proceso de crecimiento del niño hasta los 14 años.

He cumplido mi objetivo general, he podido determinar que el nivel de implementación de la competencia cultural en la práctica de la enfermera pediátrica

comunitaria es limitada, sobre todo en lo referente al sub-apartado del protocolo: “Atención al niño inmigrante”.

De esto deduzco que los cuidados que se ofrecen también son limitados, ya que no abarcan la vertiente socio-cultural de los niños, y que por lo tanto, no son culturalmente competentes. El protocolo necesita adecuarse a las necesidades actuales de la población. También se evidencia que falta formación por parte de los profesionales en el área de cuidados culturales.

En general la calidad asistencial ofrecida en las consultas de atención primaria es buena, desde mi punto de vista, pero debemos mejorar la vertiente socio-cultural del protocolo por parte de la enfermera para adaptarnos a la sociedad y satisfacer sus necesidades.

9. Bibliografía

(1): Tarragona.cat [Internet]. Tarragona. Ed: Ayuntamiento de Tarragona. 2015. [Actualizado el 18/09/2015. Consultado en Febrero- Abril de 2016]. Disponible en: <http://opendata.tarragona.cat/tarragona/cat>

(2): Robert McG, Thomas Jr. *Virginia Henderson, 98, Teacher of Nurses, Dies*. The New York Times [Internet]. 1996. (Consultado febrero- Marzo 2016). Disponible en: <http://www.nytimes.com/1996/03/22/arts/virginia-henderson-98-teacher-of-nurses-dies.html>

(3): Ángeles Ríos, Á., Fernández Salazar, S. Bellido Vallejo. Capítulo II- Modelo de Cuidados de Virginia Henderson. En: Bellido Vallejo, J.C. y Lendínez Cobo, J. F. *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. 1ª Ed. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 2013. Pág. 17- 24.

- (4): Gordon, M. *Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería*. Revista: Cultura de los Cuidados. [Internet]. 2012 [Consultado en febrero – Marzo de 2016]; Artículo nº 0:128-138. Disponible en:
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5116/1/CC_07-08_16.pdf
- (5): Nanda.org [Internet]. Kaukauna, Wisconsin: Nanda International. [Consultado en febrero- marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.nanda.org/>
- (6): Wikipedia. Org [Internet]. Ed: Wikipedia Organización Internacional. [Consultado en febrero- marzo 2016]. Disponible en:
<https://es.wikipedia.org/wiki/NANDA>
- (7): Conti, M^a J. IX- Enfermería y Antropología: La literatura internacional. En: Comelles J. M^a, Martorell M^a A., Bernal, M. *Enfermería y Antropología: Padeceres, cuidadores y cuidados*. 1^a Ed. Barcelona: Icaria; 2009. Pág: 219 – 231.
- (8): Lipson JG. *Cultura y Cuidados de Enfermería*. Index de Enfermería [Internet]. 2000 [Consultado en febrero- marzo de 2016]; Artículo nº 19: 28-29. Disponible en:
http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php
- (9): Leininger, M. *Cuidar a los que son de culturas diferentes Requiere el conocimiento y las aptitudes de La enfermería transcultural*. Cultura de los cuidados [Internet]. 1999 [Consultado en Febrero – Marzo de 2016]; Artículo nº 6: 6-12. Disponible en:
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC_06_01.pdf
- (10): Leno González, D. *Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural*. Gazeta de Antropología [Internet]. 2006 [Consultado en Febrero- Marzo de 2016]; Artículo nº 22: 1- 12. Disponible en:
<http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2681>

(11): Geli M, Iglesias J, Brugués A, et al. *Protocol d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a l'Edat Pediàtrica*. 1ª Ed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2008.

(12): Babio N, Cabezas C, Cabrera D, et al. *Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys)*. [Internet]. 1ª Ed. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2014. [Actualizado en Abril de 2016; consultado en febrero- marzo de 2016]. Disponible en:

http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/salut_publica/paas/

(13): Generalitat de Catalunya. *Calendari de vacunacions sistemàtiques*. [Internet]. Barcelona : Departament de Salut. 2016. Disponible en:

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/v/vacunacions/documents/calendari_vacunacions_2014_12_11.pdf

(14): García Sanz, Mª P., Martínez Clares, P. *Guía práctica para la realización de trabajos de fin de grado y trabajos de fin de máster*. 1ª Ed. Murcia: Editum; 2012.

Anexos

Anexo 1 - Entrevista a las familias- Elaboración de un PAE

ENTREVISTA A LAS FAMILIAS

Concepción salud-enfermedad

1. Cuando enferman, en su país, qué suele hacer? Ir al médico, a otro sitio..?
2. Qué es para usted estar sano?
3. Qué es para usted estar enfermo?

La enfermería en otros países

4. Sobre la enfermera, qué trabajos hace en su país, los conoces?
5. Tiene consulta propia?
6. Sabría decirme que estudios cursa? Universitarios, de ciclo...
7. Cómo está valorada esta profesión, la enfermera en su país, qué piensa de ellas?

Diferencias culturales

8. Puede decirme que es lo que más le chocó cuando llegó a España? Sobre cualquier tema: cultura, religión, costumbres, etc.
9. Cuáles son, desde su punto de vista las principales diferencias entre su país y España?
10. Cuáles son, desde su punto de vista las principales diferencias culturales entre su país y España: costumbres, tradiciones, religión, etc.
11. Cuando usted llegó, que es lo que le hubiese gustado que le contasen o explicasen que le hubiera ayudado dentro del ámbito sanitario, o de cualquier otro.

Anexo 2- Consentimiento informado



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Trabajo de Final de Grado
Facultad de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Resumen del trabajo

Mi intención es evaluar el "protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en edad pediátrica" que usan las enfermeras pediátricas en los centro de atención primaria. Concretamente, mi trabajo se centra además en un punto específico del protocolo: Atención del niño inmigrante.

Para llevar a cabo una buena evaluación, considero necesario saber la opinión de las enfermeras que trabajan con él a diario, para ello haré entrevistas semi-estructuradas.

Consentimiento

Yo **Oriana Carla Barichello**, con NIE **Y0448348T**, estudiante de cuarto curso de enfermería en la Universitat Rovira i Virgili, a través de este documento, garantizo la confidencialidad de los datos recogidos a través de una entrevista semi-estructurada de la persona entrevistada: _____.

Firma de la entrevistadora

Firma de la entrevistada

_____, ____ de _____ de 2016

Anexo 3- Entrevistas transcritas

Enfermera del CAP de Bonavista

O: Oriana – Entrevistadora

E: Enfermera – Informante

Lectura previa de la entrevista por la enfermera:

E: ¿Cómo era el trabajo de la enfermera antes de la aparición del protocolo? Eeeh ¿qué cambio ha supuesto? (...) En la práctica ¿con qué dificultades se encuentra con respecto al uso del protocolo? ¿qué limitaciones?

¿Cree que la aplicación del nuevo protocolo ha mejorado la atención del niño? ...Familia... ¿Ha aplicado alguna vez en consulta el apartado de atención al niño inmigrante? (silencio breve) hay, ja! Hay algún apartado que ponga de atención al niño inmigrante (entre risas)

O: sí, sí (entre risas)

E: ¿Qué piensas sobre la actuación que se contempla en este apartado?...Ostras!... (Reímos)...Lo tienes aquí?, igual sí que se hace pero yo no lo...

O: supongo que es más a nivel médico porqué a nivel enfermero, social es... sumamente escueto, y eso es lo que propongo yo...

E: ¿Sabes lo que pasa? Que enseguida pasa a. Si detectamos algún problema social, lo pasamos enseguida a la, a la asistente social de aquí.

O: Sí

E: O sea que tampoco no... nosotros no nos dedicamos, sólo miramos que tengan las necesidades cubiertas, no? Y ya esta.

O: Vale

E: (lee entre dientes el resto de preguntas)

O Si quieres te las leo y las respondes así, oralmente

E: sí, sí mejor

Inicio entrevista

1- Datos sociodemográficos

O: ¿nombre y apellido?

E: *****

O: Vale, ¿qué edad tiene?

E: eeh... 58

O: de acuerdo,... ¿Cuál es tu formación?

E: Soy enfermera especialista en enfermería pediátrica

O: Y... Esta especialidad, mm, es una especialidad que se hacía aparte?

E: Se hacía aparte, sí

O: vale

T: eran dos años después de la carrera

O: vale. Y, ¿Cuánto tiempo llevas trabajando?

E: pues en pediatría, pues 5 años en hospital, y unos 20 aquí

O: Vale. Pues, como te he comentado antes, mi trabajo se basa en este protocolo y en la aplicación por parte de la enfermera, entonces quiero conocerlo, hasta qué punto se aplica, y en la medida de lo posible evaluarlo. Bueno a ver... En el ámbito de la atención sanitaria, un niño inmigrante, ¿cómo lo definirías?

E: un niño inmigrante es, todo aquel niño que venga, eeh, fuera de, ósea de, viene fuera de, vive fuera de su país, y viene aquí aaa, bueno a vivir... Borra eso, borra eso (comenta entre susurros y sonriendo)

O: tranquila, tranquila...

E: eeh, bueno que está, mm, que no está en su lugar de origen

O: vale

E: o que sus padres estén viviendo aquí y ha nacido aquí, pero si los padres son de, de, ósea que no han nacido aquí, también se considera inmigrante.

O: vale. Eh, antes del protocolo, este protocolo se actualizó por última vez en 2008, antes de esto, se utilizaba algún otro protocolo, o, simplemente, eran consultas.

E: eran consultas, eran consultas...

O: vale, y el trabajo de la enfermera antes del protocolo, ¿cómo era?

E: eh, era en revisión, normal de niño sano y prestando mucha atención en detección, de problemas sociales, económicos, y eh, y la vacunación. Si hi ha, si en la revisión se detectaba alguna, alguna falta, por lo que explicaban los padres, eh, que podría ser, una, eh, después que para los niños, se solucionaba, se intentaba solucionar, aquella falta de lo que, de lo que nos expresasen los padres.

O: vale, y la aplicación de este protocolo, ¿qué ha supuesto para la actuación de la enfermera pediátrica?

E: eh, home, está todo más regularizado, y, eh, tienes más,... por ejemplo, el poder derivarlo, pues a, al asistente social del centro, ya te queda esta parte, pues eh, como más, te puedes dedicar más a la parte de enfermería, y la parte social y económica, como ya se tiene en cuenta, con la, trabajamos en conjunto, se tiene ya más en cuenta con la asistente social.

O: ajá.

E: por medicina, cuando se tiene en cuanto a tratamientos, en cuanto a derivaciones, en cuanto a analíticas...

O: vale, y, actualmente, este protocolo, tu cómo lo utilizas a la hora de trabajar, supongo que después de tantos años ya lo tienes incorporado, pero...

E: sí, a ver, prácticamente es eh, una revisión como un niño normal, no? Un niño normal, bueno, eh, de otros niños, entonces es a base de detección y prevención, depende de, de la, digamos, las deficiencias, los déficits, pues entonces es poner más hincapié, si acaso, pues nos lo vamos citando más, porque , claro, en... en, por ejemplo, en este cupo hay un 25% de inmigrantes, entonces pues se nota mucho, trabajar con estos niños...

O: y el protocolo en general, no simplemente al de inmigrantes, qué limitaciones le encuentras... al protocolo en general, para cualquier niño.

E: sí, a ver, que pasa, la última revisión de los 8 años, pueden venir hasta los 14, pueden venir, tenemos un montón de años que están sin revisar, entonces, si no se pueden detectar según que.. Qué patologías, o qué déficits hay, o que problemas de salud, son muchos años para... y que, por ejemplo, eh, se nos evalúa la frecuencia con que viene, todos nos, al evaluarlo todo, pues se ve que no podemos eh trabajar ampliamente.... Es que no, bueno ya después te lo explico.

O: sí. Y... a ver, me has dicho que la aplicación del protocolo implica una sistematización de la atención, y que eso es una ventaja...

E: sí, esto es una ventaja

O: vale, desde tu punto de vista, qué le falta o qué podrías mejorar, a parte de por ejemplo lo de esta consulta de 8 a 14 que quizás habría que poner alguna otra...

E: eh, yo pienso que se podría, eh, hacer como un protocolo, tener un protocolo establecido, de, eh, para la enfermera sobretodo eh, con los , eh déficits, o con la, con lo que nosotros podríamos ver, no? Detectar. Fijarnos más, por ejemplo, en el aspecto físico, y eh, ir señalando y tenerlo muy en cuenta el factor nutricional, por ejemplo. Eh, que por mucho que expliquemos a las mamás, preguntemos, mm no siempre están receptivas, y no siempre aplican lo que les explicamos, entonces, alguna manera, de saber, con el "feedback", cómo las madres han aplicado, si lo han entendido, si..., esto es difícil, por mucho que lo machaquemos, entonces alguna manera tendríamos que tener para saber si aquello (tose)

También creo que hacer que la edad pediátrica durase hasta los 18 sería bueno, así podríamos controlar el progreso de salud durante la adolescencia, y esto, bueno, siempre surgen pequeñas cosas, y los adolescentes no les gusta... no quieren ir al médico y eso, así que esto ayudaría, creo...

O: vale. Bueno, antes te lo he preguntado: si has aplicado alguna vez el protocolo de atención al niño inmigrante, concretamente, que se encuentra dentro de este, y me has dicho que no, entiendo que es una parte más médica porqué, bueno, es lo que propone mi trabajo, mejorar esta parte del protocolo porque está muy medicalizada, pero a nivel sociocultural es muy pobre

E: A ver, de enfermería es la prevención, y puntualmente, lo que, en la, la previs- en lo que vemos o derivar, o explicar, o lo que podamos pero es información, explicación, educación, pero es difícil, es difícil, saber si ha llegado.. si nos han llegado a entender, si lo están haciendo, si... es difícil. Que nos digan, por ejemplo en la nutrición, si es que realmente pueden darle de comer lo que decimos, es difícil de...

O: entonces, entiendo que lo que haces tu aquí es aplicar el protocolo actual a todo el mundo por igual, con el único objetivo de prevenir y promover la salud. Vale... Y... ¿Qué tipo de acciones, además de las recogidas en el protocolo, se realizan en el ámbito de atención primaria en la acogida y seguimiento de la familia y el niño inmigrante? Esto no está dentro del protocolo pero, ¿vosotros qué hacéis además?

E: no les dejamos de la mano, siempre estamos que, si tienen dudas, estamos como muy en contacto con ellos, que ellos tengan mucha accesibilidad, tengan accesibilidad, tan al sistema o a estar con nosotros, y, y ya está, para hacer un mejor seguimiento.

O: vale, y esto, el ICS, cómo lo evalúa, ¿cómo evalúa vuestro trabajo? Por qué sé que hay unos ítems de calidad para el centro y tal, pero a este nivel, sabes si hay

E: solo nos evalúan, con un parámetro que pone el, el, numero , el % de niños inmigrantes que tenemos y ,y todo lo demás es en función general, de todos los niños...

O:Vale, y esta evaluación en general, que ... en qué consiste

E: eh, bueno pues para empezar es como, tipo obesidad... tipo..., duración de l'alletament matern..., si hemos hecho el cribatge ocular... si vacunación, el nivel de vacunación, bueno, unos cuantos parámetros, pero para todos igual, ósea que el único

ítem que hay de inmigración es el tanto por cien general de cada equipo, de cada centro.

O: de acuerdo, y para medir el resto de la aplicación del protocolo, es en base a la calidad de vida de los niños, el tanto por ciento de obesidad, de...

E: sí

O: vale... vale. Pues en principio esta es mi entrevista, yo lo que propongo en mi trabajo es hacer un PAE a los niños, por lo menos el primer año, y un cuestionario para conocer un poco la cultura de la persona, la familia y la dinámica familiar para poder ofrecer consejos más adaptados, lo que decías tu antes de no saber si lo aplicarán o no, quizás no lo aplican o bien por que no lo han comprendido o bien por que en su país no lo hacen o por falta de , o por que es algo que por ejemplo no se come en su país, entonces, propongo pues ampliar un poquito desde este punto de vista.

E: visualmente sí que lo haces, no? Bueno en vez de comprar pues según qué pescado blanco pues compra panga, por decir de cambiar un poco, de hacer las equivalencias, cambiar en cuanto lo que podemos no, por que ya sabemos que es un nivel de de adquisición no es el mismo que para todos, por mucho información que entregue en un papel, por mucho que lo explique te quedas con la duda de que si aquello llega donde tiene que llegar, si se realiza como se tiene que realizar...

O: tenéis información en otros idiomas a parte de en catalán y castellano?

E: sí sí sí... pero pensamos que hay gente que no sabe leer ni en su idioma, nos encontramos con este problema.

O: de acuerdo. Si por que la zona también supone una dificultad añadida en el ámbito sociocultural y económico

E: Cómo preguntamos en, antecedentes de historias y así, que nivel de estudios tienen y a lo mejor no tienen estudios, algunos no tienen estudios, otros dicen que primaria pero aquello por decir que tienen algo, no? No ... el nivel de sanidad es muy

bajo, si no saben su lengua, como van a saber la nuestra, no ¿ y sobretodo las mujeres, que son las mamás , las que vienen aquí, las que traen al niño, y ya es dificultad en que nos entiendan, como para que les enseñemos algo, les expliquemos mucha cosa, tienes que ir muy al tiempo...

O: muy poquito a poco...no?

E: sí, es muy alto el nivel de inmigración, 25-26% eh, y los niños menores de 1 años son un 12%, es muy alto también... el ICS está en un 1 con algo, y aquí tenemos un 12%... es mucho... Les citamos, les seguimos, para que no se encuentren...a ver con las dificultades económicas vuelve a dar el pecho, porque claro, su máxima de llegar a un país que, de primer orden, pues ahora dejar de dar el pecho y dar biberón, no? Eeh y más si te lo dan en Cáritas o así... lo he estado inculcando de decir que lo mejor es el alletament matern, pero cuesta, por que claro, mm no hay mucho tiempo y... no puedes tampoco (tose) delegar oo derivar a un grupo, porqué...siempre hay alguien que va, pero es muy difícil que dejen, que dejen su casa para ir a reunirse con el grupo
O. de acuerdo, pues en principio si quieres añadir algo más, esta era toda la información que yo necesitaba

E: Yo añadir que sí que hace tiempo que vino alguien de antropología, una psicóloga o antropología de la URV, que también hizo una entrevista sobre cómo detectar los niños que pensamos nosotras, bueno, que podían ser de .. que tuviesen algún riesgo, algún nivel de riesgo: malnutrición, y preguntar sobre las características físicas que pues mira, eh tenga un mal color, el pelo quebradizo, la boca con muchas caries, tendríamos que, ampliar un poco, no? Y juntarlo todo y decir, pues bueno son... socialmente, culturalmente, económicamente, a más a más las características físicas, las analíticas, juntarlo todo y decir, pues mira, tenemos tantos niños de riesgo, hacerlo visible, no? Todos sabemos que hay muchos niños de riesgo, pero no sabemos cuántos

O: plasmarlo en número

E: claro, y para eso habría que aportar tener protocolos y informar, bastante información. Bueno...

O. pues muchas gracias Tina.

E: de nada mujer!

Enfermera del CAP La Granja. Torreforta- Campoclaro.

O: Oriana – Entrevistadora

E: Enfermera – Informante

Inicio entrevista

O: De acuerdo, empezamos? Me dices tu nombre?

E: **** *

O: De acuerdo, ¿qué edad tiene?

E: 47

O: vale, ¿cuál es tu formación?, de pediatría y como enfermera, un poco tu trayectoria laboral.

E: Pues yo he estado... acabé mis estudios en el 91, entonces he trabajado en cuidados intensivos en J23 hasta mayo del año pasado, que hice un traslado aquí a primaria, en pediatría realmente no he estado nunca, es que he estado en intensivos y hospitalaria.

O: vale, en pediatría llevas desde mayo del año pasado

E: Sí

O: y este cambio, ¿puedo preguntar a qué se debe?

E: por motivos personales, el horario y los días... también necesitaba un cambio, es más a nivel personal. Pedí la plaza y la conseguí, así que...

O: de acuerdo, lo entiendo. Y ¿qué formación tiene en el ámbito pediátrico?

E: Formación específica ninguna, solo la que hice en la carrera, y desde que tengo la plaza pues he ido repasando, las compañeras me ha ido dando material para repasar y eso...

O: vale, y el tiempo que llevas en comunitaria, este casi año, siempre ha sido en este CAP, el de Torreforta, no?

E: Sí

O: vale. ¿Sabes si hay algún protocolo de actividades para la promoción de la salud para los niños, actualmente, que se use en pediatría, que use día a día?

E: bueno, utilizamos aquí un programa del “Nen Sà”, yo... me baso en esto...

O: sí, al protocolo también se lo conoce así, lo que no sabía es que hubiera un programa que sirviera de guía...

E: lo rellenamos todo aquí...

O: bueno, esta pregunta de cómo era el trabajo de la enfermera antes del protocolo nos la saltamos.

E: sí, es que no te la puedo... pero bueno yo creo que hace muchos años que se utiliza por que tengo hijas mayores y más o menos lo que vamos rellenando hace años que se pregunta.

O: en 2008 se estableció el protocolo este, de forma oficial, igual antes no era el protocolo pero en la consulta se hacían preguntas muy similares...

E: sí, sí

O: en la práctica, ¿con qué dificultades te encuentras, con respecto al uso del protocolo, o del programa? Qué dificultades supones, crees que hay alguna limitación, como algo que “falle” decirlo de alguna forma...

E: por el programa creo yo que es un programa muy claro y fácil de rellenar, y no presenta ninguna dificultad, salvo la de la gente a la que se lo haces, o sea, los pacientes, como en este barrio hay un gran porcentaje de población inmigrante, pues

muchas veces la lengua es una barrera... el tipo de población hace difícil poder rellenar todos los datos por esto, la lengua

O: vale

E: hay una barrera idiomática y cultural importante. En a nivel de población más que de protocolo.

O: vale... desde su punto de vista, ¿hay algo que le falte o necesite? Las preguntas del programa están preestablecidas, pero usted cree que se podrían ampliar o lo que pregunta ya es suficiente?

E: yo creo que, que con lo que hay es suficiente, me da a mi la sensación que sí, a ver, ampliarlo siempre hay alguna forma en que lo puedas ampliar, pero desde mi punto de vista no lo necesita.

O: el ICS evalúa los protocolos que implementa y demás, ¿sabes cómo evalúan este? Ósea el buen funcionamiento del programa, hay algún criterio que se siga?

E: como no sea con los objetivos, pero con los objetivos, me parece que, es que hay cosas que no te las sé decir exactos, pero van en función de todo lo que tengamos rellenados del programa del "Nen sà", vale? Entonces si hay cosas que nosotros no rellenamos, no preguntamos, no hacemos educación sanitaria, los objetivos no quedan completos, no están cumplidos, entonces como no sea esto no te lo sé decir.

O: de acuerdo, no te preocupes, todo lo que me puedas decir me es útil. A ver, mi trabajo se centra en una parte concreta del protocolo que es "Atención al niño inmigrante", esto está muy bien estructurado a nivel médico: analíticas, control de enfermedades infecciosas, pero a nivel de enfermería se queda corto, yo quiero mejorar y ampliar esto.

E: ¿Por qué se queda corto?

O: porque no contempla una vertiente más sociocultural del niño, es decir, a nivel médico queda cubierto, pero cuando nos comenta cosas sobre el duelo o la depresión solo dice que hay que tener cuidado con esto, y creo que esta parte debe formar parte

del trabajo de la enfermera, de prevención y promoción de la salud desde un punto de vista más humanista... no nos dice en ningún momento como seguir este duelo o depresión, solo que puede haberlo y que hay que vigilarlo, entonces a nivel médico muy bien pero a nivel sociocultural y económico, no dice nada.

E: pues no te lo sé decir, esto no te lo sé contestar...

O: tranquila, si no lo has utilizado nunca en una población como la que hay en Torreforta y Campoclaro a nivel de inmigración, también es un dato útil.

E: vaya a mi no me ha explicado ningún tipo de protocolo...

O: qué tipo de actuación les dan a los niños que han llegado, es decir, antes que eso, un niño inmigrante, cómo lo definirías?

E: bueno, viene de otro país, se ha de adaptar aquí a la sociedad, entonces, qué quieres saber, cuando vienen al CAP qué hacemos con estos niños?

O: sí, un niño que llega por primera vez al CAP---

E: los niños que llegan por primera vez, se intenta hacer una visita pediatría enfermera, entonces lo primero que se busca son si lleva alguna libreta de vacunaciones, esto quizás es de lo más importante que hay, luego saber si están escolarizados, y... luego ya se preguntan los datos personales y generales de la familia, pues hacer una historia, pero es casi como cualquier niño cuando llega por primera vez, por que el programa que tenemos es ... no sé si te han explicado que va por por edades?

O: no, no me lo han explicado

E: no?! Vale, pues el programa del "Nen sà" va por edades, entonces cuando hay un recién nacido nosotros hacemos también una historia, si llega un niño de fuera, hacemos igualmente una historia, aunque no sea un recién nacido hacemos la historia igual, y luego lo más importante que revisamos son vacunaciones, si tienen algún tipo de enfermedad de base, y antecedentes familiares...

O: vale...

E: si se detecta algún problema social, también hay una asistente social, que se encarga de ellos, se le pasa un informe y ella hace un estudio y una valoración de la situación.

O: vale, pues principalmente esta es la entrevista, ver como se aplica el protocolo...

E: yo es que no sabía, nunca me han explicado que hubiese un protocolo, y menos sobre el niño inmigrante, y mira que en esta zona sí que lo hay, si que es verdad que hay muchos, pero de fuera cada vez menos, es decir, que ya nacen aquí, esto sí... yo supongo que si hubiese algún protocolo me lo habrían explicado, aquí hay gente que lleva años y no me han dicho que hubiese ningún protocolo... y a nivel de pediatra tu me has dicho que ellos sí, puesto esto de analíticas sí que lo hacen...

O: de acuerdo, bueno pues muchas gracias por todo

E: no creo que te vaya a ser de mucha ayuda, porque sobre el tema ...

O: no se preocupe, también es interesante conocer cómo trabaja una enfermera que acaba de empezar en pediatría, que le han explicado, si conoces el protocolo....

E: bueno espero.

O: si, tranquila. Muchas gracias por tu tiempo

E: no de nada.

Anexo 4- Carta de presentación del artículo

Sr. Director de Índice de Enfermería

Le remitimos el manuscrito titulado « Análisis del trabajo de la enfermera pediátrica y evaluación del protocolo actual en niños inmigrantes» para que sea considerada su publicación en [Índice de Enfermería] en la sección Originales o Teorizaciones. El motivo de enviarlo a su revista es que creo que la pluralidad de perspectivas y la humanización en los cuidados son dos puntos también importantes en mi investigación, además creo que el hecho de que mi artículo sea publicado en su revista le dará mayor proyección y un mayor número de lectores.

Sus autores, abajo firmantes, declaran:

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
- Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.
- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido, y por tanto no hay ninguna razón para introducir cambios en los mismos una vez iniciado el proceso de evaluación.
- Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración del manuscrito, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.
- Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.

- Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la revista.

A través de este documento, la Fundación Index asume los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

Anexo 5 – Normas de publicación del artículo

Presentación de los trabajos

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright. No se aceptarán trabajos publicados o presentados anterior o simultáneamente en otra revista, circunstancia que el autor deberá declarar expresamente en la carta de presentación del artículo.

Todos los trabajos enviados a la revista serán sometidos a una evaluación por expertos, que determinará su aceptación o no en función de criterios objetivables de evaluación de la pertinencia y calidad. Recomendamos a los autores que consulten previamente de las particularidades del Proceso de Revisión.

En general la extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto, resúmenes en español e inglés, bibliografía, anexos, tablas, gráficos y en general todas las partes del artículo), y 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al director, editoriales, etc). Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de seis firmantes (cuatro para artículos de formato breve).

En caso de superar los seis autores, deberán asignarle un nombre corporativo al grupo (ejemplo "Grupo para el Estudio del Cuidado Familiar"). En ese caso podrán anotarse hasta los cuatro primeros autores y el nombre corporativo del grupo, pudiendo indicarse en una llamada a pie de página los nombres de todos los componentes del grupo.

El procesado del texto se hará por computador utilizando el procesador Microsoft Word o compatible. El archivo se enviará por correo electrónico a la Secretaría de Redacción. Las páginas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

- Título del artículo
- Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones, procure diferenciar los nombres de los apellidos subrayando los apellidos)
- Nombre completo del centro de trabajo
- Dirección completa del centro de trabajo
- Dirección para correspondencia
- Otras especificaciones cuando se considere necesario

En la segunda página se incluirá en español y en inglés el título del artículo y un resumen de no más de 150 palabras, preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión), así como varios descriptores o palabras clave que identifiquen el contenido del artículo.

La traducción al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Procesado del texto. Tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Tipo de letra Times New Roman a tamaño de 12 pulgadas.
- Espaciado e interlineado normales.
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto.

Utilice preferiblemente entrecomillados y cursivas, pero no simultáneamente (salvo para pasajes textuales de informantes en estudios cualitativos).

- Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción nota final para la bibliografía. Ésta debe reseñarse al final ordenada numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto pueden realizarse con la opción superíndice.

Aspectos formales de estilo

Idioma. Opcionalmente los autores podrán presentar su artículo en otro idioma diferente al español, preferiblemente en inglés, francés o portugués. En revistas con versión impresa deberán adjuntar una versión traducida al castellano que de ser aceptado el artículo será publicada en la versión impresa, mientras que se publicará en edición bilingüe en la versión digital de la revista.

La corrección y equivalencia de las versiones bilingües son responsabilidad exclusiva de los autores. Importante: Los autores de artículos que hayan sido publicados con anterioridad en la revista, podrán aportar una versión traducida al inglés para su publicación digital.

Abreviaturas. Deberán evitarse en lo posible y cuando se empleen deberá explicitarse su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Evitar la utilización de abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando se trate de

unidades de medida no es necesario explicitar su significado siempre que se expresen en Unidades del Sistema Internacional.

Título. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.

Autores. Escribir sin abreviar el nombre y apellidos. Se recomienda adoptar una filiación bibliográfica única para favorecer la identificación en las bases de datos documentales. Identificar solo el departamento o institución a la que pertenece cada autor mediante llamadas con número volado (no anotar titulación, cargos, ni otros méritos). Incluir una dirección postal completa, dirección de correo electrónico o teléfono/fax del autor con el que se mantendrá la correspondencia.

Aquellos autores que lo deseen podrán aportar un curriculum resumido (no superior a 250 palabras) que será publicado en la versión digital de la revista.

Importante: Una vez iniciado el proceso de evaluación, no se aceptarán cambios en las autorías. El solo planteamiento por el autor podrá dar lugar al rechazo del trabajo a pesar de haber sido aceptado.

Estructura de los artículos de investigación.

Como criterio general y con independencia de la sección de la revista, todo artículo que describa resultados originales de una investigación deberá adoptar el sistema IMRYD (Introducción-Metodología-Resultados y Discusión-Conclusiones). En el caso de investigaciones cualitativas que precisen una descripción densa de los resultados podrá utilizarse el sistema combinado Resultados-Discusión para describir cada categoría temática analizada. En el caso de Relatos Biográficos se adoptará el esquema Introducción-Texto Biográfico, procurando describir en la primera los contenidos correspondientes al sistema IMRYD, de manera no estructurada.

Referencias bibliográficas

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen estos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión "et al".

En algunos casos (trabajos con una orientación hacia las humanidades o las ciencias sociales) se permitirá la utilización del sistema de nombre y año (sistema Harvard), pero en ningún caso podrán simultanearse los dos estilos.

En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería (revistas incluidas en Index) y en Index Medicus, para aquellas revistas incluidas en los respectivos repertorios.

En lo posible se evitará el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas: no pueden emplearse como tales "observaciones no publicadas" ni "comunicación personal", pero sí pueden referenciarse entre paréntesis en el lugar del texto donde corresponda.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre la página inicial y final de la misma. Especial cuidado ha de tenerse con la comprobación de las direcciones a documentos electrónicos, que han de llevar directamente al documento referenciado.