

Jesús Alberto Martín González

**INTERCULTURALIDAD E INTRODUCCIÓN DE LA
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: FORTALEZAS Y
DEBILIDADES DE LAS ENFERMERAS EN LA CONSULTA DE
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dirigido por la Dra. María Antonia Martorell Poveda

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Tarragona

2022

"No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana".

Plan de Acción de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, 30 de septiembre de 1990.



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PRESENTACIÓN TRABAJO FIN DE MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Nombre y apellidos autor / a: Jesús Alberto Martín González

Título trabajo: Interculturalidad e introducción de la alimentación
complementaria: fortalezas y debilidades de las enfermeras en la consulta de
enfermería pediátrica de atención primaria

Nombre y apellidos tutor / a: Maria Antonia Martorell Poveda

Autorizo a que éste sea presentado el próximo mes de: septiembre

Maria
Antonia
Martorell

Firmado digitalmente
por Maria Antonia
Martorell
Fecha: 2022.07.15
12:30:11 +02'00'

(firma)

Tarragona, de de

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, la Dra. María Antonia Martorell Poveda, por haber aceptado ser mi mentora durante el proceso de elaboración de este trabajo, y por la gran ayuda prestada durante este tiempo.

A la Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto, del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), por haberme permitido la recolección de datos para este estudio.

A la Coordinación y Equipo Docente del presente Máster, quiénes espero que sigan transmitiendo su sabiduría en el campo de la Investigación en los Cuidados de Enfermería, con la misma ilusión y profesionalidad que me la han transmitido a mí.

A mi pareja, Airam, y compañero de profesión, por su apoyo incondicional y ayuda en la elaboración de este trabajo, así como por el impulso que continuamente me brinda para mi desarrollo profesional y personal.

A mi compañera, Amaia, por la ayuda prestada en la elaboración del trabajo y su esfuerzo por conseguir la participación de las profesionales de enfermería entrevistadas.

A mi madre, por ser un ejemplo de perseverancia, esfuerzo y superación, y sin la cual no estaría hoy aquí.



ABREVIATURAS

ADA: Academy of Nutrition and Dietetics (*Academia de Nutrición y Dietética de Estados Unidos*).

AAP: American Academy of Pediatrics.

AEP: Asociación Española de Pediatría.

AEPap: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

CEI: Comité Ético de Investigación.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

ESPGHAN: European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition.

OMS / WHO: Organización Mundial de la Salud.

OSI: Organización Sanitaria Integrada.

UE: Unión Europea.

UNICEF: Foro de Naciones Unidas para la Infancia.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	5
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Cultura, salud y enfermería transcultural.....	8
2.2. Introducción de nuevos alimentos: alimentación complementaria.	11
2.3. Cultura y alimentación complementaria.	13
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	19
3.1. Bases de datos y descriptores utilizados	20
4. APORTACIONES DE INTERÉS DEL ESTUDIO	21
5. OBJETIVOS.....	22
6. METODOLOGÍA	23
6.1. Diseño del estudio.....	23
6.2. Población y muestra.....	23
6.3. Variables y fenómenos a estudiar	24
6.4. Instrumentos de recogida de la información.....	24
6.5. Análisis de los datos.....	25
7. ASPECTOS ÉTICOS	25
8. RESULTADOS	26
8.1. Características de los participantes.....	26
8.2. Aproximación al nivel de competencia profesional según la teoría de P. Benner.	27
8.3. Conocimientos sobre cuidados culturales.	29
8.4. Fortalezas y barreras sentidas al acompañar en el proceso de la alimentación complementaria en personas de diferentes culturas.	30



8.5. Fortalezas y barreras sentidas al acompañar en el proceso de la alimentación complementaria a personas vegetarianas / veganas.....	31
9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	32
10. BIBLIOGRAFÍA.....	36
11. CRONOGRAMA.....	42
12. PRESUPUESTO	42
13. ANEXOS	43
13.1. Anexo 1: Entrevista semiestructurada.	43
13.2. Anexo 2: Hoja de información para los participantes.	47
13.3. Anexo 3: Consentimiento informado.	49
13.4. Anexo 4: Autorización para la ejecución del proyecto por parte de la Dirección de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto.....	51
13.5. Anexo 5: Informe favorable del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Basurto.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Inmigración en España según origen. Año 2020.....	11
Tabla 2. Búsqueda en bases de datos.....	20
Tabla 3. Codificación de los participantes.....	27
Tabla 4. Cronograma de trabajo.....	42
Tabla 5. Presupuesto.....	42



RESUMEN

Introducción: la adopción de una dieta saludable desde el inicio de la alimentación complementaria es decisiva para un correcto desarrollo y crecimiento del lactante. En este proceso la cultura de las familias adquiere un valor determinante, debiendo las enfermeras prestar cuidados culturalmente congruentes, al ser las principales promotoras de salud en este proceso.

Objetivo: conocer las fortalezas y las debilidades que presentan las enfermeras de pediatría de atención primaria, de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto (País Vasco), a la hora de prestar cuidados culturalmente congruentes en el proceso de introducción de la alimentación complementaria, siguiendo las premisas del modelo transcultural de Madeleine Leininger.

Metodología: se siguió una metodología cualitativa, de tipo fenomenológica y de corte transversal. Como instrumento de recogida de datos se emplearon entrevistas semiestructuradas, a realizar a enfermeras de pediatría de dos centros de salud (CS) pertenecientes a la OSI Bilbao-Basurto: CS Miribilla y CS Otxarkoaga.

Resultados: las enfermeras entrevistadas mostraron conocimientos adecuados sobre los cuidados culturales, estableciendo una importante aproximación al concepto establecido por Madeleine Leininger. En relación a las fortalezas identificadas, todas las participantes incluyeron su capacidad de escucha, de respeto por la cultura del paciente, así como de poner en duda los propios conocimientos adquiridos y buscar nueva información. Por otro lado, las debilidades identificadas estuvieron relacionadas con los escasos recursos proporcionados por la Organización Sanitaria, así como la necesidad de tener una mayor formación.

Conclusión: las enfermeras son las principales promotoras de salud, por lo que se hace necesario potenciar sus fortalezas y mejorar sus debilidades. Teniendo en cuenta que las principales debilidades observadas han sido los recursos de la Organización sanitaria y la falta de conocimientos, se ha de instar a las organizaciones y a los profesionales a invertir recursos en la actualización de las guías, protocolos y formación de los profesionales de la salud en esta materia.



Palabras clave: *alimentación complementaria, atención primaria de salud, características culturales, cuidado de enfermería, cuidado del lactante.*

ABSTRACT

Introduction: the adoption of a healthy diet from the beginning of complementary feeding is decisive for the correct development and growth of the infant. In this process, the culture of families acquires a determining value, and nurses must provide culturally consistent care, as they are the main health promoters in this process.

Objective: to know the strengths and weaknesses of primary care pediatric nurses from the Integrated Health Organization (IHO) Bilbao-Basurto (Basque Country), when providing culturally consistent care in the process of introducing food complementary, following the premises of the cross-cultural model of Madeleine Leininger.

Methodology: a qualitative, phenomenological and cross-sectional methodology was followed. As a data collection instrument, semi-structured interviews were used, to be carried out with pediatric nurses from two health centers (HC) belonging to the IHO Bilbao-Basurto: HC Miribilla and HC Otxarkoaga.

Results: the interviewed nurses showed adequate knowledge about cultural care, establishing an important approximation to the concept established by Madeleine Leininger. In relation to the strengths identified, all the participants included their ability to listen, to respect the patient's culture, as well as to question their own acquired knowledge and seek new information. On the other hand, the weaknesses identified were related to the scarce resources provided by the Health Organization, as well as the need for further training.

Conclusion: nurses are the main promoters of health, so it is necessary to enhance their strengths and improve their weaknesses. Bearing in mind that the main weaknesses observed have been the resources of the health organization and the lack of knowledge, organizations and professionals must be urged to invest resources in updating the guides, protocols and training of healthcare professionals. health in this matter.

Key words: *complementary feeding, cultural characteristics, infant care, nursing care, primary health care.*



1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de la historia, desde una concepción basada en la enfermedad, como se puede apreciar en las definiciones de salud propias de la antigüedad – salud como ausencia de enfermedad –, hasta la concepción biopsicosocial más contemporánea. De la concepción actual se deduce que la salud está basada en una construcción sociocultural y dependiente no solamente del sistema sanitario, sino de otros contextos, como el económico, el social, el político o el cultural, entre otros. Es decir, la salud es entendida de forma diferente en función de la sociedad y la cultura en la que esté inmersa la persona en cuestión (Zarco Colón *et al.*, 2019).

La disciplina enfermera, ante su visión holística de la persona y su estrecha relación con la antropología, necesita contextualizar el cuidado dentro de la cultura de la persona para poder prestar cuidados completos y de máxima calidad (Siles *et al.*, 2001). Ante estas inquietudes, nació el primer modelo conceptual, acuñado por Madeleine Leininger, basado en la necesidad de prestar cuidados culturalmente congruentes o, dicho de otro modo, la necesidad de integrar la cultura de la persona en los cuidados de enfermería (Leininger, 1999).

Este modelo conceptual, denominado Modelo de Enfermería Transcultural o del Sol Naciente, cobra sentido ante el mundo tan diverso y complejo en el que vivimos. A esta diversidad se une la tendencia globalizadora del ser humano, lo cual hace que personas de diferentes culturas convivan en un mismo espacio, observando una gran diversidad cultural dentro de un mismo territorio y en un mismo momento temporal (Leininger, 1999; Council of Europe Portal, 2021). En España, esta tendencia puede observarse si recurrimos al portal del Instituto Nacional de Estadística (INE), dónde se evidencia un aumento de la población inmigrante en más de 8,5 veces en apenas dos décadas: de 637.085 extranjeros en el año 1998 a 5.434.134 en el año 2020 (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Un aspecto a destacar, debido a la importante influencia cultural que presenta, es la alimentación. Los hábitos de alimentación están tan supeditados a la cultura que son considerados, como anuncia Vilaplana (2003), un signo de identidad de

las personas. Los valores culturales, especialmente la religión y la ideología, construyen las diferentes formas de alimentación, aparte de otros factores como la economía, la tecnología o la industrialización. Haciendo especial hincapié en las creencias religiosas, éstas marcan ritos de paso en la alimentación, tales como restricciones de alimentos, estacionalidad u horas de ayuno. Sirva de ejemplo la prohibición de comer cerdo o el ayuno durante el Ramadán en la religión islámica, o la gula, considerada pecado capital en la religión cristiana (Vilaplana, 2003).

En relación con los lactantes, un momento crítico para el neurodesarrollo y el crecimiento son los dos primeros años de vida, dónde el consumo de una dieta variada y equilibrada, tanto en macronutrientes como en micronutrientes, va a marcar dicho desarrollo. Teniendo en cuenta que la comida se enmarca en el contexto cultural de los padres, y que los niños aprenden por imitación y observación, dicha introducción de alimentos nuevos va a estar determinada por el ambiente sociocultural en el que vive el lactante. Tal es dicha magnitud que, a pesar de existir una serie de recomendaciones básicas y consensuadas por parte de diferentes sociedades científicas, como por ejemplo, por parte de la European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) o la Asociación Española de Pediatría (AEP), (fecha de inicio, consistencia de alimentos, orden de alimentos, etc.), existen disparidades entre las diferentes regiones del planeta en cuanto a la aplicación de dichos indicadores, enmarcados dentro de las costumbres y prácticas culturales de cada región en cuestión (White *et al.*, 2017; Lutter, Grummer-Strawn y Rogers, 2021).

Por otro lado, no solamente la cultura – entendida como las prácticas y costumbres de una sociedad concreta – influyen en la forma de introducción de la alimentación complementaria, sino que también se han de tener en cuenta las “nuevas culturas de alimentación”, como las dietas vegetarianas o veganas, que con cada vez más frecuencia se aplican a los lactantes. Dichas dietas pueden ser consumidas por esta población de una forma segura, siempre que existan unos conocimientos adecuados acerca de éstas, tanto por parte de la población, como por parte de los profesionales sanitarios, puesto que se han de aportar aquellos nutrientes deficitarios a través de combinaciones de alimentos de origen no animal o de suplementos externos (Redecilla Ferreiro *et al.*, 2020).

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la introducción de la alimentación complementaria para el adecuado desarrollo del lactante, en España, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), ha creado un Programa de Salud Infantil recomendado con una serie de visitas o revisiones en edades estratégicas dónde suceden cambios importantes. Una de dichas revisiones se aconseja realizarla a los 6 meses de edad, momento en el cual una de las actividades a ejecutar por el profesional sanitario (en el caso de este programa de salud por parte de enfermera y pediatra) es la promoción de la salud en hábitos alimenticios saludables, concretamente consejo sanitario sobre introducción de alimentación complementaria (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2009b).

Haciendo referencia la promoción de la salud, se ha de tener en cuenta que esta es una de las principales funciones de la enfermera de atención primaria, siendo el grueso de la consulta la educación para la salud, con la finalidad de fomentar la capacidad de la población en su autocuidado y en la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables (Sánchez Gallego and Solana Clemente, 2018). Esta función es aplicable al campo de la pediatría y, concretamente, al campo de la alimentación complementaria, siendo la enfermera de pediatría de atención primaria la principal responsable y la profesional más capacitada para el acompañamiento y la promoción de hábitos saludables en esta materia, lo cual así queda plasmado en las competencias de la enfermera especialista en Enfermería Pediátrica (Pedraza Anguera, 2011).

Atendiendo a estas premisas, la introducción de la alimentación complementaria en los lactantes va a estar condicionada por la cultura a la que pertenecen y, por lo tanto, variará en función de la procedencia cultural de sus progenitores. Si añadimos a este hecho las consecuencias sobre el desarrollo del lactante de la implementación de una alimentación complementaria nutricionalmente equilibrada, y que la enfermera es la profesional con las mayores capacidades de Educación para la Salud y, por lo tanto, la mejor capacitada para ser la instructora o guía de los padres en este proceso de introducción de nuevos alimentos, se hace necesario conocer cuáles son las fortalezas y las debilidades que presentan a la hora de otorgar cuidados culturalmente congruentes en este proceso.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Cultura, salud y enfermería transcultural.

La cultura, como término conceptual, surge por primera vez de la mano del antropólogo Edward Burnett Tylor quien, en su obra *Primitive Culture* (1871), establece el primer término conocido de cultura definiéndola como “*complejo total que incluye conocimiento, creencia, arte, moral, ley, costumbre y otras aptitudes y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad*” (Bohannan and Glazer, 2007, pg 64).

Actualmente, esta primera definición sigue estando muy presente de tal forma que, científicamente, el estudio de la cultura se basa en el estudio de las diferencias que existen entre las sociedades en función de sus creencias, costumbres y hábitos. La disciplina antropológica es la que más ampliamente ha estudiado la cultura, existiendo la rama de antropología cultural, encargada del estudio de la cultura de los diferentes grupos humanos, así como de sus diferencias y las formas de interacción entre ellos. Igualmente, la palabra cultura adquiere diferentes connotaciones en función de la interpretación que se haga de ella, pudiendo hacer referencia a lo académico (una persona es culta porque tiene muchos estudios), al mundo clásico (la cultura engloba las diferentes artes: pintura, literatura, escultura...), entre otras (Moreno Preciado, 2018).

La disciplina enfermera, definida como la ciencia y el arte del cuidar, tiene una visión holística de la persona, lo que implica que no se puedan realizar cuidados completos y de máxima calidad si no se tiene en cuenta al ser humano dentro de su cultura. Es por ello que se establece una estrecha relación entre la disciplina del cuidado – la enfermería – y la disciplina de la cultura – la antropología – (Siles *et al.*, 2001).

No obstante, no basta con enunciar la importancia de la cultura para la persona y para los cuidados de enfermería, sino que debemos otorgarles un cuerpo teórico que guíe a los profesionales de enfermería a la hora de prestar cuidados congruentes con la cultura. Para ello, los modelos y teorías de enfermería son el instrumento idóneo para dar sentido a este campo tan complejo y amplio como es la cultura. Como respuesta a ello, en la segunda mitad del siglo XX, Madeleine

Leininger publica la primera teoría que relaciona los cuidados de enfermería con la cultura: la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, de la enfermería transcultural o del Sol Naciente (Siles *et al.*, 2001; McFarland, 2015).

2.1.1. Madeleine Leininger: enfermería transcultural.

A la doctora Leininger se le considera la fundadora de los cuidados transculturales a través de su teoría de la enfermería transcultural. La idea para crear dicha teoría surgió al observar cómo la falta de comprensión de la esfera cultural, por parte de los profesionales sanitarios, influía en el comportamiento de los niños con problemas psiquiátricos y su adherencia a las terapias prescritas (McFarland, 2015).

Durante su doctorado, Leininger se dedicó al estudio de diversas culturas centrándose en el pueblo Gadsup (Nueva Guinea), observando no únicamente las características culturales de dicho pueblo, sino también las divergencias con respecto al cuidado, la salud y el bienestar existentes con respecto a su propia cultura (McFarland, 2015).

El concepto de enfermería transcultural se fundamenta en la enfermería y en la antropología, siendo definido como un área primordial de la ciencia enfermera, centrada en observar y comparar los valores culturales con respecto al cuidar, la salud, la enfermedad y la forma de actuar de las diferentes culturas. Una vez conocidas dichas particularidades, la enfermera deberá proporcionar cuidados que sean congruentes desde el punto de vista cultural y que ayuden a la recuperación, rehabilitación o muerte de la persona, de una forma culturalmente adecuada (McFarland, 2015).

Del mismo modo, a través de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales, Leininger considera a la persona un sujeto activo en los cuidados, pues ésta ha de enseñar al profesional cuáles son sus valores, creencias, visión del mundo, etc., para que la enfermera sepa cuáles son los cuidados que la persona desea recibir, de tal forma que pueda proporcionarlos de forma culturalmente adecuada (McFarland, 2015).

En definitiva, la visión de la teoría de Leininger se establece bajo una concepción holística de la persona, dónde se incluya el punto de vista sociocultural de ésta, marco de principal preocupación para la enfermera, quien ha de ahondar en cuáles son valores culturales de la persona a la que cuida, para así prestar cuidados individualizados, de calidad y coherentes con la cultura de ésta (McFarland, 2015).

2.1.2. Diversidad cultural y salud: el contexto español.

A través de la globalización, caracterizada por las tecnologías y el libre comercio, entre otros, la multiculturalidad es una realidad demográfica en la actualidad y en todo el planeta. Este hecho, hace que personas de diferentes culturas convivan en un mismo espacio, observando una gran diversidad cultural dentro de un mismo territorio. Ante esta situación, se hace necesario redefinir conceptos y relaciones, con el fin de que se puedan aplicar cuidados culturales de calidad (Casabona Martínez and Lillo Crespo, 2006; Ruiz Salvador *et al.*, 2006; Council of Europe Portal, 2021).

En el contexto español, la expansión globalizadora se ha visto incrementada en más de 8,5 veces en poco más de dos décadas: de 637.085 extranjeros en 1998, a 5.434.153 en el año 2020. Si tenemos en cuenta que la población total residente en España en dicha fecha fue de 47.329.981 habitantes, la población inmigrante supone un 11,48% del total. De todos ellos, como se observa en la *tabla 1*, la mayoría procede de países de la Unión Europea, seguidos de países poco desarrollados de América del Sur, África y Asia (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

La diversidad cultural que se observa en los datos demográficos hace que se produzca un choque cultural entre los recién llegados y los autóctonos, muchas veces cargado de prejuicios y estereotipos por parte de la sociedad receptora. Este hecho se une a una falta de gestión de cuidados culturalmente congruentes por parte del sistema sanitario, lo que provoca una disminución de la calidad en los cuidados, observable a través de los resultados de salud y en la satisfacción del usuario (Casabona Martínez and Lillo Crespo, 2006; Gentil García, 2006; Lillo Crespo and Casabona Martínez, 2006; Ruiz Salvador *et al.*, 2006).

Tabla 1. Inmigración en España según origen. Año 2020.

Región		Países habituales	Total región	TOTAL: 5.434.153
EUROPA	<i>Unión Europea (UE)</i> 1.617.936	Rumanía (667.378), Italia (252.008), Francia (108.275)	2.179.998	
	<i>No UE</i> 562.082	Reino Unido (262.885), Rusia (82.788).		
AMÉRICA	<i>América del Sur</i> 1.123.517	Colombia (273.050), Venezuela (189.110), Ecuador (130.919)	1.554.087	
	<i>América Central y Caribe</i> (356.102)	Honduras (121.963), República Dominicana (75.261), Cuba (64.634)		
	<i>Norteamérica</i> (74.468)	Estados Unidos (40.712)		
ÁFRICA		Marruecos (865.945), Senegal (76.973), Argelia (66.893)	1.193.407	
ASIA		China (232.807), Pakistán (97.705), India (54.387)	500.009	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

La respuesta a esta problemática, son los cuidados transculturales, pues teniendo en cuenta el punto de vista cultural, se favorece el funcionamiento adecuado del sistema sanitario, la adherencia a los programas de salud y la satisfacción del usuario (Casabona Martínez and Lillo Crespo, 2006; Lillo Crespo and Casabona Martínez, 2006).

2.2. Introducción de nuevos alimentos: alimentación complementaria.

La OMS y otras sociedades, como la European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) o la Asociación Española de Pediatría (AEP), recomiendan una alimentación a base de lactancia materna de forma exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida. La lactancia materna es considerada el alimento óptimo para el correcto crecimiento y desarrollo del lactante durante sus primeros 6 meses. Se ha demostrado que la leche materna se asocia a un descenso de la mortalidad infantil y a una mejora de la morbilidad; no obstante, la cantidad de lactantes alimentados con leche

materna a nivel global no supera el 40% (Fewtrell *et al.*, 2017; Gómez Fernández-Vegue, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2022).

A partir de los 6 meses de vida se recomienda comenzar con la alimentación complementaria, entendiéndose ésta como la acción de ir ofreciendo al lactante alimentos diferentes a la leche materna, de tal forma que éstos sean un complemento a la misma y no una sustitución, recomendándose el mantenimiento de la lactancia materna hasta, al menos, los 24 meses de edad. Esta introducción de nuevos alimentos debe seguir unos estándares de seguridad y de adecuación nutricional, aunque se ha visto que menos del 25% de los niños entre 6 meses y 2 años reciben una alimentación complementaria nutricionalmente adecuada (Gómez Fernández-Vegue, 2018; Lapillonne *et al.*, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2022).

El motivo de comenzar con la alimentación complementaria a los 6 meses es porque es el momento en el que el lactante tiene la suficiente madurez a nivel neurológico (capacidad de coger alimentos, mantenimiento de la sedestación con apoyo, ausencia del reflejo de extrusión, etc.) y a nivel de los sistemas gastrointestinal y renal. Aunque el punto de corte se establece en 6 meses, se considera adecuada su introducción entre los 4 y 7 meses. El hecho de su introducción antes de los 4 meses supondría riesgo de atragantamientos y de problemas gastrointestinales, así como riesgo de síndrome metabólico a largo plazo; pero si se demora más allá de los 7 meses existiría una predisposición a la desnutrición, a la hipersensibilidad a ciertos alimentos y peor adherencia a la alimentación (Fewtrell *et al.*, 2017; Gómez Fernández-Vegue, 2018).

En cuanto a la forma de introducción de los nuevos alimentos, tanto la ESPGHAN como la AEP recomiendan la introducción de los alimentos de forma secuenciada, de uno en uno y dejando un intervalo de varios días para comprobar su adecuada tolerancia. Se insta a aportar una dieta variada y equilibrada desde el punto de vista nutricional, que incluya todos los macronutrientes y micronutrientes necesarios para el correcto crecimiento y desarrollo del lactante. Del mismo modo, aunque según la evidencia actual no es necesario comenzar con un alimento concreto, las sociedades científicas recomiendan introducir cuanto antes aquellos ricos en hierro y zinc, y obviando el azúcar y la sal (Fewtrell *et al.*, 2017; Gómez Fernández-Vegue, 2018).

Siguiendo estas premisas básicas, el proceso de introducción de nuevos alimentos ha de ser individualizado a cada día *pater-filis*, respetando siempre cada circunstancia concreta, como puede ser el regreso de la madre al trabajo, así como siendo respetuosos con las costumbres y demás valores culturales de la familia, siempre que estos no sean contrarios ni pongan en riesgo la salud del lactante (Fewtrell *et al.*, 2017; Gómez Fernández-Vegue, 2018).

2.3. Cultura y alimentación complementaria.

En España, tradicionalmente, las recomendaciones que se han efectuado desde las consultas de enfermería pediátrica en atención primaria, sobre alimentación complementaria, han seguido un modelo medianamente rígido, en el cual el lactante ejercía un papel pasivo dentro del proceso de introducción de nuevos alimentos. A este respecto se puede observar el consejo nutricional publicado por parte de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria en el año 2009, dónde se recomienda la introducción de alimentos a los 6 meses de edad con una consistencia líquida o semilíquida y con cuchara, alegando que hasta los 8 meses de vida, el lactante no está neurológicamente preparado para alimentarse con sus propias manos, o se desaconseja la alimentación complementaria con dietas vegetarianas, deduciendo que no cubren las necesidades nutricionales en esta edad, a no ser que se introduzcan complementos (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2009a).

Del mismo modo, estas recomendaciones se han seguido aconsejando por parte de las organizaciones sanitarias hasta no hace demasiado tiempo, como puede observarse en el Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía en el año 2014, dónde incluso se recomienda seguir un calendario de introducción de diferentes alimentos, como cereales sin gluten hasta los 7 meses de vida para, a partir de ese momento, comenzar con cereales con gluten (Garrido Torrecillas *et al.*, 2014). Estas recomendaciones también se pueden evidenciar en otros medios de divulgación de gran alcance para la población, como pueden ser los blogs de divulgación de contenidos en salud dónde, basándose en dichas recomendaciones, incluso han llegado a establecer calendarios rígidos de introducción de diferentes grupos de alimentos (*Cuidados Pediátricos y*

Neonatales: Introducción de la alimentación complementaria, ¿Cómo hacerlo?, 2015; Palabra de Enfermera, 2017).

En la última década, especialmente en los cinco últimos años, estas recomendaciones han ido evolucionando hacia una visión más activa, dando una mayor autonomía a las preferencias de cada día *paters-filis*, como se puede observar en las recomendaciones en alimentación complementaria de la Guía de Salud Infantil publicada en el año 2017 por parte del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), así como en la actualización del Programa de Salud Infantil en el año 2021 (Benito and Nuin, 2017). Esta evolución también se hace patente en la Asociación Española de Pediatría, la cual actualizó las recomendaciones en alimentación complementaria en el año 2018, incorporando el término “alimentación activa”, basado en la introducción de nuevos alimentos bajo un enfoque positivo y activo, es decir, considerando que es el propio lactante el que debe elegir los alimentos que desee probar, dentro de los que los cuidadores les ofrezcan. De esta forma, se puede observar cómo se ha evolucionado desde un enfoque pasivo, dónde era el profesional el que determinaba qué alimento dar y cuándo darlo, a un enfoque activo, en el que es el propio lactante el que elige dicho alimento (Gómez Fernández-Vegue, 2018).

En consonancia con la evolución observada por parte de la AEP, también es importante destacar la mención que realiza a la variabilidad existente entre diferentes regiones y culturas en la alimentación, siendo necesario respetar dicha variabilidad, ofreciendo una alimentación complementaria basada en unas recomendaciones generales y evitando aconsejar pautas rígidas (Gómez Fernández-Vegue, 2018).

2.3.1. Variabilidad cultural en la forma de introducción de nuevos alimentos.

La cultura da lugar a las diferentes prácticas de alimentación infantil a través de diferentes mecanismos, como la definición o consideración de lo que es un alimento, la selección de los alimentos a consumir, así como la construcción de significados en torno a la comida, como la demostración de estatus, distinción social, cuidado o amor. Es por ello, que los profesionales sanitarios deben

conocer dichos significados, para elaborar intervenciones bajo una perspectiva *emic*, evitando imponer los valores culturales de este (Théodore *et al.*, 2019).

Para poder ejercer una visión desde este punto de vista, debemos evitar la preconcepción de homogeneidad, es decir, suponer que las comunidades son homogéneas, cuando la realidad es que dentro de un mismo grupo o comunidad existen amplias diferencias. En este sentido, surgen dos términos: por un lado el término consenso cultural, o grado en que los individuos comparten prácticas y creencias y, por el otro, el de diversidad intracultural, considerado opuesto al consenso cultural, y referido al análisis e interpretación de las diferencias culturales existentes dentro de una misma población (Kalra *et al.*, 2018).

Ambos términos se ponen de manifiesto en la etnografía realizada por Kalra, *et al.* (2018) en Ghana, dónde al estudiar a dos comunidades de la región, se observó cómo existe un amplio grado de diversidad intracultural entre las madres de ambas comunidades en las prácticas de crianza, en especial cuanto más pequeño es el infante. En el estudio, se ejemplifica con el término “salubridad del alimento o alimento saludable”, adquiriendo diferentes significados en función de la comunidad, desde un alimento no contaminado o limpio, hasta aquel alimento que posee propiedades que promueven el crecimiento. Hechos similares pueden apreciarse en otras áreas del planeta, como por ejemplo, en zonas andinas de Perú, dónde comunidades muy cercanas geográficamente, difieren ampliamente en sus costumbres alimenticias, existiendo alimentos, como la sangre cuajada, que son típicos de algunas comunidades, pero prohibidos en otras (Kalra *et al.*, 2018; Charron *et al.*, 2021).

Por norma general, existe un amplio consenso cultural entre la mayoría de las regiones del planeta en los beneficios de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida del lactante (Kamble *et al.*, 2020). No obstante, el cumplimiento de esta recomendación varía entre las diferentes culturas por motivos diversos, como se puede observar, por ejemplo, en zonas rurales de Sudáfrica, donde a pesar de que las madres consideran que la leche materna es el mejor alimento para el bebé, suelen abandonarla antes de los 6 meses para evitar la abstinencia sexual con sus maridos, ante la creencia de que una vez retomada la vida sexual, la leche materna enfermaría a los lactantes por ser impura (Chakona, 2020). Del mismo modo, aunque se mantenga la lactancia

materna hasta los 6 meses, o más allá, existen culturas que introducen otros productos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses, como en pueblos indígenas de México, donde se administra té de hojas frescas como remedio para calmar los cólicos del lactante, o en zonas de la India, donde se administran alimentos antes de iniciar la propia leche materna (Théodore *et al.*, 2019; Kamble *et al.*, 2020).

Mayor diversidad intracultural existe una vez que el lactante comienza a ingerir nuevos alimentos. En la literatura científica, se observa una amplia variabilidad entre diferentes regiones geográficas, como expone Cook, *et al.* (2020), donde tras realizar un estudio en un área étnicamente diversa de Reino Unido, observó cómo los padres africanos introducían como primer alimento puré de plátano, los padres polacos cereales (generalmente arroz o maíz) y los padres del sur de Asia comenzaban la alimentación complementaria con frutas, natillas y arroz con leche (Cook *et al.*, 2021).

Otro tema a destacar es la percepción que tienen los cuidadores sobre aquellos alimentos que se consideran más nutritivos, considerando a las frutas, verduras y productos lácteos como los mejores alimentos para los lactantes. No obstante, en diversas áreas geográficas existe una predominancia de carbohidratos en la dieta del infante, como sucede en zonas geográficas de Sudáfrica, donde se considera que la papilla de cereal es el alimento más importante para el lactante, siendo también habitual ofertar un producto típico de la región, denominado *niknak*, un refrigerio que, aunque las madres lo consideran poco saludable, se suele consumir por parte de los niños al menos 5 días a la semana. Este patrón también ha sido observado en otras áreas, como en México, donde el alimento básico es el maíz, aportando escasa cantidad de frutas, verduras y alimentos de origen animal, siendo también habitual realizar una adaptación a la dieta familiar desde una consistencia líquida, comenzando a aportar el caldo de las legumbres, hacia una consistencia sólida (Théodore *et al.*, 2019; Chakona, 2020).

Se ha de destacar que este patrón de alimentación a base de carbohidratos, es seguido, generalmente, por parte de poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas, con difícil acceso a alimentos variados, bien por habitar en un área geográficamente remota a zonas urbanas, o por la falta de recursos

económicos que les dificulte la compra de alimentos saludables por tener un mayor coste (Iqbal *et al.*, 2017; Chakona, 2020; Charron *et al.*, 2021).

Ante la observancia de la amplia variabilidad intercultural, el profesional sanitario debe estar formado en cuidados culturales para poder ayudar de forma eficaz a las familias en un proceso tan decisivo para la salud futura de la persona como es la alimentación complementaria. No obstante, es destacable cómo la brecha cultural sanitario-familia es observada como una barrera, bien porque el profesional sanitario no adapte las recomendaciones para que sean culturalmente aceptadas, porque regañe o utilice comentarios negativos con respecto a la forma de alimentación de la familia, o se muestre poco cercano (Manikam, Prasad, *et al.*, 2018; Manikam, Sharmila, *et al.*, 2018; Théodore *et al.*, 2019; Charron *et al.*, 2021).

2.3.2. Nuevas culturas de alimentación: dietas vegetarianas y veganas como forma de alimentación complementaria.

A grandes rasgos, se define dieta vegetariana como aquella en la que se excluye el consumo de todo tipo de carnes, pescados y crustáceos, permitiendo derivados animales como la leche, huevos o miel, en función del tipo de dieta vegetariana que se adopte. Aunque se puede optar por múltiples formas de dieta vegetariana, las mayormente consumidas son las dietas lacto-ovo-vegetarianas (permiten el consumo de todo tipo de vegetales, leche, huevo y miel), dietas lacto-vegetarianas (igual que la anterior, pero excluyendo el huevo), dietas ovo-vegetarianas (igual que la primera, pero excluyendo la leche) y dietas veganas (aquellas que excluyen todo tipo de alimento animal, incluso la leche, los huevos y la miel) (Agnoli *et al.*, 2017; Schürmann, Kersting and Alexy, 2017; Baldassarre *et al.*, 2020).

La adopción de dietas vegetarianas y veganas como método de alimentación está en auge, hasta el punto en que en las últimas décadas se ha incrementado su prevalencia en un 350%. Desglosando estas cifras por áreas geográficas, en Estados Unidos el 5% de la población adulta sigue una dieta vegetariana y casi un 4% vegana, en Australia asciende al 11,2% y en la India llega hasta el 30%. En cuanto a datos europeos, su prevalencia también va aumentando, observándose cifras desde un 2% en Francia hasta un 12% en Reino Unido.

Aunque en la población pediátrica estas cifras son menos rigurosas, se estima que la prevalencia de dietas vegetarianas y veganas se sitúa en torno a un 1% (Baldassarre *et al.*, 2020; Farella, Panza and Baldassarre, 2020; Kostecka and Kostecka-Jarecka, 2021).

La motivación por la cual se adopta este modo de alimentación es múltiple, predominando la consideración de que las proteínas vegetales son más saludables que las animales, razones de protección medioambiental, o razones religiosas, filosóficas o económicas (Bettinelli *et al.*, 2019; Baldassarre *et al.*, 2020).

En los escasos estudios que existen en la población pediátrica, se observa también un incremento de familias que optan por iniciar la alimentación complementaria con una dieta de tipo vegetariana al considerarlas seguras para los lactantes, idea que ha sido validada por diferentes sociedades científicas, como la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), la Academia de Nutrición y Dietética de Estados Unidos (ADA), la ESPGHAN y la AEP, entre otras (Agnoli *et al.*, 2017; Schürmann, Kersting and Alexy, 2017; Baldassarre *et al.*, 2020; Redecillas-Ferreiro, Moráis-López and Manuel Moreno-Villares, 2020; Kostecka and Kostecka-Jarecka, 2021).

En este contexto, el comité de Nutrición y Lactancia Materna de la AEP, en el año 2020, estableció una serie de recomendaciones para las familias que opten por este tipo de alimentación como forma de introducción de nuevos alimentos, basándose básicamente en la necesidad de la introducción temprana de legumbres, principal sustitutivo proteico a los alimentos de origen animal, el aporte de alimentos ricos en vitamina C, para favorecer la absorción del hierro, puesto que el hierro de origen vegetal tiene una biodisponibilidad menor, o el aporte de suplementos de vitamina B₁₂, entre otras recomendaciones. Del mismo modo, se hace hincapié en la posibilidad de adaptar este tipo de dietas a las normas culturales de cada familia, ofreciendo alternativas de alimentos en función de aquellos que, tradicionalmente, se ofrezcan en diferentes comunidades (Redecilla Ferreiro *et al.*, 2020).

Por otro lado, se ha de resaltar que, aunque las dietas vegetarianas y veganas puedan no aportar suficientes cantidades de ciertos nutrientes, como proteínas,

hierro, calcio, vitamina B₁₂ o ácidos grasos omega-3, se han descrito varios beneficios para la salud, en contraste con dietas omnívoras, tales como un menor riesgo de obesidad, de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, menor riesgo de procesos neoplásicos; así como la contribución al mantenimiento de la lactancia materna durante un periodo más prolongado que con dietas onmívoras, y una mayor permanencia de hábitos nutricionales saludables durante toda la vida. Igualmente, en estudios realizados con lactantes vegetarianos y veganos, se ha observado un desarrollo físico y neurocognitivo similar a aquellos alimentados con dietas omnívoras (Agnoli *et al.*, 2017; Schürmann, Kersting and Alexy, 2017; Bettinelli *et al.*, 2019; Baldassarre *et al.*, 2020; Redecillas-Ferreiro, Moráis-López and Manuel Moreno-Villares, 2020; KostECKA and KostECKA-Jarecka, 2021).

Con respecto a la formación en nutrición, es destacable el mayor conocimiento demostrado por parte de familias vegetarianas frente a familias omnívoras, como queda patente en el cuestionario realizado por parte de KostECKA, et al (2021) a dos grupos de familias Polacas (un grupo alimentado con dieta vegetariana y otro con dieta onmívora), dónde las familias vegetarianas demostraron un mayor conocimiento en nutrición que las familias omnívoras, así como una mayor adherencia a las recomendaciones nutricionales como, por ejemplo, en el número de comidas diarias, ajustándose en mayor proporción que las familias omnívoras, las cuales tendían a aportar un mayor número de comidas al día (KostECKA and KostECKA-Jarecka, 2021).

En contraposición con lo anterior, según la bibliografía existente, los profesionales sanitarios parecen no tener suficiente formación al respecto, considerando este tipo de dietas como poco equilibradas, existiendo una tendencia a desaconsejarlas por dicho motivo. Este hecho se ha convertido en una barrera manifestada por parte un alto porcentaje de familias que siguen dietas vegetarianas (Bettinelli *et al.*, 2019; Baldassarre *et al.*, 2020; Farella, Panza and Baldassarre, 2020).

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para la elaboración del marco teórico del presente estudio, se realizó una primera búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, principalmente en

Scopus y Pubmed. Para optimizar las búsquedas, se utilizaron diferentes descriptores, recurriéndose a los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) o al Medical Subject Headings (MeSH) en función de la base de datos utilizada. Se incluyeron todos aquellos artículos cuyo contenido tuviera relación con la temática de estudio, escritos en cualquier idioma, priorizando los publicados en los últimos 5-10 años, y con acceso a texto completo desde el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la Universitat Rovira i Virgili. Se excluyeron aquellos artículos a los que no se tuvo acceso al texto completo desde el CRAI.

Del mismo modo, se realizó una búsqueda secundaria recurriendo a diferentes recursos, como libros, monografías en internet, páginas web de organismos oficiales, revistas científicas impresas y publicadas en internet y blogs de divulgación científica.

3.1. Bases de datos y descriptores utilizados

En la tabla 2, se exponen las bases de datos utilizadas y los descriptores empleados en las búsquedas realizadas, así como los filtros con los que se ajustó la búsqueda, artículos encontrados y artículos finalmente elegidos para el estudio.

Tabla 2. Búsquedas en bases de datos

MOTOR DE BÚSQUEDA	BASES DE DATOS	FILTROS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS ELEGIDOS
CULTURAL DIVERSITY AND COMPLEMENTARY FEEDING AND INFANT	PUBMED	Últimos 5 años	27	9
	SCOPUS	Últimos 5 años	18	3
((CULTURE AND CARE) AND (KNOWLEDGE) AND (LIMITS) AND NURS))	PUBMED	Últimos 5 años	179	0
	SCOPUS	Sin filtros	20	3

Tabla 2. Búsqueda en bases de datos (continuación)

MOTOR DE BÚSQUEDA	BASES DE DATOS	FILTROS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS ELEGIDOS
KNOWLEDGE AND CULTURAL DIVERSITY AND COMPLEMENTARY FEEDING AND NURSE	PUBMED	Sin filtros	10	0
	SCOPUS	Sin filtros	1	1
((CULTURAL COMPETENCY AND NURSE) AND COMPLEMENTARY FEEDING)	PUBMED	Sin filtros	10	1
	SCOPUS	Sin filtros	1	1
VEGANS AND INFANT	PUBMED	Últimos 5 años	60	9

4. APORTACIONES DE INTERÉS DEL ESTUDIO

La utilidad práctica del presente proyecto radica en la importancia de conocer las fortalezas y barreras que tienen los profesionales de enfermería pediátrica, de la OSI Bilbao-Basurto, en cuanto a cuidados culturales; en este caso concreto al instruir en alimentación complementaria, por varios motivos:

1. Seguridad del paciente: el hecho de que el profesional que realiza la educación para la salud en materia de alimentación complementaria esté formado y sepa abordar desde el punto de vista cultural este aspecto, implicará que los pacientes interiorizarán con mayor facilidad prácticas de alimentación saludables, al no ser contrarias a su cultura, implicando, por tanto, menores problemas de salud prevenibles.
2. Estándares de calidad de la Organización, lugar de emplazamiento del estudio: conocer las barreras de los profesionales que trabajan en dicha

OSI, permitirá a la Organización adaptar los programas de formación a las necesidades reales de los mismos.

3. Excelencia profesional: conocer aquellas fortalezas de las que disponen las enfermeras de pediatría de atención primaria de la OSI Bilbao-Basurto para así proponer políticas que motiven e incentiven dichas fortalezas.

5. OBJETIVOS

Objetivo principal:

Conocer las fortalezas y las debilidades que presentan las enfermeras de pediatría de atención primaria, de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto (País Vasco), a la hora de prestar cuidados culturalmente congruentes en el proceso de introducción de la alimentación complementaria, siguiendo las premisas del modelo transcultural de Madeleine Leininger.

Objetivos específicos:

- Describir los conocimientos que las enfermeras citadas poseen acerca de enfermería transcultural y cuidados culturales.
- Analizar las barreras a las que se enfrentan dichas profesionales al realizar cuidados a personas de diferentes culturas.
- Estudiar las barreras a las que estas profesionales se enfrentan cuando proporcionan educación para la salud a padres que siguen una dieta vegana o vegetariana.
- Comparar dichos conocimientos, barreras y fortalezas en función del nivel profesional, basándonos en la teoría de Patricia Benner (de principiante a experta).

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo, de tipo fenomenológico y de corte transversal. En cuanto al emplazamiento, la investigación se llevó a cabo en el ámbito de la Atención Primaria de la OSI Bilbao-Basurto. La muestra se recogió en los siguientes centros de salud: Miribilla y Otxarkoaga.

A los participantes se les realizó una entrevista semiestructurada (Anexo 1), de una duración mínima de 30 minutos y máxima de 60 minutos.

6.2. Población y muestra

Las unidades de observación fueron profesionales de enfermería, que trabajan en el ámbito de la consulta de enfermería pediátrica, de los centros de salud mencionados.

Como criterios de inclusión se plantearon:

- Enfermeras especialistas en enfermería pediátrica, especialistas en enfermería familiar y comunitaria y enfermeras generalistas, que presten servicios en la consulta de pediatría de atención primaria.
- Titularidad del cupo del que se es referente y/o contrato de larga duración (eventual o interino).

En cuanto a los criterios de exclusión:

- Enfermeras (especialistas o generalistas) que presten servicios en consulta de atención primaria, diferente a la consulta de pediatría.
- Enfermeras (especialistas o generalistas) que presten servicios en ámbito hospitalario, independientemente del servicio, aunque éste sea en el ámbito pediátrico.
- Enfermeras que estén cubriendo una sustitución o un contrato de corta duración.

6.3. Variables y fenómenos a estudiar

Por un lado, se establecieron una serie de variables sociodemográficas (aplicadas a los profesionales de enfermería a entrevistar):

- Edad: medida en intervalos de 10 años.
- Sexo: masculino o femenino.
- Experiencia en la profesión: medida en años.
- Experiencia en consulta de pediatría de atención primaria: medida en años.
- Disponer de título de especialidad.
- Maternidad/paternidad, y número de hijos.

Al tratarse de un estudio de metodología cualitativa, el resto de las variables corresponden a aquellos fenómenos a estudiar, siendo éstos:

- Aproximación al nivel de competencia profesional (de principiante a experta), basándonos en la teoría de Patricia Benner.
- Conocimientos acerca de cuidados culturales.
- Fortalezas sentidas al cuidar a personas de diferentes culturas.
- Fortalezas sentidas al prestar educación para salud a personas veganas/vegetarianas.
- Debilidades sentidas al cuidar a personas de diferentes culturas.
- Debilidades sentidas al prestar educación para salud a personas veganas/vegetarianas.

6.4. Instrumentos de recogida de la información

Al ser un estudio fenomenológico basado en entrevistas semiestructuradas, donde predominan preguntas de respuesta abierta, para la recogida de los datos se utilizó una grabadora de voz, para facilitar posteriormente la transcripción sin perder datos.

Del mismo modo, el investigador que realizó la entrevista se apoyó de notas de campo para anotar aquellos aspectos que considerara relevantes para el estudio del fenómeno en cuestión.

6.5. Análisis de los datos

En primer lugar, se procedió a la transcripción de las entrevistas grabadas. Una vez transcritas las entrevistas, para el correcto análisis de los datos obtenidos, se analizaron siguiendo las fases planteadas por Taylor y Bogdan:

1. Descubrimiento: basada en un examen crítico de los datos que hemos obtenido. Se inició esta fase con la transcripción de las entrevistas y del cuaderno de campo, para posteriormente realizar una lectura crítica de los mismos, con la finalidad de buscar los temas e ideas que nos ayudaran a elaborar los conceptos y proposiciones teóricas del fenómeno estudiado. Esta fase es una antesala que los permitió elaborar una guía de la historia fenomenológica y elaborar tipologías.
2. Codificación: aquellos datos extraídos en la etapa anterior se reunieron y se codificaron en categorías, que nos ayuden a separar aquellos datos que son pertinentes de los que no lo son. Esta fase nos sirvió para refinar el análisis de cara a su mejor comprensión e interpretación.
3. Relativización: una vez codificados los datos y extraídos aquellos que han sido pertinentes, y que nos aportan información acerca del fenómeno de estudio, se procedió a su interpretación, siempre teniendo en cuenta el contexto en el que han sido recogidos, la influencia del observador/entrevistador, las fuentes de que nos hemos servido y nuestros propios preconceptos.

7. ASPECTOS ÉTICOS

En cumplimiento con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; así como con el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, se garantizó la confidencialidad de los datos manejados en el presente estudio.

Ante ello, a la hora de transcribir las entrevistas y notas de campo, se procedió a la anonimización de los datos que pudieran identificarles, otorgando a cada participante un código numérico. En relación a las grabaciones de voz, fueron

archivadas en una carpeta asegurada con una contraseña, para impedir su acceso por parte de terceros.

El presente estudio, se desarrolló según los principios éticos recogidos en la Declaración sobre Principios Éticos para Investigaciones Médicas en Seres Humanos de Helsinki.

Para ello, a los participantes se les entregó una hoja de información (Anexo 2), que tras su lectura, comprensión y aceptación de participación; de forma libre y voluntaria firmaron el consentimiento informado (Anexo 3) para su participación en el estudio. Dicho consentimiento podrá revocarse en cualquier momento del proceso de investigación, sin que ello tenga ningún tipo de repercusión sobre su persona, procediendo a la eliminación de los datos que puedan haber sido recogidos del participante.

Del mismo modo, la presente investigación ha recibido la autorización para su ejecución por parte de la Dirección de Enfermería de la Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto (Anexo 4), recibiendo del mismo modo, informe favorable para su realización por parte del Comité Ético de Investigación (CEI) del Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Anexo 5).

8. RESULTADOS

8.1. Características de los participantes.

Entre los dos centros de salud incluidos en el estudio conforman un total de 6 profesionales de enfermería en la consulta de pediatría. De ellos, accedieron a realizar la entrevista 3 enfermeras.

La edad de las enfermeras participantes estuvo comprendida entre los 28 y los 43 años. En relación al sexo, participaron dos mujeres y un hombre.

Teniendo en cuenta la experiencia profesional, la media de años trabajados en la profesión fue de 9 años, siendo menor en el caso de la consulta de enfermería pediátrica, dónde la enfermera que más tiempo se había dedicado a este ámbito fue 8 años, seguida de 3 años y 1 año y 4 meses. Al hacer referencia a la tenencia del título de Especialista en Ciencias de Salud en alguna de las

especialidades de Enfermería vigentes, ninguno de los participantes declaró poseerla.

Finalmente, al hacer referencia a la paternidad/maternidad, dos de los participantes tenían hijos, coincidiendo con aquellos que menor tiempo llevaban dedicados a la enfermería pediátrica de atención primaria.

En la siguiente tabla (tabla 3), se establece una codificación de los participantes, atendiendo a la edad, años de experiencia en la consulta de enfermería pediátrica y número de hijos.

Tabla 3. Codificación de los participantes

	ENFERMERA 1	ENFERMERA 2	ENFERMERA 3
Edad	43 años	32 años	28 años
Experiencia en pediatría	1 año y 4 meses	3 años	8 años
Hijos	Sí: 2 hijos, uno de 14 años y otro de 2 años	Sí: 1 hijo de 1 año	No

8.2. Aproximación al nivel de competencia profesional según la teoría de P. Benner.

Las primeras 9 preguntas de la entrevista semiestructurada fueron dirigidas a realizar una aproximación al nivel competencial (de principiante a experta) que las enfermeras van alcanzando a lo largo de su carrera profesional, integrando tanto el conocimiento teórico como el conocimiento práctico.

Comenzando con la capacidad sentida por los participantes para responder a las situaciones clínicas a las que se enfrentan, las tres participantes dieron una respuesta negativa, afirmando tener la necesidad de recurrir con frecuencia a otras compañeras, generalmente enfermeras con mayor experiencia.

Haciendo referencia a la realización de las tareas propias del Programa de Salud Infantil, también existe un consenso entre las tres enfermeras en su

preocupación por no realizar todas aquellas que se marcan en cada una de las visitas del citado programa. Del mismo modo, la enfermera 1 y la enfermera 2 mostraron preocupación por no excederse en el tiempo, sintiendo agobio en caso de llevar demora en la atención, no siendo así referido por parte de la enfermera 3, quien aseguró que no llevaba un control estricto del tiempo, sino que dedicaba a cada persona lo que necesitaba en ese momento concreto. Es destacable la declaración de la enfermera 2: *a mí me gusta atender a los pacientes a su hora, por lo tanto, eso implica que muchas veces la consulta no pueda ser tan exployada o tan relajada como a mí me gustaría.*

Otro aspecto a tener en cuenta dentro de la teoría de Patricia Benner es la capacidad de las enfermeras de adaptar los cuidados a la necesidad del paciente o, por el contrario, otorgar una atención más centrada en la ejecución de la tarea. A este respecto se formuló la pregunta 6 de la entrevista semiestructurada, dónde las tres enfermeras afirmaron que en la mayoría de las ocasiones tratan de centrar la consulta en las necesidades de cada usuario. No obstante, existen ligeras diferencias entre las participantes, dónde la enfermera 1 afirmó que siempre necesita guiarse por las tareas marcadas en el Programa de Salud Infantil, mientras que las enfermeras 2 y 3 se centraron en mayor medida a las necesidades del paciente, aseverando que la capacidad de centrarse en el paciente – en lugar de en la tarea – se lo ha ido proporcionando la experiencia.

Por otro lado, otra área evaluada en este sentido fue la intuición de la enfermera a la hora de detectar problemas “a simple vista o porque sienten que existe un problema”. En este sentido existe una mayor discrepancia entre las tres participantes. Las enfermeras 1 y 3 refirieron tener dicha capacidad, aunque por diferentes razones; en el caso de la enfermera 1 fue más por la experiencia que había tenido con sus dos hijos que por la experiencia profesional en el área de la pediatría, mientras que la enfermera 3 adquirió dicha intuición gracias a la experiencia profesional, tal y como afirmó: *el haber estado tanto tiempo con mi cupo me lleva a intuir, por el vínculo que se forma.* Con relación a la enfermera 2, aseguró no tener dicha capacidad intuitiva.

Finalmente, al preguntar sobre el uso del saber teórico o del saber práctico, las enfermeras 1 y 2 afirmaron que, aunque se basan en cierta medida en el saber práctico, es decir, en las herramientas que les ha dado la experiencia profesional,

necesitan guiarse por el saber teórico o las guías y protocolos que marcan cómo actuar ante las diferentes situaciones. En cuanto a la enfermera 3, aseguró que principalmente se basa en el saber que le ha otorgado su experiencia profesional. Un aspecto a destacar en este sentido, fueron las declaraciones que hicieron las enfermeras 1 y 2 acerca de su experiencia como progenitores, afirmando que la experiencia de haber tenido hijos les ha proporcionado unas herramientas sobre el cuidado y la educación para la salud en el ámbito pediátrico que, antes de ello, no tenían, la cual aplican en la consulta diaria.

En este sentido, en cuanto a la aproximación realizada sobre el nivel de competencia de las enfermeras de este estudio, tomando como referencia la teoría de Patricia Benner, nos encontramos ante tres perfiles diferenciados, observando cómo la enfermera 1 se puede aproximar más a un nivel de enfermera principiante avanzada (aquella que ya ha adquirido cierta experiencia y es capaz de ir afrontando las diferentes situaciones clínicas con ayuda), la enfermera 2 se puede aproximar a un perfil de enfermera competente (aquella que es capaz de llevar una cierta organización de las tareas y del tiempo, siendo capaz de resolver prácticamente todas las situaciones a las que se enfrenta, aunque aún no ha adquirido esa capacidad intuitiva de una enfermera experta), y la enfermera 3 se aproxima a una enfermera de tipo eficiente (aquella que ha adquirido cierto dominio intuitivo de las situaciones clínicas, desligándose progresivamente de una atención más centrada en la tarea para otorgar unos cuidados integrales).

8.3. Conocimientos sobre cuidados culturales.

Con respecto al concepto “cuidados culturales” en su sentido amplio, las tres participantes en el estudio consideraban que consistían en tener en cuenta la cultura del paciente, entendiéndose esta como las creencias, costumbres, valores o situación socioeconómica, entre otras, a la hora de proporcionar cuidados de enfermería. La enfermera 2 amplió dicho concepto, teniendo en cuenta las nuevas tendencias de alimentación como algo cultural: *familias que quieren dar un paso más o que tienen una percepción cultural diferente y que quieren introducir una alimentación complementaria más acorde a las tendencias*

o a la modernidad. Por otro lado, ninguna de ellas conocía ningún autor que hiciera referencia a los cuidados culturales.

Aplicado a la alimentación complementaria, existen diferencias entre las participantes. Mientras que la enfermera 1 y la enfermera 2 suelen guiarse por las guías disponibles en el soporte informático de la Organización Sanitaria, en las cuales se aconseja una alimentación variada, donde se incluyen todos los alimentos disponibles, la enfermera 3 refirió no utilizar dichas guías, sino que en primer lugar tiene en cuenta la idea o deseo de los padres y, partiendo de ahí, va adaptando el consejo nutricional.

Teniendo en cuenta la cultura de los progenitores, a los participantes se les formuló la cuestión de cómo actuarían en el caso de algún usuario se negara a seguir las recomendaciones explicadas en la consulta, existiendo unanimidad en la respuesta de las tres participantes, las cuales preguntarían a estas personas por los motivos del rechazo y tratarían de llegar a un consenso, en el cual se equilibrarían las normas culturales de la familia con las recomendaciones nutricionales.

Haciendo referencia a las dietas vegetarianas y veganas, tanto la enfermera 1 como la enfermera 2, consideraron la condición de omnívoro del ser humano, siendo ideal aportar alimentos, tanto animales como vegetales, apostando por medidas más relajadas, en las cuales, aunque los progenitores apostaran por una alimentación con mayor cantidad de vegetales, también deberían aportar alimentos de origen animal. La enfermera 3 difiere en este sentido, asegurando que las dietas vegetarianas y veganas son totalmente adecuadas para los lactantes. En esta línea, las tres participantes coinciden en que, en caso de encontrarse con algún caso de este tipo, escucharían a los padres y se informarían de cómo ayudarles a buscar la mejor opción para el lactante.

8.4. Fortalezas y barreras sentidas al acompañar en el proceso de la alimentación complementaria en personas de diferentes culturas.

Atendiendo a las fortalezas de los participantes a la hora de adaptar la alimentación complementaria a la cultura del paciente, existen diferencias entre los tres. La enfermera 1 refirió ausencia de capacidad para ello: *no tengo*

recursos. Nutricionista no soy, por lo que tendría que tener un curso para reforzar o meterme en un tema más específico. En cuanto a las declaraciones de la enfermera 2, afirmó que su mayor fortaleza era su capacidad para corregir errores de alimentación, mientras que la enfermera 3 refirió como fortalezas su capacidad de escucha y su visión de la vida, afirmando literalmente: *lo que he aprendido en mi cupo, y en base a mi forma de ver la vida. Mis habilidades creo que son respetar y escuchar a otras culturas, y tener como ideología que toda cultura tiene que ser respetada. Y aparte todas las nociones teóricas que he leído, o que se me haya enseñado.*

En cuanto a las barreras sentidas, las tres participantes hicieron referencia a la Organización Sanitaria como una barrera, especialmente debido a la falta de recursos para familias y a la desactualización de los recursos en alimentación complementaria disponibles. Del mismo modo, la falta de conocimientos sobre las culturas diferentes a la de los participantes, también fue identificado como una barrera.

8.5. Fortalezas y barreras sentidas al acompañar en el proceso de la alimentación complementaria a personas vegetarianas / veganas.

Evaluando las fortalezas de las participantes en el presente estudio sobre la aplicación de dietas vegetarianas y veganas, al igual que en el punto anterior, existen diferencias entre ellas. La enfermera 1 refirió que su mayor fortaleza era su capacidad de buscar información e informarse. La enfermera 2 no identificó ninguna fortaleza, y la enfermera 3 expuso como fortalezas el conocimiento adquirido por parte de amigos que son vegetarianos, por su curiosidad sobre este tipo de dietas, lo que le ha llevado a informarse, así como su interés por la cocina.

En relación con las debilidades sentidas al respecto, las tres participantes identificaron la falta de conocimientos sobre la aplicación de dietas vegetarianas y veganas a la alimentación complementaria, aunque a este respecto la enfermera 2 consideró que se apoyaría en los progenitores, afirmando lo siguiente: *creo que el vegetariano tendrá conocimientos [...] entiendo que la familia es la primera que se ha tenido que informar.* Del mismo modo, otra debilidad sentida por la enfermera 3 fue la dificultad de conseguir aportar una

cantidad adecuada de proteína, al estar tan relacionada con los alimentos de origen animal.

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La evidencia científica ha demostrado la importancia que tiene el aplicar la alimentación complementaria de forma correcta para la salud, a largo plazo, de las personas. Este hecho, unido a la implicación tan estrecha que tiene la cultura en los hábitos alimenticios, y que el profesional de enfermería es el principal promotor de hábitos saludables, hace que sea necesario que estas profesionales dispongan de herramientas adecuadas para afrontar las situaciones culturalmente tan diversas a las que se enfrentan a lo largo de su carrera profesional.

En primer lugar, en cuanto a la aproximación realizada sobre el nivel de competencia de las enfermeras de este estudio, tomando como referencia la teoría de Patricia Benner, nos encontramos ante tres perfiles diferenciados: enfermera principiante avanzada, enfermera competente y enfermera eficiente, correspondientes a las enfermeras 1, 2 y 3 respectivamente (Algarra *et al.*, 2013). Un aspecto que debe destacarse, y que no está incluido dentro de la teoría de Patricia Benner, es la capacidad experiencial que se adquiere con ciertas vivencias personales, como es el caso de tener hijos. En este sentido, las enfermeras 1 y 2 de nuestro estudio, a pesar de que, por tiempo de experiencia en el ámbito pediátrico, quizás deberían pertenecer a un nivel competencial inferior, la experiencia como progenitores parece haberles dado una serie de herramientas para situarse en un nivel superior. No obstante, estas afirmaciones se deben tratar con precaución, necesitándose una investigación más amplia al respecto, proponiéndose como futura línea de investigación.

Evaluando la relación entre el perfil competencial de las enfermeras del estudio con los conocimientos, fortalezas y barreras expresadas, se ha podido evidenciar cómo aquellas que se sitúan en un nivel competencial inferior, disponen de menores fortalezas que las situadas en niveles superiores. Sin embargo, no es así en cuanto a las barreras identificadas, dónde las tres enfermeras entrevistadas destacaron las mismas barreras. No obstante, el número de entrevistas es limitado, no llegándose a la saturación de la información, debiendo

tratar estos resultados con precaución, necesitando ampliar el número de participantes en investigaciones futuras.

Atendiendo a los conocimientos sobre cuidados culturales, se puede observar cómo las enfermeras del estudio coinciden en que consisten en prestar cuidados congruentes desde el punto de vista cultural, respetando las normas culturales de las personas a las que prestan cuidados, tal y como Madeleine Leininger formuló en su teoría del Sol Naciente (McFarland, 2015). Si aplicamos estas nociones a la alimentación complementaria, se ha podido evidenciar que las participantes del estudio están concienciadas en este respecto, puesto que, aunque la mayoría utiliza recursos proporcionados por la Organización Sanitaria para explicar las recomendaciones de introducción de nuevos alimentos, no lo hacen de una forma rígida, sino que adaptan sus recomendaciones a las preferencias culturales de los pacientes que atienden. Estos hechos difieren de otros estudios realizados con pacientes, dónde éstos identificaron la brecha cultural entre el sanitario y las familias como una barrera dentro de la relación terapéutica entre sanitario y paciente (Manikam, Prasad, *et al.*, 2018; Manikam, Sharmila, *et al.*, 2018; Théodore *et al.*, 2019; Charron *et al.*, 2021).

Si analizamos estas nociones aplicadas a las dietas veganas y vegetarianas, la mayoría de las enfermeras no disponen de conocimientos suficientes al respecto, especialmente al afirmar que el ser humano es omnívoro y ha de alimentarse con todo tipo de alimentos, a pesar de que en las últimas recomendaciones de las organizaciones científicas, se han incluido las dietas vegetarianas y veganas como una posibilidad y alternativa a la dieta omnívora (Redecilla Ferreiro *et al.*, 2020). Estas afirmaciones coinciden con otros estudios realizados con profesionales de la salud, dónde la mayoría de ellos aseguraron que las dietas veganas y vegetarianas no eran adecuadas para los lactantes, debido a que presentan carencias de ciertos nutrientes, como pueden ser la vitamina B₁₂ o ácidos grasos omega 3, entre otros (Agnoli *et al.*, 2017; Schürmann, Kersting and Alexy, 2017; Bettinelli *et al.*, 2019; Baldassarre *et al.*, 2020; Kostecka and Kostecka-Jarecka, 2021).

Del mismo modo, atendiendo a las fortalezas de las enfermeras de nuestro estudio para adaptar el acompañamiento en el proceso de alimentación complementaria a la cultura y preferencias de la familia, se pueden destacar la

capacidad de escucha, de mostrar interés por las preferencias de las familias a las que atienden y de buscar información que contraste su propia concepción de las recomendaciones que son correctas. Aunque no se han encontrado estudios con profesionales de la salud relacionados con este tema, estos resultados coinciden con los de otras investigaciones realizadas con familias, dónde éstas identificaron como factores promotores en la aplicación de la alimentación complementaria, el hecho de haber sido asesorados por profesionales de la salud (Manikam, Prasad, *et al.*, 2018; Manikam, Sharmila, *et al.*, 2018).

Por otro lado, es destacable el papel de la Organización Sanitaria como barrera identificada por parte de las participantes en el estudio, asegurando que los recursos que ofrece, así como la organización de las consultas y del Programa de Salud Infantil, es un factor negativo para promocionar los cuidados culturalmente congruentes. Del mismo modo, llama la atención la referencia a la falta de conocimientos, especialmente a la hora de adaptar la alimentación complementaria a preferencias vegetarianas y veganas. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados, dónde tanto la burocracia de la Organización Sanitaria como la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios, actuaron como factores negativos en el cumplimiento de las recomendaciones de salud (Manikam, Prasad, *et al.*, 2018; Manikam, Sharmila, *et al.*, 2018; Théodore *et al.*, 2019). En este sentido, sería importante que las Organizaciones Sanitarias invirtieran recursos en la actualización de sus protocolos y en la formación de profesionales en materia de cuidados culturales, puesto que derivaría en mejores resultados de salud, favorecería la excelencia profesional, mejoraría la seguridad del paciente y, consecuentemente, contribuiría a un menor gasto sanitario.

Un aspecto a destacar del presente estudio es que es el primero realizado con profesionales de la salud, puesto que no se han encontrado otros estudios similares dónde se relacionen los cuidados culturales con la alimentación complementaria, lo que supone la principal fortaleza del estudio. Del mismo modo, otra fortaleza ha sido el escrupuloso método de selección de las participantes, confiriéndole una adecuada validez interna.

Finalmente, con relación a las debilidades del estudio, la principal debilidad ha sido el pequeño tamaño de participantes, no pudiendo conseguir una saturación

de la información proporcionada. Por ello, se propone como línea de investigación futura, ampliar el número de entrevistas para descubrir potenciales aportaciones al fenómeno estudiado.

En conclusión, dentro de las implicaciones para la salud a largo plazo que tiene el aplicar una correcta alimentación complementaria, así como de la importancia tan decisiva de la cultura en la adquisición de hábitos alimenticios y siendo las enfermeras las principales promotoras de salud, se hace necesario conocer cuáles son las fortalezas y debilidades de estas profesionales en este respecto. En nuestro estudio, se han identificado como principales fortalezas la capacidad de escucha y adaptación a las necesidades y preferencias de las familias, y como debilidades las barreras de la propia Organización Sanitaria, al disponer de recursos escasos y poco actualizados, así como la falta de conocimientos de los propios profesionales. Ante ello, se ha de instar a las organizaciones y a los profesionales a invertir recursos en la actualización de las guías, protocolos y formación de los profesionales de la salud en esta materia.

10. BIBLIOGRAFÍA

Agnoli, C. *et al.* (2017) 'Position paper on vegetarian diets from the working group of the Italian Society of Human Nutrition', *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 27(12), pp. 1037–1052. doi: 10.1016/J.NUMECD.2017.10.020.

Algarra, C. *et al.* (2013) 'La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica', *Enfermería Global*, pp. 346–361.

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (2009a) 'Alimentación de 6 a 24 meses', in Exilibris Ediciones S.L. (ed.) *Programa de Salud Infantil*. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, pp. 317–323.

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (2009b) 'Organización y actividades por grupos de edad', in Exilibris Ediciones S.L. (ed.) *Programa de Salud Infantil*. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, pp. 46–59.

Baldassarre, M. E. *et al.* (2020) 'Vegetarian and Vegan Weaning of the Infant: How Common and How Evidence-Based? A Population-Based Survey and Narrative Review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), p. 4835. doi: 10.3390/IJERPH17134835.

Benito, A. and Nuin, B. (2017) *Guía de salud infantil de 6 meses a 3 años*. 3rd edn. Edited by Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.

Bettinelli, M. E. *et al.* (2019) 'Knowledge of Health Professionals Regarding Vegetarian Diets from Pregnancy to Adolescence: An Observational Study', *Nutrients*, 11(5), p. 1149. doi: 10.3390/NU11051149.

Bohannon, P. and Glazer, M. (2007) 'Edward Burnett Tylor (1832-1917)', in *Antropología. Lecturas*. 2nd edn. Madrid: McGraw-Hill, pp. 61–78.

Casabona Martínez, I. and Lillo Crespo, M. (2006) 'Gestión de cuidados de salud y competencia cultural', *Cultura de los cuidados*, X(20), pp. 83–86.

Chakona, G. (2020) 'Social circumstances and cultural beliefs influence maternal nutrition, breastfeeding and child feeding practices in South Africa', *Nutrition Journal*, 19(1), pp. 1–15. doi: 10.1186/S12937-020-00566-4/TABLES/5.

Charron, M. *et al.* (2021) 'Environmental and behavioural factors influencing the effectiveness of counselling on the feeding of infants and young children in two extremely poor Peruvian districts', *Journal of Communication in Healthcare*, 14(3), pp. 241–251. doi: <https://doi.org/10.1080/17538068.2021.1889906>.

Cook, E. J. *et al.* (2021) 'Parents' experiences of complementary feeding among a United Kingdom culturally diverse and deprived community', *Maternal & Child Nutrition*, 17(2), p. e13108. doi: 10.1111/MCN.13108.

Council of Europe Portal (2021) *La globalización*. Available at: <https://www.coe.int/es/web/compass/globalisation>.

Cuidados Pediátricos y Neonatales: Introducción de la alimentación complementaria, ¿Cómo hacerlo? (2015). Available at: <http://cuidadospediatricosyneonatales.blogspot.com/2015/09/introduccion-de-la-alimentacion.html> (Accessed: 16 June 2022).

Farella, I., Panza, R. and Baldassarre, M. E. (2020) 'The Difficult Alliance between Vegan Parents and Pediatrician: A Case Report', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), p. 6380. doi: 10.3390/IJERPH17176380.

Fewtrell, M. *et al.* (2017) 'Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition', *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), pp. 119–132. doi: 10.1097/MPG.0000000000001454.

Garrido Torrecillas, F. J. *et al.* (2014) *Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía. Temas*. Edited by Consejería de Igualdad Salud y Políticas Sociales. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Gentil García, I. (2006) 'Enfermería y personas de otras culturas', *Cultura de los cuidados*, X(19), pp. 37–40.

Gómez Fernández-Vegue, M. (2018) *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria*. Edited by Asociación Española de Pediatría. Available at: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_so

bre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf (Accessed: 7 January 2022).

Instituto Nacional de Estadística (2020) *Principales series de población desde 1998. Población extranjera por Nacionalidad, comunidades, Sexo y Año*. Available at: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02005.px&L=0>.

Iqbal, S. *et al.* (2017) 'Factors associated with infants' and young children's (6-23 months) dietary diversity in Pakistan: Evidence from the demographic and health survey 2012-13', *Nutrition Journal*, 16(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/S12937-017-0297-7/TABLES/5.

Kalra, N. *et al.* (2018) 'Patterns of cultural consensus and intracultural diversity in Ghanaian complementary feeding practices', *Maternal and Child Nutrition*, 14(1). doi: 10.1111/MCN.12445.

Kamble, B. *et al.* (2020) 'Infant and young child feeding practices among mothers of children aged 6 months -2 years in a rural area of Haryana: A qualitative study', *Journal of family medicine and primary care*, 9(7), p. 3392. doi: 10.4103/JFMPC.JFMPC_164_20.

Kostecka, M. and Kostecka-Jarecka, J. (2021) 'Knowledge on the Complementary Feeding of Infants Older than Six Months among Mothers Following Vegetarian and Traditional Diets', *Nutrients*, 13(11), p. 3973. doi: 10.3390/NU13113973.

Lapillonne, A. *et al.* (2019) 'Feeding the Late and Moderately Preterm Infant: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition', in *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. NLM (Medline), pp. 259–270. doi: 10.1097/MPG.0000000000002397.

Leininger, M. (1999) 'Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural', *Cultura de los cuidados*, 3(6), pp. 5–12.

Lillo Crespo, M. and Casabona Martínez, I. (2006) 'Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud', *Cultura de los cuidados*, X(20), pp.

87–91.

Lutter, C. K., Grummer-Strawn, L. and Rogers, L. (2021) 'Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age', *Nutrition reviews*, 79(8), pp. 825–846. doi: 10.1093/NUTRIT/NUAA143.

Manikam, L., Prasad, A., *et al.* (2018) 'Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in South Asian families: the India perspective', *Public health nutrition*, 21(4), pp. 637–654. doi: 10.1017/S136898001700297X.

Manikam, L., Sharmila, A., *et al.* (2018) 'Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in South Asian families: the Pakistan perspective', *Public health nutrition*, 21(4), pp. 655–668. doi: 10.1017/S1368980017002956.

McFarland, M. R. (2015) 'Madeleine M. Leininger. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales', in Raile Alligood, M. (ed.) *Modelos y teorías en enfermería*. 8th edn. Barcelona: Elsevier, pp. 405–429.

Moreno Preciado, M. (2018) 'El campo de la antropología social y cultural. Enfermería cultural', in *Una mirada antropológica del cuidado*. Madrid: Ibergaceta Publicaciones, pp. 4–48.

Organización Mundial de la Salud (2022) *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> (Accessed: 2 January 2022).

Palabra de Enfermera (2017) *Alimentación complementaria en niños*. Available at:

<http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2017/02/21/alimentacion-complementaria-ninos/> (Accessed: 16 June 2022).

Pedraza Anguera, A. (2011) 'Aspectos conjuntos profesionales Pediatría/Enfermería: El equipo pediátrico de Atención Primaria: aspectos formativos y asistenciales', *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 13(20). Available at: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400006.

Redecilla Ferreiro, S. *et al.* (2020) 'Position paper on vegetarian diets in infants

and children. Committee on Nutrition and Breastfeeding of the Spanish Paediatric Association', *Anales de pediatria*, 92(5), pp. 306.e1-306.e6. doi: 10.1016/J.ANPEDI.2019.10.013.

Redecillas-Ferreiro, S., Moráis-López, A. and Manuel Moreno-Villares, J. (2020) 'Position paper on vegetarian diets in infants and children. Committee on Nutrition and Breastfeeding of the Spanish Paediatric Association', *Anales de Pediatría (English Edition)*, 92(5), pp. 306.e1-306.e6. doi: 10.1016/J.ANPEDE.2019.10.004.

Ruiz Salvador, D. *et al.* (2006) 'Sociedad actual e inmigración: el reto de la enfermería humanista', *Cultura de los cuidados*, X(20), pp. 76–82.

Sánchez Gallego, N. and Solana Clemente, P. (2018) 'Papel de enfermería en atención primaria', *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*. Available at: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-de-enfermeria-en-atencion-primaria/> (Accessed: 15 June 2022).

Schürmann, S., Kersting, M. and Alexy, U. (2017) 'Vegetarian diets in children: a systematic review', *European Journal of Nutrition*, 56(5), pp. 1797–1817. doi: 10.1007/S00394-017-1416-0.

Siles, J. *et al.* (2001) 'Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural', *Cultura de los cuidados*, 5(10), pp. 72–87.

Théodore, F. L. *et al.* (2019) 'Sociocultural Influences on Poor Nutrition and Program Utilization of Mexico's Conditional Cash Transfer Program', *The Journal of Nutrition*, 149(Supplement_1), pp. 2290S-2301S. doi: 10.1093/JN/NXZ181.

Vilaplana, M. (2003) 'La alimentación como signo de cultura', *Offarm*, 22(4), pp. 111–114. Available at: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-alimentacion-como-signo-cultura-13046056> (Accessed: 23 October 2021).

White, J. M. *et al.* (2017) 'Complementary feeding practices: Current global and regional estimates', *Maternal & child nutrition*, 13(2), p. e12505. doi: 10.1111/MCN.12505.

Zarco Colón, J. *et al.* (2019) 'La salud como objeto de investigación social. Una



introducción.', in *Investigación cualitativa en salud*. 1st edn. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas., pp. 17–23.

11. CRONOGRAMA

En el siguiente cronograma, se establece la planificación del trabajo a seguir en cada una de las fases:

Tabla 4. Cronograma de trabajo.

	Enero 2022	Febrero 2022	Marzo 2022	Abril 2022	Mayo 2022	Junio 2022	Julio 2022
Fase 1: Presentación al comité de ética.							
Fase 2: Definición del marco teórico.							
Fase 3: Realización de entrevistas.							
Fase 4: Transcripción de entrevistas y notas de campo.							
Fase 5: Análisis de los datos.							
Fase 6: Elaboración del informe final.							
Fase 7: Difusión de los resultados.							

12. PRESUPUESTO

Los recursos necesarios para la ejecución del proyecto fueron: grabadora de voz, cuaderno (para elaborar las notas de campo) y ordenador portátil. En la tabla 5, se expone el presupuesto empleado.

Tabla 5. Presupuesto

Material	Precio
Ordenador portátil	800 €
Grabadora de voz	100 €
Material fungible	50 €
TOTAL	950 €



13. ANEXOS

13.1. Anexo 1: Entrevista semiestructurada.

Datos sociodemográficos:

Edad:

- Entre 20 y 29 años.
- Entre 30 y 39 años.
- Entre 40 y 49 años.
- Entre 50 y 59 años.
- 60 o más años.

Sexo:

- Masculino.
- Femenino.

Especialidad:

- NO.
- SÍ. Especificar (especialidad y vía de obtención):

Años de experiencia en la profesión:

Años de experiencia en pediatría de atención primaria:

Hijos:

- NO.
- SÍ. Especificar (nº de hijos y edad):

Preguntas dirigidas a enmarcar a la enfermera en una de las 5 etapas descritas por Patricia Benner (de principiante a experta):

- 1) ¿Te consideras capacitada para dar respuesta a la mayoría de las situaciones clínicas a las que te enfrentas?
- 2) ¿Sueles recurrir a menudo a compañeras con mayor experiencia para afrontar situaciones del día a día?
- 3) ¿Te preocupa no realizar todas las tareas que marca el Programa de Salud Infantil en cada una de las revisiones?
- 4) Antes de cada revisión, ¿necesitas planificar las actividades a realizar para cumplir con el horario establecido?
- 5) ¿Sueles llevar demora en la atención? ¿Te sientes agobiada, por lo general, por no atender a los pacientes a su hora?
- 6) ¿Necesitas guiarte por los recursos del Plan de Salud Infantil para afrontar la consulta?, ¿o adaptas cada revisión a las necesidades que, en ese momento, intuyes que más preocupan al paciente?
- 7) ¿Sueles descubrir problemas en tus pacientes a simple vista, es decir, porque lo intuyes, “porque tu sientes que tienen un problema”?
- 8) ¿Consideras que conoces a tu cupo de población, de tal forma que, por ejemplo, cuando tienes a un paciente citado, sueles prever qué necesita?
- 9) ¿Te guías más por tus conocimientos teóricos, o por tu experiencia profesional a la hora de cuidar a tu población?

Preguntas dirigidas a conocer las fortalezas y barreras en cuidados culturales

- 10) ¿Qué recursos en alimentación complementaria utilizas en tu actividad asistencial? ¿Qué opinas sobre los recursos que existen en Osabide AP?
- 11) ¿Qué tipo de alimentación consideras que es la más saludable?

- 12) ¿En qué crees que consisten los cuidados culturales? ¿Los consideras importantes? ¿Sabrías nombrar algún/a autor/a que hable sobre interculturalidad en cuidados de enfermería?
- 13) ¿En qué contexto cultural consideras que se reparte tu cupo?
- 14) ¿Qué importancia crees que tiene adaptar la alimentación complementaria a la cultura de los progenitores?
- 15) ¿Qué errores de alimentación consideras que, con mayor frecuencia, cometen pacientes de otras culturas? ¿Y de la tuya?
- 16) Si un paciente de otra cultura rechaza aplicar las instrucciones que aparecen en las guías de alimentación complementaria de Osabide AP (o de los recursos que tu posees), ¿cómo actuarías?
- 17) ¿Sabrías explicarme algún caso de este tipo con el que te hayas encontrado?
- 18) ¿Qué capacidades consideras que tienes a la hora de adaptar la alimentación a la cultura del paciente?
- 19) ¿Qué dificultades consideras que tienes a la hora de adaptar la alimentación a la cultura del paciente?
- 20) ¿Qué opinas sobre las dietas vegetarianas / veganas como modo de alimentación complementaria?
- 21) ¿Cómo actuarías si unos padres desean proporcionar dieta vegana o vegetariana a su hijo como modo de alimentación complementaria?
- 22) ¿Sabrías explicarme algún caso de este tipo con el que te hayas encontrado?
- 23) ¿Qué capacidades consideras que tienes a la hora de adaptar la alimentación complementaria a una dieta vegana / vegetariana?
- 24) ¿Qué dificultades consideras que tienes a la hora de adaptar la alimentación complementaria a una dieta vegana / vegetariana?



25) ¿Qué otros aspectos que relacionen la cultura del paciente con la alimentación complementaria consideras importantes, o que te produzcan curiosidad o inquietudes?

13.2. Anexo 2: Hoja de información para los participantes.

Nos complace invitarle a participar en el estudio de investigación titulado INTERCULTURALIDAD E INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS ENFERMERAS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA. Por favor, antes de decidir si participar o no, lea atentamente esta hoja informativa.

El objetivo que se persigue es conocer las fortalezas y limitaciones sentidas por las enfermeras de pediatría de atención primaria, de la OSI Bilbao-Basurto, al proporcionar Educación para la Salud en alimentación complementaria a padres de lactantes de culturas diferentes. Su participación consistirá en realizar una entrevista de una duración entre 30 y 60 minutos. Dicha entrevista será grabada mediante una grabadora de voz.

Su participación en el estudio no presenta riesgos conocidos, y contribuirá a mejorar la excelencia profesional (al descubrir las fortalezas de que dispones, y así poder potenciarlas) y a mejorar la visión y calidad de los programas formativos de la OSI Bilbao-Basurto, al proponer formaciones dirigidas a paliar aquellas debilidades que se vislumbren en las entrevistas con relación al abordaje intercultural. Del mismo modo, con su participación también podremos compartir experiencias y contribuir al avance de nuestra profesión.

Finalmente, quisiéramos aclararle que, en aplicación de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, queda asegurado su anonimato, de tal forma que no se revelará ningún dato personal, y las grabaciones de voz a las que se ha hecho referencia, se almacenarán en una carpeta segura, con contraseña, la cual únicamente conocerá el equipo investigador. Del mismo modo, para poder participar en dicho proyecto, tendrá que firmar un consentimiento informado, libre y voluntario, el cual podrá revocar, sin necesidad exponer ningún tipo de explicación, en cualquier momento, aunque ya esté iniciada la investigación. En caso de revocación del consentimiento informado, se procederá a la destrucción de toda aquella información que, sobre su participación, se hubiera recogido.



Si necesita aclarar alguna duda, o recibir más información, no dude con contactar con el investigador principal, D. Jesús Alberto Martín González, a través del teléfono 690 767 177 o, si lo prefiere, del correo electrónico jsalmg@gmail.com

Muchas gracias por su atención.



13.3. Anexo 3: Consentimiento informado.

Título del estudio: INTERCULTURALIDAD E INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS ENFERMERAS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Investigador principal: JESÚS ALBERTO MARTÍN GONZÁLEZ. Contacto: teléfono: 690 767 177, correo electrónico: jsalmg@gmail.com

Yo,

D/Dña.....

..., con DNI....., declaro que:

- He recibido por parte del equipo investigador una hoja informativa, de la cual se me ha proporcionado una copia.
- He podido realizar cuantas preguntas he necesitado, las cuales han sido resueltas.
- Comprendo los riesgos y beneficios que conlleva mi participación en dicho proyecto de investigación.
- Se me ha informado de que las entrevistas a realizar serán grabadas por voz, y que dichas grabaciones serán depositadas en una carpeta segura, a la que nadie más que el equipo investigador tendrá acceso.
- Se me ha informado de la confidencialidad y anonimización de mis datos personales.
- Se me ha informado de que mi participación en esta investigación es libre y voluntaria, y de la posibilidad de revocación de mi consentimiento, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna.
- Se me ha informado de que el estudio, y sus resultados, podrán ser difundidos en publicaciones y/o eventos científicos, sesiones clínicas y utilizados para la docencia.



Tras lo expuesto anteriormente, doy mi consentimiento informado, libre y voluntario a participar en dicho proyecto de investigación.


Para que conste, firmo en Bilbao, a de de 20.....


Participante:

Investigador:

Fdo..... Fdo.....

13.4. Anexo 4: Autorización para la ejecución del proyecto por parte de la Dirección de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto.


BILBAO - BASURTO
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA
BILBAO - BASURTO



Bilbao, a 21 de diciembre de 2021

A la Atención de Dña Isabel Malmierca García:

Don/Dña **JESÚS ALBERTO MARTÍN GONZÁLEZ**, DNI **44410463-Q** con categoría de **ENFERMERO** y que desarrolla sus funciones en la unidad de **CENTRO DE SALUD MIRIBILLA** solicita autorización a la Dirección de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto para desarrollar el proyecto titulado: **INTERCULTURALIDAD E INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS ENFERMERAS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

Objetivo principal del proyecto: **Conocer las fortalezas y las debilidades que presentan las enfermeras de pediatría de atención primaria, de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto (País Vasco), a la hora de prestar cuidados culturalmente congruentes en el proceso de introducción de la alimentación complementaria, siguiendo las premisas del modelo transcultural de Madeleine Leininger y se desarrollará en el período comprendido entre el 01 de enero de 2022 y el 30 de junio de 2022.**

Comprometiéndome a presentar dicho proyecto al CEIC de la OSI Bilbao-Basurto para su aprobación, realizando las modificaciones que consideren oportunas

Firma investigador principal:

**MARTIN
GONZALE
Z JESUS
ALBERTO -
44410463
Q**

Firmado digitalmente por MARTIN GONZALEZ JESUS ALBERTO - 44410463Q
Fecha: 2021.12.21 07:54:50 +01'00'



Osakidetza

BILBAO - BASURTO
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA
BILBAO - BASURTO



AUTORIZO:

En Bilbao, a 21 de 12 de 2021

Firma Directora de Enfermería OSI Bilbao Basurto

Isabel Malmierca García

13.5. Anexo 5: Informe favorable del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Basurto.



DE: SECRETARÍA. CEI HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

A: **D. JESUS ALBERTO MARTÍN GONZÁLEZ**
HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO
OSI BILBAO BASURTO.
ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA

Bilbao, 19 de enero de 2022

Estimad Sr. MARTÍN,

Le comunicamos que en la reunión del Comité Ético de Investigación (CEI) celebrada el día 19 de enero de 2022, analizada la documentación presentada, ha sido aprobado para su realización en la OSI BILBAO BASURTO el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN que Ud. Dirige y titulado:

**INTERCULTURALIDAD E INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS ENFERMERAS
EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Código interno (02.22 CEIHUB)

INFORME FAVORABLE

INVESTIGADOR PRINCIPAL
D. JESÚS ALBERTO MARTÍN GONZÁLEZ

ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA. OSI BILBAO BASURTO

