



Contexto profesional del cuidado a los niños hospitalizados por problema social

BEATRIZ SÁNCHEZ PASTOR, MERCEDES FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, PILAR JUSTO GUTIÉRREZ, JOSEFA HERRERA ROMERO

Auxiliares de Enfermería del Hospital Universitario La Fe, Valencia

Accesit del XI Certamen Nacional de Investigación de FAE

Nuestra investigación es un estudio descriptivo transversal sobre el cuidado profesional realizado por las Auxiliares de Enfermería/Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (AE/TCAE) a los niños ingresados en el Hospital Infantil Universitario La Fe de Valencia, con diagnóstico principal de problema social. El objetivo principal del trabajo ha sido conocer el contexto profesional en el que se está proporcionando ese cuidado. Los datos se han obtenido a través de una serie de entrevistas en profundidad a profesionales expertos y se ha completado mediante un grupo de discusión. Nuestro trabajo nos ha dado a conocer el relevante papel que desempeña el AE/TCAE en esta área de cuidados y algunas de las dificultades con las que cuenta para su desarrollo.

INTRODUCCIÓN

En nuestra práctica de trabajo diaria en un hospital infantil advertimos que el ingreso en las unidades de hospitalización de algún niño con motivo principal de ingreso un problema social (PS) —concepto en el que se incluyen circunstancias muy diversas y de muy diferente calado—, y si no existe causa física grave, supone directamente una carga asistencial añadida para las AE/TCAE.

Siguió una reflexión acerca de si el cuidado de estos niños, además de un aumento de la tarea, debía implicar también el desarrollo de alguna actividad específica.

Entendimos que estos niños no deben ser únicamente objeto de unos cuidados estandarizados

y, a su vez, nos preguntamos cómo y cuáles deben ser nuestras intervenciones, salvo los casos de actuaciones judiciales expresas: retirada de la tutela de los padres por parte de las autoridades, orden de alejamiento de alguno de los progenitores, etc.

Nuestro interés en proporcionar un cuidado integral profesional y de calidad a estos niños nos llevó a preguntarnos cuál es la situación actual de este cuidado, y cuáles serían nuestros puntos de mejora.

Para comenzar el trabajo, en primer lugar debimos aclarar el concepto de problema social, definir la situación concreta que nos interesaba estudiar, y justificar por qué decimos que la AE/TCAE en el cuidado al niño ingresado por PS adquiere el rango de cuidador principal.

Como hemos comentado con anterioridad, el diagnóstico de PS comprende situaciones de diferente entidad: puede tratarse de atención a minorías étnicas: inmigración y sus repercusiones en la falta de medios, desconocimiento del idioma... Se trata también con el mismo diagnóstico la atención al maltrato, que incluye abuso sexual, abandono, etc., y a los niños con riesgo social: marginación, toxicomanía de los padres, etc.

Se aglutina gran parte de la patología social que la Sociedad de Pediatría Social nombra como una de sus tres áreas de actividad: la que incluye problemas de salud del niño por causas sociales.

Así pues, se da la circunstancia de que cuando se sospecha

que los padres no pueden garantizar los cuidados al niño enfermo aunque no haya enfermedad grave asociada, se ingresa al niño en el hospital para garantizar su atención.

Si asumimos que cuando el motivo principal de ingreso de un niño es un PS asociado o no a enfermedad banal, y la AE/TCAE realiza el mayor número de intervenciones significativas sobre el paciente y su familia, se transforma por ello en el cuidador principal, haciéndose cargo incluso de tareas de acompañamiento, entretenimiento y juegos, muy frecuentemente en ausencia permanente de los padres.

Y ésta es la situación concreta que quisimos analizar, que es, por otro lado, una situación bastante frecuente, ya que cada año ingresa en los hospitales un número de niños en esta situación que sospechamos que resulta bastante elevado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos

El objetivo principal de esta investigación ha sido conocer el contexto profesional en el que los niños ingresados por PS en nuestro hospital recibe los cuidados oportunos.

Ese contexto se define, en gran medida, por las competencias de los cuidadores, por eso quisimos también, como objetivos secundarios, conocer si las AE/TCAE han recibido o existe una carencia de algún tipo de formación específica para el cuidado de niños con algún tipo de PS, y cuáles son sus opiniones sobre ese cuidado específico.

Metodología

Entendimos que este tipo de objetivos requería de técnicas cualitativas. Aunque había una serie de datos numéricos con los que también, en principio, nos interesaba contar: el número de niños que ingresa en nuestro hospital cada año diagnosticados de PS, cuáles son los problemas más frecuentes y qué tipo de soluciones técnicas han requerido. Para ello nos dirigimos a la Unidad de Trabajo Social de nuestro hospital. Desafortunadamente, esa información no se nos pudo proporcionar al no existir una aplicación informática de registro, y tuvimos que prescindir de esos datos. Uno de los motivos por lo que solicitamos esta información estaba también relacionado con la distribución de la muestra, que quisimos estratificar según la proporción de niños ingresados con diagnóstico de PS en las diferentes unidades de hospitalización, pero como esto no fue posible, realizamos entrevistas en cada unidad hasta que observamos que la nueva información que aportaban ya no era significativa.

Para el tipo de información que queríamos recoger, entendimos que la técnica idónea sería una entrevista en profundidad semi dirigida. Pedimos la colaboración de una socióloga, que nos instruyó en cómo debíamos hacer las entrevistas —que fueron grabadas—, y elaboramos un guión por el que debía transcurrir la entrevista, los temas que debíamos tratar. Ella se encargó también de explicar a las supervisoras el objeto del estudio, para obtener confidencialmente de cada unidad el nombre de dos AE/TCAE con experiencia en el

puesto y demostrada calidad en su trabajo que pudiera colaborar con nosotras.

De esta manera localizamos a dieciséis personas y cada una de nosotras hizo las entrevistas correspondientes, transcribiéndolas más tarde, de modo que todas pudimos leer la totalidad de las entrevistas y disponer de los datos.

Con esta información, organizamos con la socióloga un grupo de discusión para ver si surgía nueva información que no se detecta en las entrevistas individuales.

Tanto el guión de la entrevista como el informe del grupo de discusión lo presentamos como anexo I y anexo II.

Datos obtenidos

Mostramos aquí parte de la información y de las opiniones generales que se vertieron en las entrevistas a estas dieciséis AE/TCAE.

El ingreso de niños ingresados por un PS es un suceso frecuente, por lo que todos los entrevistados tenían, efectivamente, experiencia en el tema.

Las personas entrevistadas no conocían el protocolo de actuación ante una sospecha de PS y, en todo caso, declinaban la responsabilidad de la denuncia sobre sus superiores jerárquicos: la supervisora, el médico... a pesar de que existe la posibilidad de que cualquier trabajador del hospital pueda comunicarlo directamente a la Unidad de Trabajo Social. Los profesionales de Puerta de Urgencias y de Neonatología conocían los protocolos de actuación médicos: notificación al juzgado ante signos o síntomas de maltrato en el caso de Urgencias, el tratamiento para



el síndrome de abstinencia en los recién nacidos...

De los entrevistados, nadie nunca había detectado, y en consecuencia comunicado a un superior, la existencia o sospecha de un PS. Ni ante el diagnóstico confirmado en un niño, buscó señales de algún otro problema asociado.

A pesar de ello, todos mantuvieron la opinión de que para los niños que acuden con un PS al hospital, su situación es detectada y resuelta.

Los entrevistados estuvieron de acuerdo en que la atención a los niños con un PS supone una carga de trabajo mayor, relacionada con el tiempo de atención al niño y a su familia. También para la mayoría, el cuidado a estos niños añadía una carga psíquica.

Uno de los informantes había recibido amenazas por parte de la familia de un niño, y ninguno de ellos había sufrido agresión física.

La mayoría de los entrevistados no consideraban que los niños que padecen un PS tuvieran necesidades especiales, que su recuperación fuera más lenta o ingresaran con más frecuencia. En ninguna unidad se había dado formación específica en patología social, y ningún informante había recibido esa formación

por otra vía. Los entrevistados no habían recibido instrucciones expresas para el cuidado de algún problema tipo: maltrato, abandono... y resolvían el cuidado de forma intuitiva.

Opinaban que estos niños eran tratados por ellos con especial cariño y dedicación. Entendían que el trato a los niños y sus familias no era discriminatorio y que se respetaba estrictamente la confidencialidad del caso.

CONCLUSIONES

El examen de los datos nos ha llevado a una serie de conclusiones, unas particulares y otras más generales, que pasamos a exponer.

Ha quedado para nosotras de manifiesto que, en el terreno de la Pediatría Social, la labor de la AE/TCAE tiene una gran importancia, pero algunas de las actividades del cuidado a niños con PS, quizás las relacionadas con los aspectos psico-sociales, parece que no se desarrollan de manera tan expresa como las biológicas. Podríamos pensar, quizás, que se trata de un reflejo de la marcada prioridad que, obligadamente, tiene la actividad hospitalaria.

Para desarrollar este cuidado de una forma más eficiente, debemos mejorar la formación, ya que hay que admitir que en la

actualidad damos señales de falta de conocimientos en este terreno, como son el desconocimiento del protocolo, la no percepción de la necesidad de cuidados especiales o la falta de búsqueda de señales de otro problema asociado potencial. La formación nos permitiría ser más autónomas en algunas circunstancias concretas.

Finalmente, queremos comunicar que esta investigación nos ha permitido reflexionar acerca de nuestra situación profesional en el terreno asistencial y ha abierto para nosotras una línea que desarrollar: en la asistencia sanitaria hay una variedad enorme de procesos e incluso existen etapas en los procesos asistenciales más complejos, que no requieren cuidados muy especializados ni técnicas sofisticadas en los que podemos tomar mayor protagonismo.

Nuestra intervención puede ser intermitente a lo largo del proceso e ir tomando o cediendo protagonismo según las necesidades del paciente. Pero esto, que no es más que la descripción de lo que sucede cada día en los hospitales, debe ser formalizado. Y esa normalización va a exigir de nuestra parte un gran esfuerzo en formación y un compromiso con nuestra profesión.

ANEXO I

Guión de la entrevista

- Presentación, agradecimiento y explicación del concepto de problema social. ¿Tiene preguntas?
- ¿Conoce si ha habido niños ingresados por problema social en su sala?
- ¿Se ha encargado del cuidado?
- ¿Cuál es el tipo de problema más frecuente?

- ¿Sigue algún protocolo de actuación cuando detecta a un niño con algún tipo de problemática social?
- ¿Estos niños se derivan a la trabajadora social o a instituciones colaboradoras?
- En los diferentes casos ¿qué medidas se han tomado?, ¿cómo ha transcurrido el ingreso?, ¿qué solución se ha encontrado?
- ¿Buscan señales o signos de otro problema asociado? (explicar que muchas veces van asociados)
- ¿Qué tipo de implicación tiene este cuidado sobre su trabajo? (carga de trabajo y cualitativa: miedo, lástima... actividades específicas)
- ¿Identifica la necesidad de cuidados especiales?
- ¿Cree que ingresan más veces, si el ingreso se prolonga más, si su recuperación es más lenta?
- ¿Qué tipo de habilidades y destrezas ha tenido que desarrollar en el cuidado a estos pacientes?
- ¿Han sufrido agresiones o amenazas usted u otras compañeras?

ANEXO II

Grupo de discusión: análisis de los datos obtenidos mediante entrevistas en profundidad

Se reúne el grupo de trabajo formado por cuatro profesionales del hospital que están llevando a cabo una investigación cualitativa sobre el cuidado por parte del personal auxiliar de enfermería de los pacientes con problema social añadido.

La fuente de datos del grupo de trabajo proviene de dieciséis informantes clave a los que se les ha realizado una entrevista en profundidad. La Unidad de

Trabajo Social del hospital no les ha proporcionado datos y quieren ratificar los datos obtenidos mediante el grupo de discusión.

La discusión transcurre siguiendo el guión que se utilizó como base para las entrevistas en profundidad.

La discusión se caracteriza por un gran consenso, aunque debe considerarse que entre los miembros del grupo ha existido mucha comunicación previa a la reunión y podría pensarse que, de manera instintiva, se ha llegado al grupo de discusión con el consenso elaborado. Hay unanimidad en casi todas las cuestiones.

El grupo está de acuerdo en que el cuidado a pacientes con un problema social asociado es muy frecuente en este hospital, y que todos los informantes tenían experiencia suficiente como para ser fuentes idóneas.

Según la información que pudieron recoger, el problema más frecuente en este grupo de niños es de maltrato, seguido de toxicomanías en los padres, abandono, pobreza y pertenencia a minorías étnicas.

El grupo había recogido información sobre el conocimiento de los protocolos de actuación en caso de sospecha de problema social en un niño, y concluyen que las personas entrevistadas no conocen el protocolo de actuación y declinan la responsabilidad de la denuncia sobre sus superiores jerárquicos, a pesar de que existe la posibilidad de que cualquier trabajador del hospital puede comunicarlo directamente a la Unidad de Trabajo Social.

A pesar de esa inhibición, los miembros del grupo de discusión mantienen una opinión unánime acerca de que, efectivamente, los niños que acuden al hospital con algún problema

social son detectados al ingreso o durante la hospitalización, y que el médico responsable o la supervisora de la unidad dan cuenta de la situación a la unidad de trabajo social, y que los casos se resuelven llegando a soluciones favorables para el niño, desde el control por parte de los trabajadores sociales de la zona donde vive la familia, a soluciones más radicales como llegado el caso, la retirada de la tutela a los padres.

Los informantes directamente no recordaban haber detectado ellos mismos ningún caso nuevo.

Un aspecto relacionado con la posibilidad de detectar situaciones de riesgo para el niño y poder intervenir sobre ellas es la cautela con la que los miembros del grupo creen que deben tratar estos temas:

“A mí me daría miedo emitir un juicio sobre una actuación determinada que pudiera más tarde tener repercusión...”

Por otro lado la mayoría de informantes, aunque entendían que estos niños requieren más carga laboral para las Auxiliares de Enfermería, no llegaban a percibir en ellos necesidades específicas.

El grupo de trabajo discute más ampliamente en este punto y manifiesta la falta de formación de este personal para detectar señales de problema social, incluso para el cuidado especializado necesario en algún tipo de casos: “¿No os parece que a veces se hacen las cosas sobre la marcha?”.

Referido a la falta de un plan, “al no haber protocolo cada uno actúa como piensa o como por instinto”.

Llegados a este punto, el grupo intenta definir las competencias de un cuidador modelo, que

aunque no era el objetivo del trabajo, les parece interesante y examinan conocimientos, habilidades, destrezas y motivación que definieran un perfil de cuidador. Llegan a una definición de cuidador idóneo por rasgos de personalidad y entienden que ha de ser empático, tolerante, asertivo y buen comunicador.

Se ha explicado que en la mayoría de ocasiones, la causa fundamental del ingreso de estos niños es su problema social, padecen una enfermedad banal, pero la familia es incapaz de asumir el cuidado correcto del niño. A este respecto se interpele al grupo sobre la posibilidad de que el personal cuidador idóneo de estos niños sea con titulación de Auxiliar de Enfermería y con formación específica en pediatría social dirigido por un experto. El grupo no ha reflexionado previamente sobre el tema, y es el punto que menos consenso presenta. Finalmente se definen a favor, pero con reservas. Aunque están asegurando que es ese colectivo el que actualmente lleva prácticamente toda la carga del cuidado de estos niños, que padecen una situación física no crítica, en su quehacer diario están siempre supervisadas por una enfermera titulada.

Prácticamente en toda la última parte de la discusión se ha reiterado la falta de preparación para detectar problemas, para registrarlos, y de asesoramiento para tratarlos, aún así el grupo se muestra satisfecho del cuidado que reciben esos pacientes. Los miembros entienden que se respecta estrictamente la confidencialidad, no han detectado signos que indiquen que el trato al niño sea discriminatorio y comparten con los entrevistados, que son niños a los que se les trata

con especial cariño y dedicación.

Se da la paradoja de que se han obtenido respuestas en las entrevistas referidas a la familia de estos niños del tipo: "A veces tienes que ir a lo drástico... decirles que si no se hubieran drogado, su hijo...", "yo se lo explico varias veces, si no entienden el idioma no es mi problema", "si son educados me esfuerzo mucho, si no son educados no me esfuerzo nada"...

Este personal adolece de formación específica, y quizás esta falta de formación y de información les hace sentir temor a la

hora de asumir responsabilidades en la comunicación de nuevos sucesos. Sin duda, otra de las grandes limitaciones de este grupo profesional es que no tiene permitido escribir sus actuaciones en la historia clínica, y se muestran temerosas de hacer constar situaciones que en ocasiones sólo se manifiestan de forma velada, y que además debe reinterpretar la enfermera titulada, que sí escribe en la historia clínica.

*Grupo de discusión 28
de junio de 2006*

Moderado por Lucía Montero

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a nuestras/o entrevistadas/o: Rosa, Marisa, Belén, Teresa M. Reme, Susi, María, Tere M., Pilar M., Maruja, Oreto, Bienve, Gregorio, Pilar L. Mila y Albertina. Y especialmente queremos agradecer su apoyo y asesoramiento a Lucía.

BIBLIOGRAFÍA

- Cuadernos de Pediatría Social* 9, diciembre 1995, Sección de Pediatría Social, Barcelona.
- SCHWARTZ H. Y JACOBS JERRY. *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. Trillas, 1984.
- Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia para los años 2006-2009. Aprobado por el Consejo de Ministros en junio de 2006. <http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/novedades/PLAN.pdf>.

