



Adaptació cultural del consell nutricional per a menors de 2 anys d'origen pakistanès, al barri del Raval de Barcelona

Memòria del Projecte

Alba Bassets i Bosch

Gener 2023

ÍNDEX

1. Introducció

2. Revisió bibliogràfica

- a. Demografia de la comunitat pakistanesa a Barcelona
- b. Participació i organització comunitària a la comunitat pakistanesa
- c. Criança, rols i responsabilitats
- d. Alimentació infantil i hàbits saludables
- e. Concepte de salut i accés als serveis sanitaris

3. Objectius del projecte i Metodologia de treball

4. Resultats

- a. Perfil de les persones participants
- b. Categoria 1: Coneixements i concepte de sanitat i salut
- c. Categoria 2: Coneixements i concepte de criança
- d. Categoria 3: Pràctiques en l'alimentació de l'infant els primers 2 anys de vida
- e. Categoria 4: Respostes i atenció sanitària en alimentació infantil
- f. Categoria 5: Propostes de materials i eines per a millorar la comunicació i atenció a l'alimentació de l'infant menor de 2 anys

5. Discussió

6. Conclusions

7. Referències

8. Annexes

- a. Annex 1. Guió de preguntes per als grups de discussió amb comunitat pakistanesa
- b. Annex 2. Guió de preguntes per als grups de discussió amb professionals sanitàries
- c. Annex 3. Sessions comunitàries: Preguntes i respostes
- d. Annex 4. Sessions sanitàries: Preguntes i respostes

1. INTRODUCCIÓ

Una de les implicacions de viure en una societat formada per ciutadans de diferents bagatges culturals és l'aparició de noves necessitats comunicatives interlingüístiques i interculturals. En el context de l'atenció sanitària, aquesta característica és clau, doncs si no es té en compte, pot portar a la negligència dels drets fonamentals que la mateixa sanitat està destinada a cobrir.

Un dels àmbits de la salut on l'impacte de la cultura es fa palès, és el de la nutrició. Si bé l'alimentació és un procés condicionat per factors naturals, com els que ofereix una zona geogràfica determinada (clima, vegetació, fauna, etc.); també es veu altament influenciada per factors socials i polítics, com l'organització social i la distribució de la riquesa; i per factors psicològics i morals.

L'elecció dels aliments variarà a cada cultura en funció de les seves pròpies particularitats i, per tant, l'alimentació no és un fenomen exclusivament biològic, nutricional o mèdic, sinó que també és social, simbòlic, religiós i, per tant, cultural.

Conèixer els diferents contextos socioculturals i els perfils alimentaris de la població immigrant més representativa a la nostra àrea pot millorar la qualitat del consell alimentari i nutricional que proporciona el professional de la salut; especialment tenint en compte que les persones immigrants formen un col·lectiu que mereix una atenció especial atès el seu context econòmic i sociocultural particular, el qual els converteix en una població de risc enfront a determinats problemes alimentaris i nutricionals, sobretot en una època de creixement i desenvolupament com és l'edat pediàtrica.

Els i les professionals sanitaris pediàtrics han expressat la necessitat de suport i orientació per tal d'ajustar els coneixements d'acord a la diversitat cultural, i tot i que en els últims anys s'han realitzat cada vegada traduccions de les guies alimentàries més completes i amb més diversitat d'idiomes, no es disposa de materials adaptats culturalment i que incloguin la participació comunitària en la creació dels mateixos.

Davant la demanda per part dels professionals de Pediatria de l'Equip d'Atenció Primària (EAP) Drassanes de disposar d'eines adaptades culturalment a les comunitats ateses al centre i, concretament per la seva prevalença, a la comunitat pakistanesa; s'ha desenvolupat el present treball en conjunt amb l'Equip de Pediatria Drassanes i el Centre d'Estudis Africans i Interculturals (CEAi).

2. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

DEMOGRAFIA DE LA COMUNITAT PAKISTANESA A BARCELONA

El número de persones d'origen pakistanès residents a Espanya ha crescut ràpidament els últims anys: segons les dades censals, entre els anys 2010 i 2020, la població pakistanesa va augmentar en un 72%.

Segons l'Institut Nacional d'Estadística (Padró 2021)¹ hi ha actualment 55421 persones amb nacionalitat pakistanesa vivint a Catalunya, el que representa un 0.71% de la població de la comunitat autònoma i un 4.4% de la població estrangera; sumant el 55.7% de la comunitat pakistanesa a Espanya. El 87.7% de les persones amb nacionalitat pakistanesa viuen a la província de Barcelona (48623 persones), i d'elles quasi la meitat (47.1%, 22901 persones) viuen a la ciutat de Barcelona; suposant un 1.4% de la població de la ciutat i el 6.6% de la població estrangera, essent la segona comunitat estrangera més nombrosa després de la italiana.

El procés migratori és majoritàriament iniciat pels homes, motivats per una milloria de la seva situació socioeconòmica; i posteriorment es realitza el procés de reunificació familiar pel qual la dona migra al país d'acollida^{2,3}. Tot i que més recentment hi ha noies pakistaneses residents a Barcelona que un cop casades inicien els tràmits de reagrupació del seu marit resident a Pakistan³, al 2021 només el 26.1% de les persones amb nacionalitat pakistanesa que vivien a la ciutat de Barcelona eren dones, i el 73.9% homes. La mitja d'edat és de 31 anys, 12 anys menys que la mitja provincial. El 14.7% (3365 persones) són menors de 15 anys i, per tant, potencials usuaris dels serveis de pediatria als Centres d'Atenció Primària de la ciutat¹.

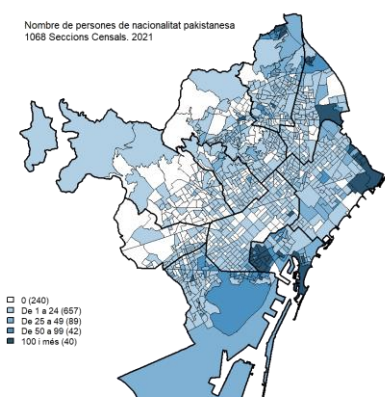


Figura 1. Mapa de Barcelona. Número de persones amb nacionalitat pakistanesa per secció censal. (Institut Nacional de Estadística, 2021)

A Barcelona, la població pakistanesa resideix principalment als districtes de Ciutat Vella, Sant Martí, Sants-Montjuïc i Nou Barris (*Figura 1*).¹ El barri del Raval ha estat, històricament, el destí preferit pel col·lectiu pakistanès i és un dels assentaments més estudiats com a paradigma de l'organització comunitària pakistanesa⁴. Segons dades del 2021, al barri del Raval la comunitat pakistanesa suposa el major percentatge de la població estrangera (4161 persones: 8,5% de la població del barri i 16% de la població estrangera), seguida per les poblacions filipina i bengalí.¹

Cal tenir en compte que cap d'aquestes dades inclou la població en situació irregular, i el biaix derivat d'aquesta exclusió és difícil d'estimar.

PARTICIPACIÓ I ORGANITZACIÓ COMUNITÀRIA A LA COMUNITAT PAKISTANESA

A Barcelona, els immigrants pakistanesos han construït al llarg dels anys espais relacionals i xarxes de solidaritat progressivament més complexes: xarxes familiars i d'amistat, xarxes veïnals, institucions cíviqves, culturals i religioses. Per aquestes xarxes circulen diferents capitals – econòmics, socials, etc. - que serveixen com a eina de suport i de control, alentint el procés d'aculturació, garantint la solidaritat i evitant o reduint la incorporació de determinats elements de la societat d'acollida.^{4,5}

La família és una de les bases més importants de la xarxa comunitària, tot i que en el context de l'acollida les relacions veïnals i d'amistat també es tornen fonamentals. Així doncs, la comunitat existeix entre el context familiar i les institucions, i en supleix els buits. És un espai de recolzament i de protecció, però també de construcció de la identitat.⁵

Tradicionalment, la societat pakistanesa és jeràrquica i patriarcal, influïda pel sistema de castes hindú tot i la majoria musulmana. La família és patrilineal, essent l'home de més edat qui té l'autoritat i la responsabilitat de garantir l'economia familiar. El matrimoni és una de les institucions socials més importants i segueix pautes endogàmiques, vinculant famílies del mateix estatus i casta, sovint donant-se entre cosins. La família té una segregació per sexes molt marcada, i tot i que el grau d'independència de la dona depèn de factors com l'educació, la procedència o la religiositat; en general la dona és considerada la responsable de mantenir l'honor i respecte de la família, pel que sol restringir la seva mobilitat i el contacte amb el sexe oposat a partir de l'adolescència.⁴ Molts dels principis que regulen la família a Pakistan, es mantenen un cop a Barcelona, adaptant-los al nou context social⁵.

L'Islam també és un eix important a la vida quotidiana dels residents pakistanesos de Barcelona, essent els oratoris centres d'articulació social amb funcions tan religioses com culturals i educatives⁴.

A nivell laboral, el treball es divideix de manera majoritària en dues vessants: el treball assalariat sense qualificar al mercat laboral general, i l'obertura de negocis en qualitat d'autònoms (principalment restauració, comerç i transport). La comunitat pakistanesa és la comunitat estrangera més nombrosa en el sector de la conducció de taxis i, tot i que no existeixen estadístiques oficials, molts pakistanesos en situació irregular treballen en la venda ambulants de flors i cervesa. La gran majoria d'afiliats a la Seguretat Social són homes (només 5% de dones al 2014), si bé les generacions més joves s'insereixen al mercat laboral d'una manera més generalitzada, sense tanta diferència per sexe.⁴

CRIANÇA, ROLS I RESPONSABILITATS

A Pakistan, el rol oficial de l'esposa i mare és el d'ocupar-se de les tasques domèstiques i de les cures: el manteniment de la llar, l'alimentació i educació dels fills i les tasques de la criança, entre d'altres. Les germanes grans del grup també poden assumir el rol de la mare, i pel que fa a la família extensa l'àvia i les germanes paternes també hi tenen un rol molt actiu.³

En contrast, i com ja s'ha mencionat, el rol del pare és el de mantenir l'economia familiar, pel que en general passa moltes hores fora del nucli residencial i el seu paper en la criança és limitat: jugar amb el nen, portar-lo a passejar, a vegades dormir amb ell/a. Tot i això, a Barcelona, l'home sol tenir un rol més actiu que al país d'origen en determinats moments de la criança, responent al canvi d'estructura familiar derivat del procés migratori.^{3,6}

Les dones aprenen a criar els seus fills a través de la transmissió generacional. A Barcelona, la criança canvia sobretot degut al pas d'una rutina compartida amb la família extensa on totes les dones participen de la criança de l'infant, a una família nuclear on la principal i única responsable és la mare³.

Tot i així, la xarxa social comunitària de Barcelona realitza funcions diverses, incloses la primera acollida, el coneixement de l'entorn, i l'acompanyament en resolució de dubtes i necessitats. En la criança, per exemple, durant els primers 5 o 10 dies després del naixement del nadó, és habitual que el grup d'amigues vagi a casa de la mare per ajudar-la a fer les tasques domèstiques; suplint l'absència de la família extensa³.

Per altra banda, en molts casos les persones pakistaneses migrades solen mantenir vincles molt forts amb el país d'origen, el que comporta que l'opinió dels avis i altres familiars (sobretot paterns) pugui mantenir un pes important en la presa de decisions respecte a l'infant tot i la distància física.⁵

ALIMENTACIÓ INFANTIL I HÀBITS SALUDABLES

La nutrició infantil és un punt clau per a la promoció del creixement i desenvolupament psicomotor correctes, i dins d'aquesta els primers dos anys de vida són especialment importants, havent-se demostrat que una nutrició òptima en aquest període redueix la morbimortalitat i el risc de malalties cròniques. A més, l'estat nutricional infantil és un reflex de la salut global de la població o comunitat a la qual pertany, i una finestra al seu futur.

Situació a Pakistan

Segons la *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO)⁷, durant el 2015-2017 a Pakistan hi havia una prevalença de desnutrició del 20.5%, la qual havia disminuït progressivament els últims anys (22% al 2014-2016 i 23.3% al 2004-2006). Tot i així, en xifres absolutes la desnutrició havia augmentat de 35.9 milions al 2004-2006 a 39.5 al 2015-2017.

Respecte a la malnutrició infantil, el *Pakistan Demographic and Health Survey* (PDHS) 2017–18⁸ va comptabilitzar una prevalença de retard del creixement en nens menors de 5 anys del 38%, i de baix pes per l'edat del 23%; també en descens respecte a un 45% i 30% al 2012–13, respectivament, i sense diferències entre sexes.

Pel que fa al sobrepès i obesitat infantils, aquests han augmentat els últims anys a Pakistan: El *National Nutrition Survey* (NNS) 2018⁹ destacava que la prevalença de sobrepès en menors de 5 anys s'havia doblat des del 5% al 2011 fins a un 9.5% al 2018.

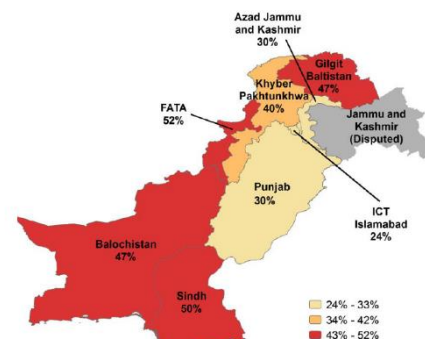


Figura 2. Retràs del creixement segons la regió. Percentatge de menors de 5 anys amb retràs del creixement. (National Institute of Population Studies (NIPS) [Pakistan] and ICF, 2019)

En analitzar els factors associats a malnutrició, destaca un augment del retard del creixement amb l'edat, amb un pic als 24-35 mesos (48%), mentre que el baix pes és més prevalent en els menors d'un any. També s'observa una major incidència de desnutrició en àrees rurals (*Figura 2*), en fills de mares amb menor nivell d'educació, així com en famílies amb menor poder adquisitiu; mentre que el sobrepès infantil és major en fills de mares amb més nivell educatiu, major nivell econòmic i en àrees urbanes.^{8,9}

També destaca a Pakistan una alta prevalença de dèficit de micronutrients essencials, especialment en edat pediàtrica i en dones en edat reproductiva.

El NNS 2018⁹ va registrar una prevalença d'**anèmia** del 53.7% en infants menors de 5 anys, sense una milloria significativa respecte a anys anteriors. Per altra banda, el 49.1% dels menors de 5 anys presenten dèficit de ferro i el 28.6% anèmia ferropènica, sense aparent correlació amb el poder adquisitiu, el nivell educatiu ni el grau d'urbanització; estant doncs possiblement més relacionat amb patrons dietètics que amb el grau de pobresa.

El mateix informe recull un **dèficit de vitamina A** en el 51.5% dels menors de 5 anys (dèficit greu en el 12.1%), essent aquest més freqüent en famílies amb baix poder adquisitiu i en fills de mares amb menor nivell educatiu. Respecte al **dèficit de zinc**, aquest es va detectar en el 18.6% dels menors de 5 anys, amb el mateix patró de prevalença que el dèficit de vitamina A però amb una clara milloria els últims anys (39% al 2011).

Finalment, hi ha una alta prevalença de **dèficit de vitamina D** (62.7% <20 ng/mL, i 13.2% <8 ng/mL). La prevalença és major en àrees urbanes, en fills de mares amb major nivell educatiu i en famílies amb alt poder adquisitiu; en probable relació a diferències en l'estil de vida i l'exposició solar.

Situació a Barcelona

Tot i que el perfil de la comunitat pakistanesa de Catalunya és ben conegut a nivell sociodemogràfic i socioeconòmic, disposem de poca informació sobre la seva salut i aspectes nutricionals², i aquesta és encara més escassa quan es tracta de població pediàtrica. De fet, no disposem de dades concretes sobre l'estat nutricional i problemes derivats en els infants d'origen pakistanès residents a la comunitat autònoma.

En altres països amb més població d'origen pakistanès, com ara Noruega, Regne Unit, Estats Units o Austràlia sí que hi ha dades sobre població adulta, mostrant una major tendència a l'obesitat i problemes nutricionals que les persones pakistaneses que viuen a país d'origen, i que les persones originàries del país d'acollida.¹¹⁻¹³ De nou, la informació en pediatria és limitada.

A Barcelona, en base a les conclusions extretes dels grups focals realitzats per part del CEAI amb persones de la comunitat pakistanesa dels barris de Ciutat Vella, Collblanc i la Torrassa¹⁰; la majoria de famílies pakistaneses participants solien realitzar tres àpats al dia, a més de prendre te i alguna pasta dolça a mitja tarda en alguns casos.

Segons referien els participants, la dieta sol ser rica en llegums variats, però més pobra en verdures i fruita. El consum d'aliments frescos es redueix considerablement respecte a país d'origen, donat que la majoria dels barcelonesos d'origen pakistanès provenen de zones rurals on disposaven de cultiu propi.¹⁰

El consum dels diferents tipus d'aliments es veu altament influenciat pel preu dels mateixos, observant-se un augment del consum de carn i productes ultraprocessats, i una disminució del consum de verdures. Això implica un canvi nutricional important, amb una dieta que passa de ser baixa en greixos i rica en fibra, a una dieta més calòrica, rica en greixos i baixa en fibra. A més, el consum de dolços és molt comú en la dieta tradicional pakistanesa, i aquest sol augmentar un cop a Barcelona degut a una major oferta.³

Lactància

L'islam considera la lactància materna sagrada, i el pit es dona majoritàriament a demanda³. Segons les dades del 2018⁸, a Pakistan el percentatge de nens menors de 2 anys que algun cop havien realitzat lactància materna era del 88.6%; sense diferències en funció del tipus d'assistència al part, l'educació materna o el poder adquisitiu.

Per altra banda, tradicionalment es considera el calostre com "llet bruta", pel que en alguns casos es rebutja^{3,9}. El PDHS 2017-18⁸ destaca que, a Pakistan, només el 20% dels nounats reben llet materna durant la primera hora de vida; tot i que al NNS 2018⁹ refereixen que el 45.8% dels nounats van prendre calostre la primera hora de vida, i el 25% durant el primer dia.

Segons les enquestes, al 40-64.7% dels nounats se'ls dona algun altre tipus de líquid previ a la llet materna, l'anomenat *Tahnik* o *prelacteal feeding*^{8,9}; essent precisament al Punjab (89%), juntament amb Khyber Pakhtunkhwa (KP-NMD, 90%), l'àrea on és més freqüent aquesta pràctica⁸.

Tradicionalment, el *Tahnik* té una gran importància cultural i religiosa - es tracta d'una Sunna del profeta Muhammad -, i se sol realitzar amb dàtils mastegats, llet diferent a la materna, aigua ensucrada o mel. El retard de la lactància materna deguda a l'administració d'altres substàncies s'ha associat a una major morbiditat i, per altra banda, l'ús de mel planteja un major risc de botulisme neonatal^{14,15}. Tot i que s'han descrit a la literatura casos de botulisme en lactants d'origen pakistanès^{16,17}, les dades disponibles són limitades, en possible relació al infradiagnòstic i infradeclaració.

Respecte a la continuació de la lactància, a Pakistan el 48% dels menors de 6 mesos realitzen lactància materna exclusiva (LME). Tot i que hi ha hagut un augment de la LME per sota dels 6 mesos els últims anys, el descens d'aquesta amb l'edat és molt ràpid: mentre que el 56% dels nounats de 0-1 mesos realitzen LME, només el 35% la mantenen als 4-5 mesos; i de fet la duració mitja és només de 1.6 mesos. Per altra banda, el 70% realitzen lactància materna en cert grau a l'any de vida, i entorn al 55% la mantenen als dos anys.⁸ Tot i així, només el 40% dels menors de 2 anys reben una lactància materna adequada a la seva edat.⁹

Els infants de les àrees rurals, fills de mares amb menor nivell educatiu i de famílies amb menor poder adquisitiu són els que presenten lactàncies maternes més llargues. La província de Punjab presenta la menor prevalença i duració de l'alletament matern (15.2 mesos). Les raons per les quals no s'inicia la lactància materna a Pakistan són, en el 61% dels casos, la preocupació per la salut del nen, i en el 20% per dificultats en la succió. La finalització de la lactància sol ser deguda a la preocupació per la salut (42%) o a un nou embaràs (22%).⁸

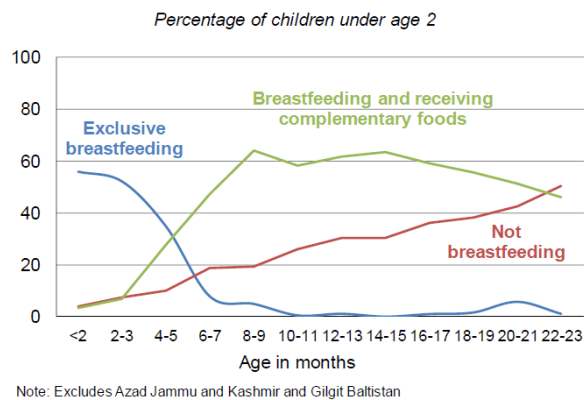


Figura 3. Lactància materna per edat. (National Institute of Population Studies (NIPS) [Pakistan] and ICF, 2019)

Tot i que no disposem de dades sobre la realització de lactància materna en dones de la comunitat pakistanesa de Barcelona, en un estudi comparatiu entre dones pakistaneses vivint a Anglaterra i a Pakistan¹³, van constatar un major percentatge i duració de la lactància materna tan exclusiva com parcial en aquelles que vivien a Pakistan. Els factors associats a l'augment de la lactància artificial van ser la disponibilitat i promoció de les fórmules, la pressió i acceptabilitat socials, i la sensació que la LME resulta excessivament demandant per a la mare.

Introducció de l'alimentació complementària

La introducció de l'alimentació complementària (AC) és un moment de vulnerabilitat nutricional. Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS)¹⁸, l'AC ha d'iniciar-se a temps - tots els infants haurien de començar a rebre altres aliments a més de la llet materna a partir dels 6 mesos –, ha de ser adequada – el valor nutricional dels aliments ha de suplir les necessitats d'una etapa de ràpid creixement –, i apropiada – els aliments han de ser diversos, amb una textura apropiada i donats en la quantitat suficient.

La introducció de l'AC per part de les mares d'origen pakistanès, tan a país d'origen com a Barcelona, sol fer-se a partir dels 4 mesos^{3,9}. Tot i així, a Pakistan i segons el PDHS 2017-18, només el 65% dels lactants d'entre 6-8 mesos d'edat reben aliments sòlids o semi-sòlids⁸.

A ambdós països, el més freqüent és que s'introdueixin en primer lloc els cereals o la sèmola, barrejats amb llet materna o de fórmula. També se solen oferir des de l'inici la fruita i verdura, i ous^{3,19}. A Barcelona les mares entrevistades també van indicar que es donen triturats d'arròs des de l'inici, mentre que a partir de l'any de vida introdueixen la pasta i el chapati³. A Pakistan, el 21% dels nens entre 6 i 23 mesos d'edat realitzen una dieta amb la mínima varietat recomanada (almenys 4 dels 7 grups alimentaris); i el 38-63% ho fan amb la freqüència mínima recomanada per la seva edat; però només un 12-13% compleixen els criteris d'una dieta mínimament acceptable per a un creixement i desenvolupament efectius^{8,9}. Segons les enquestes, el 73-80% dels nens en aquest rang d'edat consumien cereals, i el 29-36% menjaven ous. El 48% havien menjat aliments rics en vitamina A les 24h prèvies, i el 38% havien consumit aliments rics en ferro⁸. Els aliments menys consumits són les llegums i els fruits secs (8%), seguits dels làctics (10%)⁸.

Múltiples factors socioeconòmics s'han correlacionat amb les diferents pràctiques alimentàries, de manera més o menys significativa, entre ells l'edat materna i de l'infant, el grau d'educació i/o de conscienciació materna, el nivell econòmic o el seguiment prenatal. Tot i així, existeix una gran variabilitat entre estudis.¹⁹⁻²²

Com ja s'ha comentat, s'ha descrit tant a Pakistan com en comunitat pakistanesa resident en altres països, un percentatge no despreciable d'infants que no havien iniciat l'AC als 7 mesos¹³. La raó principal donada per les mares per enrederir-ne l'inici, era que consideraven la llet materna nutricionalment adequada. No disposem de dades sobre el retard de l'inici de l'AC a Barcelona.

Hàbits alimentaris saludables

A Barcelona, a partir dels 2 anys de vida, els infants mengen els mateixos aliments que els adults, introduint també el picant de manera progressiva³. En aquest moment els hàbits familiars tindran una major influència sobre l'alimentació i, en general, sobre el dia a dia de l'infant.

En primer lloc cal tenir en compte que, tradicionalment, estar prim es considera un signe de debilitat i malaltia, mentre que tenir un pes superior als estàndards occidentals, es considera signe de salut. Aquesta visió es dona especialment en àrees rurals, mentre que en l'àmbit urbà el cànon de bellesa s'ha occidentalitzat progressivament¹⁰.

A aquest concepte s'afegeixen altres factors com són un augment del sedentarisme degut al canvi de vida associat a la migració, amb una major taxa d'obesitat en les persones adultes, especialment en el cas de les dones².

No disposem de dades específiques sobre obesitat infantil en població pakistanesa de Barcelona, però els estudis realitzats a països amb llarga història d'immigració d'origen pakistanès^{11,12}, mostren que l'aculturació dietètica es dona de manera lentament progressiva al llarg de generacions, mantenint la cuina i hàbits alimentaris del país d'origen durant anys amb poques variacions. La manera en què es cuinen molts dels plats tradicionals pakistanesos s'allunya de les recomanacions dietètiques, doncs solen tenir alt contingut calòric i s'utilitzen freqüentment mantega o quantitats importants d'oli en la seva preparació¹¹.

Per altra banda, el consum de dolços és considerable i s'inicia a una edat precoç, en alguns casos afegint sucre al biberó³. És freqüent el consum de refrescos i sucres envasats durant les trobades amb família o amics, així com el consum quasi diari de pastes o pastissos, i de te amb sucre i llet^{10,11}. A més, quan els avis hi són presents, sovint compren dolços als nets, i l'estructura tradicional jeràrquica i la importància del respecte a les persones grans pot dificultar-ne l'oposició^{11,12}.

Respecte als rols en l'alimentació i la cuina, tot i que la responsabilitat dels àpats recau majoritàriament sobre les dones, la decisió del que es menjarà no depèn només d'elles, sinó que és important respondre als gustos de tots els comensals, i que el menjar agradi reafirma l'èxit en el rol de mare¹¹. A més, el fet que el nen mengi desperta en moltes ocasions més preocupació que la qualitat del que menja¹², i el conjunt pot comportar que es cedeixi fàcilment a les demandes dels fills sobre què i com menjar.

Finalment, centrant-nos en la quantitat i freqüència dels àpats, a Pakistan és freqüent presentar el menjar en un únic recipient per a tothom, en comptes d'en plats individuals. Això pot comportar que la quantitat d'aliment consumit sigui major, especialment quan es prepara una quantitat de menjar extra per assegurar que tothom quedi satisfet. Tot i que com ja s'ha comentat se solen realitzar tres àpats al dia (amb o sense consum de te i pastes entre aquests), la freqüència i número d'aquests poden variar donat que és comú l'opinió que els horaris dels àpats, igual que les preferències alimentàries, han de venir determinats per l'infant¹².

CONCEPTE DE SALUT I ACCÉS ALS SERVEIS SANITARIS

Primerament, cal tenir en compte que a Pakistan conviuen el sistema biomèdic occidental, introduït pel colonialisme anglès, i els sistemes de salut tradicionals, entre els quals les pràctiques majoritàries són la medicina Ayurveda, l'homeopatia, i la medicina humoral o Unani. La importància del sector tradicional és cabdal en l'atenció sanitària pakistanesa (sobretot en àrees rurals), per diversos motius com la tradició cultural, la proximitat, el baix cost econòmic, la disponibilitat, i l'opinió comunitària¹⁰.

Donat que el sistema biomèdic públic és deficient i que l'alternativa privada, tot i generar més confiança, resulta molt cara; la majoria de la població es decanta per l'automedicació i la medicina tradicional; i és quan aquestes no funcionen que acudeixen a un centre sanitari generalment privat.^{4,10} Per altra banda, la medicina tradicional és la primera opció per tractar patologies concretes com la infertilitat i altres problemes de salut sexual, o els problemes de salut mental.³

La visió islàmica i tradicional de la salut és holística, no subscripta al dualisme entre cos i ment, i basada en la creença d'un equilibri natural de l'organisme en estat de salut. Això implica que les causes de malaltia poden ser tant físiques com emocionals, socials o espirituals¹⁰.

Tot i així, la malaltia és definida en la majoria de casos com a presència de símptomes físics, el qual pot dificultar la comprensió i seguiment de malalties o problemes de salut crònics. De la mateixa manera, entre el col·lectiu pakistanès no sol existir una cultura preventiva de la salut, sinó que generalment hi ha una perspectiva estrictament curativa, també influenciada pel cost elevat de l'assistència sanitària a Pakistan.⁴

Finalment, la comunitat pakistanesa es caracteritza per presentar malalties que es podrien definir com a pròpies, anomenades entre el col·lectiu com "malalties de nervis", algunes de les quals no es contemplen dins el sistema biomèdic tot i tenir símptomes comuns amb d'altres patologies comuns. Això comporta que aquestes dolències no sempre es puguin explicar des de la biomedicina, i que per tant tampoc es disposi dels tractaments que el pacient pot esperar per a elles.⁶

A Barcelona, els homes tendeixen a fer més ús dels serveis sanitaris, i mostren més confiança en el sistema i els fàrmacs occidentals; mentre que les dones continuen acudint freqüentment a la medicina tradicional i l'automedicació⁴. Tot i així, quan es tracta de la salut dels fills, la majoria de dones diuen que un cop establertes a destí, escullen accedir als serveis sanitaris públics. És freqüent que quan hi accedeixen ho facin a través dels serveis d'urgències més que a través del CAP, segons refereixen degut a incompatibilitat horària entre les jornades laborals i els horaris dels metges de capçalera, i per la possibilitat de ser ateses a urgències sense haver de demanar cita prèvia; aquesta última en ocasions associada a una desconeixença del funcionament dels centres i, per tant, de com demanar la cita.^{4,6}

La valoració dels serveis sanitaris per part dels usuaris pakistanesos és generalment satisfactòria, destacant la universalitat i gratuïtat com a punts positius, amb un tracte adequat i cordial. Com a aspectes negatius comenten els llargs temps d'espera i la brevetat de les consultes; referint que la barrera lingüística és el principal obstacle per a l'accés als serveis sanitaris.³

Idioma

A Pakistan es parlen 6 llengües majoritàries i 58 d'àmbit més restringit, essent l'urdú l'idioma oficial i la llengua vehicular majoritària. Tot i que més del 75% de la població entén l'urdú, aquesta és la llengua materna de només el 10% de la comunitat.⁴

Així doncs, es tracta d'un país amb una gran diversitat lingüística i cultural, tot i que aquesta no es reflexa en el col·lectiu pakistanès de Barcelona ni de l'estat espanyol. En un estudi realitzat el 2005 al Raval, >90% dels residents pakistanesos entrevistats provenien del Punjab, i més del 60% tenien com a llengua materna el panjabi, tot i que referien conèixer perfectament l'urdú⁴.

L'aprenentatge de la llengua d'acollida resulta difícil, especialment per a les dones, i el procés es dilata degut, en gran part, a la poca pràctica de la llengua apresada³. Al mateix estudi mencionat prèviament⁴, més de la meitat dels homes afirmaven parlar anglès correctament, mentre que només el 30% de les dones deien conèixer la llengua. Quasi tots els homes (95,4%) parlaven espanyol amb algunes dificultats, mentre que de les dones el parlaven amb dificultat el 89%. El coneixement del català era limitat (10%) en ambdós sexes.

Cal tenir en compte l'àrea de procedència, doncs les persones procedents d'àrees rurals poden no parlar i entendre prou adequadament l'urdú, i sobretot dominar el panjabi⁴. Això és important a l'hora de decidir la persona mediatra, ja que en el context sanitari s'afegeixen a la dificultat d'expressió en una llengua que no és la pròpia, altres factors com la vergonya, les normes socials o el respecte cap a la figura del metge⁴, que poden comportar una dificultat afegida a la comunicació en una llengua diferent a la materna.

Finalment, segons dades del 2015²³, la taxa d'alfabetització en majors de 15 anys a Pakistan és del 57%, i només un 27% de la població té algun grau d'educació secundària, essent aquests números encara més baixos entre les dones (45% i 18.6% respectivament), en determinades províncies i en els habitants de zones rurals. Així doncs, cal tenir present que algunes de les persones que atenem poden ser analfabetes.

3. OBJECTIUS DEL PROJECTE I METODOLOGIA DE TREBALL

El present treball té per **objectiu** identificar les realitats de criança, alimentació, i concepte de salut i malaltia en famílies i infants de la comunitat pakistanesa de Barcelona i concretament del barri del Raval; i desenvolupar una proposta de material de suport per a una atenció sanitària adaptada i amb enfoc intercultural per a infants menors de 2 anys d'origen pakistanès i les seves famílies.

El projecte s'estructura mitjançant un procés d'Investigació-Acció-Participativa (IAP) estructurat en tres etapes, com s'especifica a continuació.

ETAPES DEL TREBALL

Etapa 1 – Planificació

S'ha realitzat una revisió de la bibliografia disponible per a conèixer les característiques organitzatives, demogràfiques, lingüístiques i socioculturals del col·lectiu pakistanès. A partir d'aquesta, s'ha desenvolupat l'estructura de les sessions comunitàries i de les sessions amb els i les professionals sanitàries de l'Equip de Pediatria Drassanes.

Etapa 2 – Acció

En aquesta fase s'ha realitzat el treball de camp basat en grups de discussió, el qual ha permès explorar la visió de les dones pakistaneses combinant estratègies d'observació participant i conversa informal, incloent el debat del tema a estudi. De la mateixa manera, s'han desenvolupat converses i discussions amb l'Equip de Pediatria Drassanes, explorant els conceptes i opinions entorn a l'assistència de pacients pediàtrics de la comunitat pakistanesa.

El treball de camp s'ha realitzat a la ciutat de Barcelona, al barri del Raval. Les sessions comunitàries s'han dut a terme amb la col·laboració d'una mediatra per tal d'assegurar una comunicació adequada amb les participants, i en un espai propi de la comunitat i extern a l'àmbit sanitari per afavorir un ambient distès i de confiança.

Participants: A l'hora de realitzar les entrevistes comunitàries, s'ha decidit centrar la investigació en la perspectiva de les dones pakistaneses que, tot i representar un sol grup dins del col·lectiu, solen assumir en major grau el rol de cura i criança dels fills. Per tal de facilitar l'accés i participació a les sessions comunitàries, s'han establert criteris d'inclusió amplis:

- **Criteris d'inclusió:** Dones adultes (>18 anys) immigrades d'origen paquistanès, residents a la ciutat de Barcelona i que accepten participar voluntàriament a l'estudi.
- **Criteris d'exclusió:** Diagnòstic d'un problema cognitiu o malaltia que impedeixi la participació en l'estudi, no acceptació de les condicions d'estudi indicades al consentiment informat.

El contacte amb les dones s'ha realitzat principalment a través del Centre d'Estudis Africans i Interculturals (CEAi) i de la mediatra col·laboradora.

Procediments: Previ a l'inici dels grups de discussió es va informar a les participants sobre els objectius del projecte i se'ls va sol·licitar el consentiment informat i l'autorització per a la gravació de veu i presa d'imatges. Es van elaborar dos guions (*Annexes 1 i 2*) amb preguntes semi-estructurades a partir de la revisió bibliogràfica realitzada, un per a les sessions comunitàries i l'altre per a les sessions amb l'equip sanitari.

Els grups de discussió han set dirigits i facilitats per la persona responsable del projecte, amb la col·laboració de la mediadora; i han comptat amb observadores externes. S'han realitzat dues sessions amb cadascun dels 3 grups de discussió (un grup sanitari i dos grups comunitaris), amb una duració d'entre 1 i 2 hores per sessió. Han participat un total de 25 dones pakistaneses a les sessions comunitàries, i de 15 professionals sanitaris a les sessions corresponents. Les sessions s'han enregistrat per tal de facilitar la transcripció posterior de les mateixes de la manera més exacta possible. Les variables sociodemogràfiques de les dones participants han estat recollides mitjançant una enquesta individual autoadministrada, amb facilitació de la mediadora en casos de dificultat idiomàtica. El treball de camp ha tingut lloc durant el mes de setembre de 2022.

Etape 3 – Reflexió

Durant aquesta etapa s'ha realitzat la transcripció literal de les gravacions de veu, i s'han estructurat les observacions obtingudes. Posteriorment, s'ha procedit a l'anàlisi de les dades tenint en compte tant la comunicació verbal com no verbal, i les reaccions a determinats temes mitjançant la reunió i posada en comú amb la mediadora col·laboradora. Els resultats obtinguts han aportat una perspectiva de l'atenció a l'infant fill de famílies d'origen pakistanès, dels obstacles que s'afronten en la relació amb el sistema sanitari, i de les opcions de millora per a una atenció culturalment adaptada en aquest col·lectiu.

A partir de la reflexió realitzada, durant les fases futures del treball s'iniciarà un procés de desenvolupament de materials adaptats culturalment per una millor comunicació metge-pacient entorn a l'alimentació i els hàbits alimentaris del pacient pediàtric d'origen pakistanès, la introducció dels quals es planteja associada a sessions formatives amb els professionals sanitaris implicats en l'atenció d'aquest col·lectiu per tal d'assegurar un correcte ús i avaluació continuada dels materials desenvolupats.

4. RESULTATS

PERFIL DE LES PERSONES PARTICIPANTS

Sessions comunitàries (*Transcripció a Annex 3*)

A les sessions comunitàries han participat un total de 25 dones del sud d'Àsia, de les quals 23 eren dones d'origen pakistanès, una d'origen indi i una originària de Bangladesh. Per a l'anàlisi dels resultats s'han tingut en compte únicament les dones d'origen pakistanès, donat l'objectiu del present estudi. D'aquestes, 17 dones van omplir el formulari sobre dades sociodemogràfiques, pel que el perfil descrit a continuació es basa en les seves respostes.

L'edat mitja de les participants són 34 anys (rang 18-53). La majoria de les dones (88.2%) provenien del Punjab, amb un període promig des de l'arribada a Barcelona de 5.81 anys (rang 1 mes-15 anys). L'origen rural o urbà no és valorable ja que el 70.6% de les participants no van respondre a la pregunta per dificultats en la comprensió de la mateixa; tot i que de les 5 dones que van respondre, el 100% provenien d'una àrea urbana.

El 76.5% (13) de les dones van indicar l'urdú com a llengua materna, el 17.6% (3) el panjabi, i en un sol cas el paixtu. Respecte a les llengües parlades, el 100% de les participants entenien i parlaven l'urdú i el 64.7% el panjabi, mentre que poc més de la meitat (52.9%) referien parlar l'anglès, i només el 23.5% el castellà.

La majoria de les dones (70.6%) tenien un grau d'educació bàsica-mitja, mentre que 5 d'elles (29.4%) havien completat estudis universitaris. El 88.2% de les participants es dedicaven al treball domèstic i cura de la llar, i el 100% en el cas de les dones casades (82.4% del total). 3 participants eren solteres, dues d'elles estudiants. Cap de les participants va referir dedicar-se al treball remunerat.

Totes les dones excepte 3 (82.4%) tenien fills i/o filles, i totes les participants sense fills, vivien amb germans i tenien un rol rellevant en la criança i cura dels mateixos. Les mares participants tenien una mitja de 3.14 fills per dona (rang 1-7), amb edats compreses entre els 2 i els 32 anys. Totes les mares excepte una tenien fills en edat escolar en el moment de l'estudi. El 100% de les famílies participants tenien una estructura nuclear, on els convivents principals eren el pare, la mare i els fills/es.

Sessions amb l'equip sanitari (*Transcripció a Annex 4*)

S'han realitzat dues sessions amb l'Equip de Pediatria Drassanes. A les sessions hi han participat un total de 15 professionals, entre els quals hi havia pediatres, infermers i infermeres, psicòlogues, nutricionistes i administratives del centre.

Tots els professionals participants atenen de manera rutinària a pacients pediàtrics de la comunitat pakistanesa de Barcelona, concretament de l'EAP Drassanes.

CATEGORIA 1: CONEIXEMENTS I CONCEPTE DE SANITAT I SALUT

1. *Concepte de Salut i Malaltia*

Els i les professionals sanitàries reconeixen la diferència entre el concepte dual de salut de la medicina occidental, i la visió holística que tenen moltes de les famílies d'origen pakistanès que s'atenen al centre. La diferent perspectiva es fa més palpable entorn a problemes de salut mental i trastorns del desenvolupament psicomotriu.

Tot i que la visió de les malalties físiques agudes sembla més similar, tant a les sessions comunitàries com a les sanitàries s'ha expressat molèstia o frustració per part de les famílies quan no es prescriuen fàrmacs curatius, amb poca confiança en el tractament simptomàtic.

Tot i així, els professionals destaquen que hi ha molts factors més enllà del cultural que poden influir en la visió de salut i malaltia, com són els factors demogràfics, econòmics, emocionals i familiars.

2. *Opinió de la Sanitat de Barcelona*

En general, les dones pakistaneses participants estan molt satisfetes amb l'atenció sanitària i l'atenció rebuda amb els seus fills, tot i que com ja s'ha comentat, van expressar frustració degut al que veuen com una falta de tractament o resposta cap a algunes malalties agudes.

3. *Concepte i opinió de la prevenció*

En abordar aquest tema durant les sessions comunitàries, les dones van destacar l'absència de prevenció infantil a Pakistan, posant com exemple un calendari vacunal molt més reduït i la manca de controls del nen sa. Tot i no estar acostumades a aquest tipus d'estratègies a la seva arribada, amb el temps les mesures preventives són molt ben valorades per les mares, que consideren que salven vides.

Tot i així, els professionals sanitaris han trobat problemes en relació a la comunicació i seguiment de les eines de prevenció, així com durant el tractament i seguiment de problemes crònics, que relacionen amb una falta de cultura preventiva a país d'origen.

CATEGORIA 2: CONEIXEMENTS I CONCEPTE DE CRIANÇA

1. *Rols en la criança*

Les dones participants explicaven que, en general, les mares són les que s'ocupen de la llar, el menjar i els fills. Els pares solen treballar fora de casa, pel que juguen amb els nens quan tornen de la feina. Tot i així, les decisions es prenen tenint en compte l'opinió de l'home, tant pel que fa als aliments consumits com als horaris, fet que també es va destacar durant les sessions amb l'equip sanitari.

2. *Transmissió de coneixements i pràctiques entorn a la criança*

De manera majoritària, les dones pakistaneses participants referien consultar els dubtes sobre criança i salut en primer lloc a les altres dones de la família, i és quan aquestes no troben una solució satisfactòria, que s'acut al metge. Els professionals sanitaris de l'EAP Drassanes són conscients d'aquesta consulta prèvia, tant a la família extensa a Pakistan, com a la família i comunitat de Barcelona, així com de la influència que pot tenir en la presa de decisions.

CATEGORIA 3: PRÀCTIQUES EN L'ALIMENTACIÓ DE L'INFANT ELS PRIMERS 2 ANYS DE VIDA

1. Lactància materna

Tant l'equip sanitari com les participants comunitàries han referit que la majoria de mares d'origen pakistanès realitzen lactància materna. Les mares expliquen que el calostre també es dóna, tot i que la gran majoria donen prèviament quelcom dolç, generalment mel o dàtils; i aquesta pràctica es manté un cop a Barcelona. Totes les participants la valoren positivament i reconeixen la seva importància cultural i religiosa, a la vegada que hi associen beneficis per a la salut de l'infant.

Les participants van explicar que la lactància sol mantenir-se entre 1.5-3 anys, tot i que la introducció dels biberons es realitza precoçment en moltes ocasions, als 4-6 mesos o fins i tot abans si ho recomana el pediatre o si tenen sensació que el nen passa gana. L'equip sanitari ha expressat la seva preocupació per aquesta introducció precoç dels biberons, que associen a les influències de la família extensa, al malestar que genera donar el pit en públic, i a que alguns pares relacionen invariablement el plor a la ingesta insuficient.

2. Introducció de l'alimentació complementària (AC)

La introducció de l'AC es realitza entre els 4-6 mesos, més freqüentment als 4 segons refereixen tant mares com equip sanitari. Inicialment introdueixen els cereals, la fruita (plàtan, mango) i la verdura (bròquil, pastanaga, pèsols, moniato), la patata, l'arròs i el pollastre. Els ous, llegums, peix, xai, vedella i iogurt s'introdueixen a partir dels 6 mesos, encara que no totes les famílies inclouen tots els aliments (les participants expliquen que llegums, vedella i ous es donen amb menys freqüència). A partir de l'any introdueixen espinacs i llet de vaca fresca, i als 2 anys els fruits secs.

És molt freqüent donar *kheer* (plat tradicional d'arròs amb llet i sucre) i, si el nen no guanya pes, es dóna chapati desfet amb mantega.

Fins als 2 anys el menjar del lactant se sol preparar per separat, normalment bullit; i els horaris són regulars i adaptats a la criatura, generalment donant llet o triturat cada 3 hores a l'inici i espaïant progressivament. El menjar es tritura fins als 8-10 mesos o fins que surten les primeres dents, moment en què es comencen a oferir trossos. Tot i que les mares refereixen que el menjar es fa a casa majoritàriament i que la compra de triturats prefabricats és poc freqüent, l'equip sanitari refereix que les famílies que atenen solen utilitzar-los.

Finalment, tant a les sessions comunitàries com a les sessions amb l'equip sanitari ha sorgit la preocupació pels nens amb aversió al menjar, havent-se identificat un probable augment de casos els últims mesos des del CAP, tot i que no s'ha pogut quantificar. Els professionals consideren com a possible factor de risc l'inici precoç de l'AC, abans que el lactant hagi assolit un nivell d'estimulació adequat.

3. Hàbits saludables

Un cop establerta l'AC i a mesura que s'acosten els dos anys, s'incorpora a l'infant als àpats familiars, els quals sovint consisteixen en guisats amb alt contingut de greix, amb un consum freqüent de productes ultraprocesats i amb horaris menys estructurats.

Quan es pregunta a les mares sobre el concepte de dieta saludable, en general les participants entenen la necessitat de realitzar una dieta amb alt contingut en verdures i fruites fresques, amb menys greixos saturats i sucres. Tot i així, la importància de mantenir la cuina tradicional i de satisfer els gustos tant del pare com dels fills, en moltes ocasions passa per sobre d'aquestes idees. A més, el coneixement sobre el paper dels diferents macronutrients és menys clar, tot i un alt interès per aprendre més sobre el tema.

Per altra banda, en ensenyar a les mares participants imatges d'infants amb sobrepès segons els estàndards occidentals, la majoria van referir que el lactant tenia un pes adequat, mentre que la imatge del nen més gran era freqüentment interpretada com a sobrepès (tot i que no en tots els casos). Els i les professionals



Figura 4. Imatges utilitzades per parlar de concepte de pes i nen saludable durant les sessions comunitàries. Font: Google imatges

sanitàries van expressar una sensació compartida de que les famílies assumien com a signe de salut un pes més elevat que l'acostumat per la societat occidental.

Si ens centrem en els hàbits alimentaris, el consum de carbohidrats és freqüent, sobretot d'arròs i chapati. El consum de sucres refinats també és abundant i s'inicia precoçment, fins i tot afegint algunes mares sucre al biberó degut a la percepció que agrada més al lactant; tot i que cap de les participants referia afegir-n'hi a casa. Els professionals sanitaris van expressar la seva preocupació per la sensació d'un elevat consum de sucres i brioixeria ja en lactants, i les dones participants van comentar oferir freqüentment sucres envasats i brioixeria des d'abans dels dos anys, en algunes famílies diàriament. Les mares van referir un augment clar del consum respecte a Pakistan, que relacionen amb una major oferta i accessibilitat respecte a país d'origen.

Entre les pràctiques associades al consum de sucres les participants van parlar també de la ingesta de mel, que varia des de donar-la només quan el lactant està malalt, a cada nit abans d'anar a dormir o cada matí combinada amb ametlles; i de la tradició del te, que es realitza varies vegades al dia a moltes cases, i pot servir-se amb sucre o sense ell, així com acompanyat de galetes i pastes. L'edat a la que s'inclou als infants a la cerimònia del te varia, algunes mares van referir oferir-lo a partir dels 5-6 anys, mentre que d'altres prenien te des de més petits.

Respecte a la proteïna, les participants van indicar que la major part prové del consum de carn, sobretot pollastre, essent la ingesta de carn vermella variable segons la família (entre diari i un cop a la setmana). Els ous es consumeixen freqüentment, en formes variades, tot i que varies de les participants van referir retirar el rovell ja que als fills no els hi agradava. Totes les dones participants van referir no menjar quasi mai peix a casa, com a màxim un cop a la setmana, en relació a una falta de tradició a país d'origen. El consum de llegums, tot i ser gairebé diari a Pakistan, a Barcelona també és escàs.

A la cuina no s'utilitza mantega, excepte en plats concrets o si el nen no guanya pes, però les mares reconeixen utilitzar quantitats d'oli importants per a la cuina. Els aliments ultraprocessats, com les patates de bossa, les galetes, els croissants... s'ofereixen freqüentment a mode de premi al sortir de l'escola.

Quan la família extensa està present, és freqüent que comprin ultraprocessats per als nens i nenes, fins i tot quan els pares no hi estan d'acord; i quan hi ha convidats a casa se sol preparar un "menú infantil" que moltes vegades consisteix en una varietat d'ultraprocessats (*nuggets*, patates fregides, pizza, hamburguesa...) i refrescos.

Una altra raó que les participants van associar a l'augment del consum de productes ultraprocessats, és el seu ús com a refrigeri entre hores associat a una manca d'horari regular dels àpats, tant perquè en moltes famílies els horaris varien en funció del dia i de la feina, com perquè se sol donar el menjar a demanda fins als 8-9 anys.

Associat a la manca d'horaris, les mares van comentar també que els nens solien anar a dormir tard (entorn a les 23h) i sense una rutina de son establerta.

La ingesta de verdures un cop el menor s'incorpora als àpats familiars és escassa, tot i que a Pakistan el consum n'és freqüent i la majoria de fruites i verdures que es mengen a país d'origen, com els dàtils i el mango, també les troben a Barcelona. Com a raons per a la reducció del seu consum, les participants van mencionar el preu elevat dels vegetals, diferències en el gust, el temps que suposa cuinar-los seguint les receptes tradicionals, i les preferències dels diferents membres de la família.

L'equip sanitari va plantejar la preocupació per una sensació de major prevalença de problemes concrets en nens de famílies d'origen pakistanès, incloent la ferropènia i anèmia, el dèficit de vitamina D, el sobrepès, les càries i l'estrenyiment. Durant les sessions comunitàries es van abordar aquestes problemàtiques, explicant-ne el significat i factors de risc. En parlar de ferropènia, les mares van comentar un elevat consum de llet fresca, prioritzant en ocasions la ingesta de llet a altres aliments degut a la creença que suposa una font d'energia i nutrients adequada per a l'infant. Aquesta ingesta excessiva de llet també ha set detectada pels professionals de l'Equip de Pediatria Drassanes.

Les mares van associar el dèficit de vitamina D al canvi d'habitatge, amb pisos més tancats a Barcelona que a Pakistan; i d'estil de vida, amb un augment del sedentarisme i ús de pantalles respecte a país d'origen. Tot i que els nens solen sortir a jugar al carrer també a Barcelona, ho fan amb menys freqüència que a Pakistan.

Respecte a les càries, les mares en general referien fer un rentat de dents adequat, relacionant-les en gran part a l'elevat consum de dolços.

Finalment, es va parlar sobre el concepte de límits i educació alimentària. Mentre que els professionals sanitaris van expressar la sensació que hi havia una baixa tolerància a la frustració de l'infant i una manca de límits en menors de 2 anys, també destacaven que de més grans els fills de famílies pakistaneses solien tenir molt clars els límits i en general ser respectuosos i educats. En abordar aquest tema a les sessions comunitàries les mares comentaven que, efectivament, se solia donar menjar per evitar que els nens ploressin, però que aprenien amb els anys a través de l'exemple dels germans i les persones grans del seu entorn. Es va debatre sobre la manera en què s'estableixen els límits, amb la sensació que les famílies d'origen espanyol tenen una forma de comunicació i educació més verbal que les famílies pakistaneses.

CATEGORIA 4: RESPOSTES I ATENCIÓ SANITÀRIA EN ALIMENTACIÓ INFANTIL

1. Valoració de la comunicació

L'equip sanitari va plantejar la seva preocupació respecte a les barreres comunicatives, fins i tot amb pares i mares que parlen castellà i tot i la presència de medidora. A les sessions comunitàries la principal barrera comunicativa mencionada va ser la idiomàtica, tot i que també es van comentar les actituds discriminatòries que moltes de les participants han viscut en el context sanitari. És comú la sensació que els professionals sanitaris no fan l'esforç per explicar les coses a les dones d'origen pakistanès, assumint que no ho entendran o que no els interessa.

2. Adequació del missatge

Tot i que l'equip sanitari té la sensació que la manca de coneixement dels costums culinaris per part dels professionals és causa de dificultats en la transmissió de coneixements i consell, les dones participants van referir que, globalment, els missatges transmesos per part dels i les pediatres resultaven útils per al seu dia a dia, i que solien seguir-ne els consells. Tot i així, es va comentar la influència de la família i d'altres dones de la comunitat.

3. Confiança en l'equip sanitari

En general la sensació de confiança és alta, tot i que l'equip sanitari ha detectat que en ocasions no es comuniquen la totalitat de preocupacions o dubtes, identificant com a possibles raons la barrera idiomàtica o la vergonya.

4. Accessibilitat i persones mediadores

Les mares participants van destacar com a problema comunicatiu principal la barrera idiomàtica, i van remarcar la necessitat d'augmentar l'accessibilitat a les persones mediadores. L'ús de traductors automàtics per part dels professionals és una solució subòptima, que deriva en frustració i comunicació parcial per part de les dones d'origen pakistanès.

Per altra banda, l'equip sanitari va coincidir en que l'ús de persones mediadores no només és escàs, sinó que associa altres obstacles que poden derivar en problemes durant la consulta. Es va destacar la necessitat de garantir una formació regularitzada de les mediadores, amb unes condicions laborals dignes. A més, es va comentar la necessitat de millorar la intimitat, especialment en persones del mateix barri, doncs pot portar al rebuig de la medidora.

CATEGORIA 5: PROPOSTES DE MATERIALS I EINES PER A MILLORAR LA COMUNICACIÓ I ATENCIÓ A L'ALIMENTACIÓ DE L'INFANT MENOR DE 2 ANYS

Es van plantejar diferents formats per al material de suport, demanant l'opinió tant per part del personal sanitari com de la comunitat. Com a punts importants destaquen la importància d'un recurs visual i gràfic, a més de l'escrit, per tal de garantir l'accessibilitat del major nombre de persones possible. En la mateixa línia, en totes les sessions comunitàries es va insistir en la necessitat que els materials fossin redactats en urdú.

Totes les dones participants van coincidir en que el material *per se* no és suficient, sinó que aquest ha d'anar associat a una formació i espai on es puguin fer preguntes i resoldre dubtes, amb l'ajuda d'una medidora. Les mares van referir que assistirien a aquestes sessions si s'oferissin.

5. DISCUSSIÓ

En un estudi amb comunitat migrant realitzat a Anglaterra¹², van identificar sis principals factors determinants del tipus de dieta en els infants: 1) el coneixement, habilitats o capacitat; 2) les barreres temporals i econòmiques; 3) el context alimentari; 4) la influència de la identitat cultural i els valors; 5) les influències familiars en el menjar i les pràctiques alimentàries i 6) la rutina dels àpats. Aquests mateixos factors han sorgit durant les sessions comunitàries realitzades, i els comentaris obtinguts durant elles són concordants amb els obtinguts en estudis amb comunitat pakistanesa migrada a d'altres països.

En primer lloc, respecte als coneixements i creences entorn a la salut i malaltia, el present estudi mostra, d'acord amb la literatura^{4,10}, que el concepte de salut difereix del de la biomedicina occidental, especialment entorn a alguns problemes específics. En l'àmbit de la pediatria i l'atenció primària, cal centrar-se especialment en la manca de cultura de prevenció en part associada a l'absència de la mateixa en el sistema sanitari pakistanès, i que suposa dificultats en la comunicació metge-pacient i en el seguiment del nen sa. Aquest enfoc resulta especialment important donat l'elevat interès que mostren les mares de la comunitat, i la bona valoració que fan de les estratègies preventives que coneixen.

Tot i que la responsable principal de la criança és tradicionalment la dona, les decisions solen prendre's conjuntament amb el marit i, com ja s'ha descrit a estudis previs en comunitat pakistanesa migrada^{6,11}, hi ha una clara influència de la família extensa així com d'altres persones de la comunitat. Aquest fet és rellevant tant a l'hora de considerar els possibles factors externs, com per reforçar les estratègies comunitàries de promoció de la salut, més enllà de les intervencions a nivell individual. Finalment, ens planteja la importància de treballar en l'empoderament de la dona en el seu rol de cuidadora principal.

Respecte a la lactància materna, les respostes rebudes durant les sessions indiquen un alt valor atorgat a aquesta i un interès elevat en mantenir-la el major temps possible. Això concorda amb l'alta prevalença de lactància materna a Pakistan descrita en la literatura⁹, tot i que en altres països amb comunitats pakistaneses establertes han observat una clara disminució de la lactància materna respecte al país d'origen¹³, pel que és important realitzar un reforç positiu i incentivar a les mares d'origen pakistanès a seguir mantenint l'alletament matern.

Preocupa més la desconexió que els professionals sanitaris puguin tenir respecte a la pràctica del *Tahnik*. Tot i que el botulisme infantil és rar, l'alta mortalitat associada fa que sigui de vital importància prevenir-lo²⁴. Donada la rellevància del *Tahnik* per a la comunitat pakistanesa de Barcelona, cal primerament tenir present aquesta possibilitat, preguntar a la família, i assegurar que cap ritual retardi l'administració de calostre ni l'inici de la LME. En el cas que els tutors decideixin donar alguna substància tot i el consell mèdic, és important oferir alternatives a la mel que siguin acceptables per la família i el més segures possible¹⁵.

La hipòtesi inicial del projecte era que l'inici de l'AC podia suposar un problema per a les famílies d'origen pakistanès, donades les diferents pràctiques alimentàries i en base al constatat en estudis realitzats en comunitat pakistanesa d'altres països¹³. Tot i així, els resultats de les sessions indiquen que en el cas de la comunitat pakistanesa del barri del Raval de Barcelona, la freqüència, ordre i intervals d'introducció dels diferents aliments i la seva cocció, generalment

concorden amb les recomanacions actuals²⁴. A més, les mares expressen seguir majoritàriament les indicacions del personal sanitari durant aquest període.

Com a únic punt a tenir en compte és la tendència a iniciar l'AC als 4 mesos. Les revisions més recents no han demostrat una milloria en l'estat nutricional dels lactants que inicien l'AC als 6 mesos respecte als que ho fan als quatre (tant en els que reben lactància artificial com si es realitza LME), i les dades de les que disposem suggereixen que tan la funció renal com gastrointestinal són suficientment madures a aquesta edat per metabolitzar els nutrients de l'AC²⁴. Dit això, cal tenir en compte que el grau de neurodesenvolupament necessari per a que el lactant s'interessi pel menjar i pugui ingerir-lo de forma segura s'assoleix dins un rang d'edat variable²⁴, pel que és important individualitzar cada cas en funció d'aquest per tal d'assegurar una introducció de l'AC exitosa i segura.

A més, cal seguir reforçant una correcta iniciació de l'AC i assegurar que es disposa de material adaptat i traduït per a una bona comunicació, així com insistir en alguns punts concrets en funció de cada família i cas particular.

Els problemes nutricionals, doncs, semblen presentar-se en una etapa posterior – a partir dels 12 mesos – que va des de la continuació de l'AC amb l'ampliació del ventall d'aliments ofert, i continua amb la incorporació dels infants als àpats, horaris i hàbits de la resta de la família. D'acord amb els resultats obtinguts, aquesta edat sembla la més adequada per a focalitzar l'actuació, fins i tot encara que els resultats s'esperin a més llarg termini. S'ha demostrat l'eficàcia de la intervenció alimentària precoç, essent els primers 1000 dies de vida una "finestra d'oportunitat crítica" per a la promoció de la salut, creixement i desenvolupament infantils¹⁸.

Entre els punts tractats entorn a aquesta etapa, cal assegurar en primer lloc una oferta d'aliments, amb diferents gusts, textures i olors per tal que l'infant s'acostumi a la varietat alimentària, doncs les mares expressen freqüentment dificultats en aquest sentit. Si bé els infants tenen unes preferències evolutives i innates per als gustos dolç i salat, aquestes suposen un inconvenient en el context obesogènic actual de països com Espanya, i poden ser modificades especialment durant aquest període de transició a través d'uns bons hàbits alimentaris²⁴. L'infant pot necessitar tastar un nou gust entre 8-10 vegades abans d'acceptar-lo²⁴, pel que cal animar a les mares i pares a insistir en l'oferiment, a la vegada que desaconsellem l'addició de sal i sucre als plats.

En la mateixa línia, és freqüent el consum de grans quantitats de llet de vaca, la qual té un excés de greixos i proteïnes i – a diferència de la llet materna - és inhibidora de l'absorció del ferro, a més de desplaçar el consum d'altres aliments restringint el valor nutricional de la dieta de l'infant i resultant en un augment del risc de ferropènia²⁴. En estudis previs realitzats en població pediàtrica d'origen pakistanès s'ha descrit una major prevalença d'aquest dèficit¹³, el que recalca la importància de conscienciar sobre un consum adequat de llet en funció de l'edat.

Respecte al consum de sucres i greixos, la introducció precoç i rutinària de sucres envasats, brioixeria industrial i altres productes ultraprocessats és comú, coincidint amb estudis previs¹⁰. Tot i que les mares són conscients que aquesta elecció resulta poc saludable, l'augment de l'oferta i accessibilitat, així com l'aprovació social de la compra d'aquests productes, dificulta la reducció del seu consum. És important doncs oferir alternatives saludables i pràctiques sobretot per a les ocasions en què el consum d'ultraprocessats és més freqüent, com ara els refrigeris i les festes o altres moments socials.

Cal també vigilar el consum de te a edats precoces, tant per l'associació freqüent amb un augment del consum de sucres i llet, com perquè els tanins poden disminuir l'absorció del ferro¹³.

Entre els resultats obtinguts durant les sessions comunitàries, destaca també un escàs consum de peix, de verdures i de llegums, ja mencionat també en estudis previs¹⁰. Els nutrients aportats per aquests aliments són claus per a un correcte desenvolupament infantil²⁴, i la disminució en la seva ingesta està relacionada a alguns dels problemes prevalents mencionats per l'equip sanitari.

Globalment, cal treballar en el concepte de nen saludable i pes adequat, així com en la freqüència en què s'utilitza el menjar per premiar el bon comportament o per establir límits. Les revisions més recents han conclòs que les estratègies de prevenció de l'obesitat més efectives en menors de 2 anys són aquelles que se centren en l'alimentació responsable, incloent l'educació dels tutors per a reconèixer la gana i la sacietat del menor, i el maneig conductual sense l'ús del menjar²⁴.

Podria ajudar també en aquest sentit l'establiment d'horaris regulars dels àpats, doncs és especialment freqüent la manca d'horaris, del que deriven conductes alimentàries desfavorables. Els horaris regulars, junt amb la reducció dels menjars cariogènics i el reforç d'una correcta higiene dental, també podrien disminuir la incidència de càries en aquest col·lectiu.²⁴ En la mateixa línia, i de manera equiparable a altres comunitats, és important incidir sobre l'activitat física, els hàbits de son i l'ús de pantalles.

En preguntar sobre el tipus de material o informació que preferirien, totes les dones participants han coincidit en dos requeriments: 1) que el material sigui en urdú i 2) que vagi acompanyat d'un espai per preguntar i resoldre dubtes. En estudis previs¹³ les mares apreciaven els mateixos dos factors, i destacaven la gran utilitat de les demostracions i discussions de grup realitzades amb professionals sanitaris, on les mares tenien l'oportunitat de compartir la seva experiència, dubtes i preocupacions tant amb els professionals com amb les altres mares. De la mateixa manera, s'insisteix en la necessitat d'adaptar les campanyes de promoció de la salut per tal que aquestes tinguin rellevància cultural per a la comunitat diana, i es valoren positivament els materials d'ajuda en la planificació i preparació d'àpats saludables, pràctics i adaptats¹².

Finalment, durant les sessions han sorgit comentaris entorn a les barreres d'accés i ús dels serveis sanitaris en les que cal treballar per tal que la implementació de nous materials resulti efectiva i eficient. Molts pacients pakistanesos senten que els professionals sanitaris no fan esforços per entendre el que se'ls pregunta, que els hi demanen i els ofereixen poca informació i que no dediquen el temps necessari a interessar-se pel seu estat físic o psicològic⁴. Vàries de les participants van expressar aquesta sensació de tracte discriminatori recurrent, que deriva en frustració i una disminució de la interacció amb els professionals sanitaris.

Les mateixes sessions podrien servir com espai mixt de diàleg per a millorar la coneixença mútua i disminuir les situacions de discriminació en el context sanitari que viuen les persones d'origen pakistanès. Per tal de facilitar l'intercanvi cultural i la comunicació, és important incloure a les persones mediadores en aquestes sessions, a la vegada que, tal i com s'ha remarcat durant les sessions, és important treballar per a que aquestes tinguin una formació i condicions de treball adequats i adients a la responsabilitat que se'ls demana.

El present estudi presenta diverses limitacions, entre les quals es troba una mostra relativament petita d'estudi (25 dones), totes elles pertanyents a una agrupació cívica concreta pel que es pot donar un biaix de selecció. Algunes de les dones no van respondre el qüestionari per establir el perfil participant, mentre que d'altres el van omplir parcialment, pel que les dades sociodemogràfiques no són completament representatives, tot i que en general coincideixen amb les trobades en la recerca bibliogràfica prèvia. Dedicar un major temps a l'ompliment del qüestionari amb l'ajuda de la medidora i utilitzar altres ajudes visuals (mapes, imatges...) per a una millor comprensió, hauria suplert aquest dèficit.

Aquest estudi respon a les necessitats i vivències entorn a l'alimentació en menors de 2 anys d'un grup concret dins una comunitat i àrea específiques a la ciutat de Barcelona i, per tant, els resultats i conclusions extrets no són necessàriament extrapolables a la comunitat pakistanesa d'altres àrees geogràfiques o amb característiques diferents. Tot i així, el present estudi sí que pot suposar una base per al desenvolupament de futures estratègies de promoció de la salut amb perspectiva cultural.

L'impacte dels resultats i conclusions no podrà avaluar-se fins que els materials de suport hagin estat desenvolupats i implementats. Serà necessària l'avaluació continuada i a llarg termini de les intervencions derivades d'aquest estudi per tal de poder confirmar l'adequació de les afirmacions i conclusions extretes. Tot i així, el treball realitzat és el punt de partida per al desenvolupament del projecte d'adaptació cultural del consell nutricional plantejat.

6. CONCLUSIONS

Primerament i de manera global, l'estudi realitzat reafirma la necessitat ja identificada prèviament d'establir diàlegs per comprendre i adaptar els missatges de promoció de la salut a les diferents visions de la mateixa, en funció de la cultura i factors sociodemogràfics de les persones usuàries.

En el cas de la comunitat pakistanesa, la importància de l'exemple i el model familiar en l'educació de l'infant remarca la necessitat d'implicar a tota la família en l'adopció d'hàbits saludables, per tal d'aconseguir un aprenentatge adequat i sostenible. A més, els resultats ens porten a concloure que en aquest grup en concret l'edat d'intervenció més adequada és probablement entorn als 12 mesos, en relació a la incorporació propera a la rutina familiar.

Gràcies a la recollida i anàlisi dels resultats, hem pogut recollir els següents temes i missatges que considerem claus i que es planteja incloure al material de suport per a les sessions de control del nen sa adients:

- 1) Importància de la prevenció i concepte de "malaltia no visible". L'alimentació infantil té conseqüències per a la salut tant durant l'edat pediàtrica com en l'etapa adulta.
- 2) Prevenció de l'aversion alimentària. Cal esperar al moment adequat segons cada infant per iniciar l'AC; oferir aliments amb diferents gusts i textures, sense afegir-hi sal ni sucre; i oferir cada aliment varies vegades, sense forçar, abans de decidir si aquest aliment agrada o no.
- 3) El plor no sempre va associat a menjar insuficient. Reforçar el concepte de nen saludable, evitar el sobrepès.
- 4) La llet de vaca es desaconsella com a beguda principal i la ingesta excessiva suposa un risc. Cal reduir el consum de llet de vaca per tal d'evitar dèficits nutricionals com la ferropènia.
- 5) La mel s'ha d'evitar fins als 12 mesos d'edat donat el risc de botulisme.
- 6) El consum de te en nens petits es desaconsella, especialment si s'hi afegeixen quantitats importants de sucre.
- 7) Tots els menors de dos anys han de menjar aliments rics en ferro, sigui carn o d'altres fonts (llegums, fruits secs, vegetals de fulla verda).
- 8) Cal reduir l'excés de sucres i sal. El consum de sucs industrials i begudes ensucrades, brioixeria i productes ultraprocessats s'ha d'evitar, i existeixen alternatives saludables.
- 9) Importància dels límits i gestió de la frustració. Els premis o consols amb menjar estan desaconsellats, i s'han de trobar altres maneres de premiar el bon comportament.
- 10) Dieta equilibrada i proporcions adequades de tipus d'aliments. És important oferir un mateix menjar equilibrat per a tota la família, i menjar conjuntament, sense aparells electrònics.
- 11) Els horaris regulars d'àpats i de son, i l'exercici físic, ajuden desenvolupar hàbits saludables i a prevenir problemes de salut. Tota la família ha d'intentar implicar-se en l'adquisició d'aquests.

Els materials que es planteja desenvolupar han de suposar un recurs visual i amb l'urdú com a llengua vehicular; i han d'anar acompanyats per un espai de diàleg i resolució de dubtes. La formació dels professionals que faran ús dels materials és clau per tal d'assegurar-ne una bona utilització; però aquesta no eximeix d'incloure a les persones mediadores en aquests espais, ans el contrari.

Tot i no tractar-se de l'objectiu principal d'aquest estudi, els comentaris recollits durant sessions comunitàries obren també altres temes de diàleg necessaris:

- Cal seguir reforçant la lactància materna, així com estudiar la prevalença real de la pràctica del *Tahnik* i les seves conseqüències per oferir millor consell des de l'atenció prenatal a través dels serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), i reforçar-lo durant l'edat pediàtrica. De la mateixa manera, convé seguir treballant per evitar la introducció precoç dels biberons si el creixement de l'infant és l'adequat.
- És necessari valorar els mètodes de comunicació i escolta activa dels pacients d'origen pakistanès, i seguir treballant en estratègies per a disminuir la discriminació i diferències en l'atenció sanitària al col·lectiu.
- Les persones mediadores tenen un paper clau en la comunicació intercultural, pel que és necessari assegurar la seva correcta formació i unes bones condicions de treball que els permetin complir amb els objectius i responsabilitats que els hi corresponen.

7. REFERÈNCIES

1. Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Institut d'Estadística de Catalunya*. Obtenido de Idescat: <https://www.idescat.cat/>
2. Mohamed-Bibi, S., Contreras-Hernández, J., & Vaqué-Crusellas, C. (2022). Pakistani Women: Promoting Agents of Healthy Eating Habits in Catalonia—Protocol of a Culturally and Linguistically Appropriate Randomized Control Trial (RCT) Based on the Transtheoretical Model. *Int. J. Environ. Res. Public Health*(19). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph191610386>
3. Centre d'Estudis Africans i Interculturals. (2016). *Cartografia de Coneixements. Interculturalitat i salut en l'àmbit de la criança a la comunitat Pakistanesa*. Barcelona.
4. Arrasate Hierro-Olavarría, M. (2017). Comunicación y acceso a los servicios públicos: estudio de la perspectiva de las mujeres pakistaníes en Barcelona. *Lengua y migración*, 9(1), 39-63.
5. Tolsanas-Pagès, M. (octubre / 2007). "Las calles de Barcelona, las casas de Paquistán". Transnacionalismo y generación posmigratoria. (CIDOB, Ed.) *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*(78), 33-56.
6. SanRomán, T. (2010). *Desigualtats Socioeconòmiques i Diferència Cultural a l'Àmbit de la Salut a Barris d'Actuació Prioritària de Catalunya*. Barcelona: Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada (GRAFO). Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i Universitat Autònoma de Barcelona.
7. FAO. (2020). *Accelerating progress towards SDG2 – Policy effectiveness analysis*. Islamabad. doi:<https://doi.org/10.4060/cb1093en>
8. National Institute of Population Studies (NIPS) [Pakistan] and ICF. (2019). *Pakistan Demographic and Health Survey 2017-18*. Islamabad, Pakistan, and Rockville, Maryland, USA: NIPS and ICF.
9. Government of Pakistan and UNICEF. (2020). *National Nutrition Survey 2018*. Key Findings Report.
10. Centre d'Estudis Africans i Interculturals. (2017). *Cartografia de Coneixements. Interculturalitat i salut. Malalties metabòliques*. L'Hospitalet de Llobregat.
11. Khalid, T. A., Glavin, K., & Lagerløv, P. (2018). Food Traditions and Overweight among Pakistanis in Norway: A Qualitative Interview Study. *Health Sci J*, 12(6:607). doi:10.21767/1791-809X.1000607
12. Cook, E. J., Powell, F. C., Ali, N., Penn-Jones, C. P., Ochieng, B., Constantinou, G., & Randhawa, G. (2021). 'They Are Kids, Let Them Eat': A Qualitative Investigation into the Parental Beliefs and Practices of Providing a Healthy Diet for Young Children among a Culturally Diverse and Deprived Population in the UK. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(13087). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph182413087>
13. Sarwar, T. (2002). Infant feeding practices of Pakistani mothers in England and Pakistan. *J Hum Nutr Dietet*, 15, 419–428.
14. Asim, M., Ahmed, Z. H., Hayward, M. D., & Widen, E. M. (2020). Pre-lacteal feeding practices in Pakistan: a mixed methods study. *International Breastfeeding Journal*.
15. Harun, M., Abdullah, A., Mohamad, A., & Baharuddin, A. (2021). Honey-borne infant botulism in tahnik practice: an explanation of the risk and its solutions. *Food Research*, 5(3), 431-437. doi:[https://doi.org/10.26656/fr.2017.5\(3\).751](https://doi.org/10.26656/fr.2017.5(3).751)
16. Khan, M. R., Kumar, P., Shahid, S., & Haque, A. (Juny / 2013). Botulism in children: a diagnostic dilemma in developing countries. *JCPSP*, 23(6), 443-444.

17. Abdulla, C. O., Ayubi, A., F. Z., G. S., S. A. M., & J. D. (Juliol / 2012). Infant botulism following honey ingestion. *BMJ Case Reports*. doi:10.1136/bcr.11.2011.5153
18. WHO. (2013). *Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant and Young Child Health and Nutrition*. World Health Organization.
19. Ali, M., Arif, M., & Shah, A. A. (Febrer / 2021). Complementary feeding practices and associated factors among children aged 6–23 months in Pakistan. *PLoS ONE*, 16(2), e0247602. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247602
20. Ariff, S., Saddiq, K., Khalid, J., Sikanderali, L., Tariq, B., Shaheen, F., et al. (2020). Determinants of infant and young complementary feeding practices among children 6–23 months of age in urban Pakistan: a multicenter longitudinal study. *BMC Nutrition*, 6. doi:https://doi.org/10.1186/s40795-020-00401-3
21. Tariqujjaman, M., Hasan, M. M., Mahfuz, M., Hossain, M., & Ahmed, T. (2022). Association between Mother’s Education and Infant and Young Child Feeding Practices in South Asia. *Nutrients*, 14. doi:https://doi.org/10.3390/nu14071514
22. Manikam, L., Sharmila, A., Dharmaratnam, A., C. A. E., Ying Kuah, J., Prasad, A. et al. (2017). Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in South Asian families: the Pakistan perspective. *Public Health Nutrition*, 21(4), 655–668. doi:10.1017/S1368980017002956
23. Najam, A., & Bari, F. (2017). *Pakistan National Human Development Report. Unleashing the Potential of Young Pakistan*. Islamabad: United Nations Development Programme (UNDP).
24. Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, NF. et al. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *JPGN*, 64(1) 119–132. doi:10.1097/MPG.0000000000001454

8. ANNEXES

ANNEX 1. Guió de preguntes per als grups de discussió amb comunitat pakistanesa

1. Coneixements i concepte de sanitat i salut
 - Quina opinió teniu de la Sanitat aquí a Barcelona? Acudiu als controls del nen sa?
 - Quina opinió teniu de la prevenció, de les visites i controls sense estar malalts/es?
2. Coneixements i concepte de criança
 - Quin paper tenen els diferents membres de la família en la criança de l'infant, especialment durant els primers anys de vida?
 - Com es transmeten els coneixements respecte a la criança? A qui s'acut per demanar consell?
3. Pràctiques en l'alimentació de l'infant els primers 2 anys de vida
 - És habitual la lactància materna? Quina importància té a la comunitat?
 - Quan i com s'introdueixen els primers aliments:
 - Hi ha algun ordre concret?
 - Es donen triturats o és més freqüent donar trossos?
 - Amb quina freqüència es dona la llet / altres aliments?
 - Els menors de 2 anys mengen aliments molt rics en sucre o greixos?
 - Hàbits saludables i problemes específics:
 - Quins altres aliments soleu consumir? Quins no es donen als nens o costa més que se'ls mengin?
 - Problemes específics: Ferropènia i anèmia, dèficit de vitamina D, càries, restrenyiment, sobrepès i obesitat.
 - Es donen sucus envasats/brioixeria/aliments ultraprocesats?
 - Quin horari d'àpats segueixen els nens una vegada establerta l'alimentació?
 - Els infants fan activitat física fora l'escola? Heu notat canvi entre Pakistan i aquí?
 - A quina hora van a dormir els infants?
4. Respostes i atenció sanitària en l'alimentació del menor de 2 anys
 - Els consells sobre alimentació que dona l'equip sanitari, tenen sentit al vostra dia a dia?
 - Si acudiu al CAP/centre sanitari, sentiu que s'escolten i es responen adequadament les vostres preguntes o dubtes?
 - Què en penseu de l'ús de mediadores? És útil? Es fa servir suficientment i/o adequada?
5. Propostes de material i eines per millorar la comunicació i atenció a l'alimentació de l'infant
 - Us agradaria rebre més informació sobre qüestions relacionades amb l'alimentació dels vostres fills i filles?
 - Com us agradaria rebre la informació? (lloc, entorn, interlocutor, en grup, amb gent desconeguda/coneguda...)
 - Si es proposés alguna eina educativa, quin format us agradaria? (vídeo, llibre, tríptic, joc participatiu, taller/xerrada...)
6. Altres Hi ha alguna cosa que no haguem comentat i que sigui important per a vosaltres?

ANNEX 2. Guió de preguntes per als grups de discussió amb professionals sanitàries

1. Coneixements i concepte de sanitat i salut
 - Segons la vostra experiència, quin és el concepte de salut i malaltia que tenen els pares/familiars de nens i nenes pakistanesos? En què difereix de la biomedicina occidental?
 - Trobeu algunes barreres específiques durant l'atenció als infants pakistanesos?
2. Coneixements i concepte de criança
 - Segons la vostra experiència, com són les dinàmiques familiars de les famílies pakistaneses?
 - Quin paper considereu que tenen els diferents membres de la família i/o comunitat en la criança de l'infant, especialment durant els primers anys de vida?
3. Pràctiques en l'alimentació de l'infant els primers 2 anys de vida
 - Segons la vostra experiència, és habitual la lactància materna?
 - Respecte a la introducció dels aliments, quan i com creieu que es realitza? Hi ha alguna tendència en l'ordre, forma, horaris que us hagi cridat l'atenció?
4. Respostes i atenció sanitària en l'alimentació del menor de 2 anys
 - Com és la comunicació a l'hora de parlar sobre alimentació infantil? Sentiu que arriben bé els missatges que transmeteu a les famílies?
 - Segons la vostra experiència, hi ha confiança amb l'equip sanitari?
 - Quina experiència heu tingut tractant l'alimentació amb les famílies pakistaneses?
 - S'utilitzen les mediadores? És un recurs útil? Se'n fa un ús adequat segons el vostre parer?
5. Propostes de materials i eines per a millorar la comunicació i atenció a l'alimentació de l'infant
 - Quins temes o missatges creieu que és més important que es transmetin?
 - Qui creieu que els hauria d'informar?
 - Com s'hauria de comunicar la informació? (lloc, entorn, en grup, amb gent desconeguda/coneguda...)
 - Si es proposés alguna eina educativa, quin format creieu que seria idoni? (vídeo, llibre, tríptic, joc participatiu, taller/xerrada...)
6. Altres Creieu que hi ha aspectes que no hem comentat i que són importants en l'abordatge de l'alimentació de l'infant menor a 2 anys en la comunitat pakistanesa?

ANNEX 3. Sessions comunitàries: Preguntes i respostes

Categoria 1. Coneixements i concepte de sanitat i salut	
Pregunta	Respostes
Quina opinió teniu de la Sanitat a Barcelona?	En general estem contentes amb el pediatre i aquestes visites, i ens sentim còmodes i escoltades. És quan el nen està malalt que sentim que a vegades no resolen el problema; per exemple, quan té febre i només et donen paracetamol.
S'acudeix a les revisions del nen sa?	Sí, sempre hi anem.
Quina opinió teniu de la prevenció, de les visites i controls sense estar malalts/es?	A Pakistan se'n fa molt poca (de prevenció). Vacunes se'n posen, però moltes menys que aquí. Només es posen vacunes fins a l'any de vida.
	A Pakistan no es fan revisions dels nens pel que no veiem quan hi ha dèficits, només veiem malalties agudes com la tos o la febre.
	El control del nen sa salva vides, aquí les malalties es diagnostiquen molt abans gràcies a totes les visites que fan als nens. A Pakistan alguns nens es moren perquè el diagnòstic es fa tard, quan ja estan molt greus.
Categoria 2. Coneixements i concepte de criança	
Pregunta	Resposta
Quin paper tenen els diferents membres de la família en la criança?	Normalment les mares ens quedem a casa, cuinem i cuidem dels nens. Nosaltres comprem el menjar, però la presa de decisions és conjunta. (Comentari de la mediadora) La decisió dels àpats pot dependre dels gustos del marit: si ell vol carn, moltes vegades es cuinarà això en comptes de verdures. De la mateixa manera, a algunes cases els horaris dependran de l'horari de feina del marit.
Com es transmeten els coneixements entorn a la criança? A qui s'acut per demanar consell?	Generalment es pregunta a la família, a les germanes grans o a la mare. Si no es troba solució, llavors es va al metge, tot i que a vegades la resposta no és gaire bona o no fan cas a la teva preocupació, pel que perdem la confiança.
Categoria 3. Pràctiques en l'alimentació de l'infant els primers 2 anys de vida	
<i>Lactància</i>	
Pregunta	Resposta
És habitual la lactància materna? Quina importància té?	Sí, totes nosaltres n'hem donat i la majoria de dones el donen (el pit).
	El més freqüent és que es mantingui fins els 2 anys, però a partir dels 4 mesos es comencen ja a introduir altres aliments o el biberó si la mare té poca llet. El Quran recomana mantenir el pit fins els 2 anys en el cas de les noies, i fins els 2 anys i mig en els nois. Aquí a Barcelona també es manté la lactància.
	La majoria mantenen el pit fins a l'any i mig o dos anys, algunes fins els 3 anys. Alguns nens ho deixen abans, cap als 6-8 mesos, perquè ja no en volen.

El calostre es dóna?	Es dóna el calostre, només que primer es dóna quelcom de dolç.
	El primer que es fa al néixer el nen és donar alguna cosa dolça, com ara mel o una mica de dàtil, una quantitat molt petita, només per a provar. Això es fa així perquè el profeta Mohammed ho va fer així amb el seu fill i va dir que era bo per als nounats. Després ja s'inicia la llet materna.
	Sí, el calostre es dóna, però és tradició que abans de donar el pit se li doni alguna cosa dolça al nen, en molt poca quantitat, i gairebé tothom ho segueix fent. El més freqüent és donar mel, a vegades dàtil, per a que el llepi una mica el nounat.
Se solen introduir biberons? En quines ocasions?	Sí, normalment a partir dels 5-6 mesos. Depèn de cada cas, si la mare veu que el pit no és suficient per les necessitats del nen, s'afegeixen abans els biberons. A vegades es fa per indicació del doctor, i altres ho veiem perquè el nen plora sempre després de les preses del pit, però quan li dones biberó deixa de plorar, pel que vol dir que el pit no és suficient. (Comentari de la mediadora) Algunes mares pensen que la introducció precoç del biberó és un bon hàbit per a més endavant, quan l'infant ja no prengui lactància materna.
Alimentació complementària	
Pregunta	Resposta
A quina edat es comença a introduir l'alimentació complementària?	Als 4 mesos. Tot i que els pediatres ens recomanen a partir dels 6 mesos, nosaltres pensem que és millor començar abans. Entre els 4 i els 6 mesos
Quins aliments s'introdueixen primer?	Generalment galetes, plàtan i patata. També verdures: bròquil, pastanaga, pèsols i moniato. Als 4 mesos també es comença amb cereals, barrejats amb llet o aigua; i aquí a Barcelona també se'ls dóna un iogurt especial per a bebès. També arròs Generalment es comença amb cereals, arròs, patates i fruites, a vegades amb ou. Un plat que és molt típic donar és el <i>kheer</i> . També es dóna pollastre.
S'introdueixen els aliments en trossos o triturats?	Al principi sempre triturat. Els trossos es comencen a donar un cop surten les dents, a partir de l'any. Al principi sempre triturat. Els trossos es comencen a donar un cop surten les dents, cap als 8 mesos, no abans. Quan ja tenen dents es comencen a donar trossos de chapati; i també altres fruites com raïms, síndria, mango, cireres o maduixes, que es poden donar en trossets o en forma de batut. Es dóna amb cullera però quan ja tenen dents (als 8 mesos) se'ls hi deixen trossos petits de verdura o fruites per a que juguin.
En quin ordre s'afegeixen la resta d'aliments?	Les llegums s'introdueixen a partir dels 6 mesos, tot i que se'n donen molt poques. Els ous, sobretot ou dur i ou ferrat, a partir dels 6 mesos, tot i que no totes en donen. Peix i pollastre també a partir de 6 mesos, triturat i barrejat amb verdura o arròs. A partir de l'any de vida es donen espinacs barrejats amb arròs o patata, i a partir dels 3 anys donem salmó. Formatge no en mengem quasi, a Pakistan tampoc n'hi ha i als nens no els hi agrada. A partir dels 9-10 mesos es comença a donar roti i chapati, perquè es dóna en trossets. Les llegums s'introdueixen a partir de l'any, es barregen amb l'arròs. El iogurt es comença abans, la llet de vaca a partir dels 9 mesos. El peix a partir de l'any o any i mig.
Amb quina freqüència es dóna el menjar?	Al principi, als 4-5 mesos, es dóna alguna cosa cada 3 hores, sigui llet o triturats. A partir dels 2 anys mengen el mateix que els grans i a les mateixes hores que la família, i és a partir dels 3 anys que normalment ja mengen sense ajuda. El pit es segueix donant a demanda. De biberó un cop ja introduïda l'alimentació donem un biberó al dia, generalment per la nit.

Quin tipus de cocció feu servir?	Cuinem a part pel nen, generalment bullit. Al principi sobretot es bull el menjar, és quan ja són més grans que es donen guisats. Els guisats es fan més freqüentment amb oli d'oliva, no es fa servir mantega aquí per cuinar, però sí que es posa força oli als guisats. El menjar es fa a casa, quasi mai es compren papilles ja preparades.
S'afegeix sucre al biberó?	Nosaltres no, però hi ha mares que sí que n'hi afegeixen, perquè els nens se'l prenen millor. Nosaltres comprem llet amb cereals, que ja és dolça, i se la prenen bé. A partir de l'any es comença a donar la llet de vaca, tot i que algunes mantenen la llet amb cereals per a nens fins als 2 anys.
Quan es comença a donar aigua?	A partir dels 3 mesos, sobretot a l'estiu.
Hàbits saludables i problemes específics	
Pregunta	Resposta
Quins altres aliments soleu consumir? I quins no els hi doneu als nens o costa més que se'ls mengin?	L'arròs es dóna molt, barrejat amb patata o pastanaga. També, quan el nen no guanya pes, és molt típic tant a Pakistan com aquí donar xapati mullat amb mantega fosa i sucre.
	Quasi no es dóna carn vermella. Xai sí, vedella no perquè es considera que és més indigesta i tampoc es cuina a casa.
	La carn vermella, com el xai i la vedella, també es dóna, tots dos. Així el nen aprèn a menjar de tot.
	Fruits secs sí, sobretot a partir dels 2 anys: ametlles, pistatxos...
	De fruita es dóna plàtan, mango... A Pakistan es dóna guaiaba, però aquí no se'n troba. La resta de fruites en trobem aquí igual que a Pakistan. De verdures es donen generalment patates, pastanaga i pèsols; se'n fa una sopa també amb una mica de pollastre.
	És freqüent que la llet que es doni sigui la llet fresca, tot i que depèn de la família. A Pakistan la llet sempre és fresca, i encara que aquí és més cara la llet fresca preferim donar-los aquesta. Abans aquí a Barcelona repartien la llet per les cases, ara ja no ho fan i aleshores ara comprem més la llet de bric que abans.
	La meva filla té 3 anys i tinc problemes per a que mengi, des de petita no vol menjar. Pes va guanyant, però quasi no menja. A l'escola tampoc.
	Mengem carn quasi cada dia, pollastre i carn picada de vedella o xai. Però de verdures se'n mengen poques. A Pakistan es mengen llegums quasi cada dia, i es mengen més verdures; però aquí se'n menja menys perquè les verdures són cares i, a més, és més fàcil cuinar carn. La manera de cuinar les verdures a Pakistan és diferent de com es fa aquí, és més lent, podem trigar fins 1,5 hores a fer-les. Sempre es combinen amb patates, lleties, arròs...
	El peix es menja molt poc, màxim una vegada a la setmana. A Pakistan no hi ha gaire tradició de menjar peix, tot i que depèn de la família. Un cop van a l'escola els nens mengen peix al menjador de l'escola.
Es menja arròs normalment barrejat amb lleties o amb pollastre. Fins als 2 anys se'ls donen verdures, però a partir dels dos anys mengen el que hi ha a taula i l'arròs generalment no s'acompanya amb verdures o n'hi posem molt poques, la quantitat és molt petita. A taula no hi sol haver gaires verdures.	
Algunes només els hi donem mel quan estan malalts, donem llet amb mel. D'altres donen una mica de mel cada nit al nen. Al matí, a partir dels dos anys, es donen 2 o 3 ametlles amb mel tant als nens com als adults.	

Es pren te? Els nens també en prenen?	Sí, depèn de cada família, algunes no però d'altres en prenen 5 vegades al dia. De la mateixa manera, algunes hi posen sucre i d'altres no i algunes prenen el te sol, mentre que d'altres se'l mengen amb dolços o amb chapati.
	Els nens també dependrà de la família, alguns en prenen només a l'hivern. Si la mare pren te, en solen començar a prendre abans també. Normalment es dona a partir dels 5-6 anys.
Es donen suc s envasats? I brioixeria?	A partir de l'any sí que es donen suc s. Brioixeria quan ja tenen 2 anys, el que sí que donem freqüentment és dàtil, sobretot per mastegar quan estan sortint les dents.
	Els nens mengen molts ultraprocessats: patates xips, croissants, galetes... Alguns mengen galetes i/o brioixeria quasi cada dia. Se'ls hi dona quan tenen gana entre els àpats, per picar entre hores.
	A les cases d'aquí hi ha més galetes, suc s, brioixeria... i els nens prefereixen menjar això perquè hi tenen accés. A Pakistan no és tan comú.
	Nosaltres com a mares, algunes també mengem més galetes i pastes aquí, altres ja en menjàvem força a Pakistan. Tenim la tradició de menjar galetes amb el te de la tarda, i aquí es manté en molts casos.
	Sí que se'n donen. Depèn també de la mare, algunes en donen un cop a la setmana, mentre que altres ho donen cada dia o quasi cada dia. Es dona al sortir de l'escola moltes vegades, perquè al nen li agrada molt i així estan més contents.
	Als nens els hi agraden més aquests productes que els fets a casa. El nen en vol, i plora i els hi comprem per a que estiguin contents.
	Donem suc fresc quasi cada dia, però també donem suc s envasats quasi cada dia.
	A Pakistan també se'n donen, tot i que és diferent perquè l'oferta no és tan gran. Normalment es dona un cop a la setmana. (Comentari de la medidora) Al tornar de l'escola moltes vegades es compren ultraprocessats si el nen els veu a la botiga, per evitar que plori o com a recompensa després de l'escola. La família extensa, si està present, sol comprar-los-hi el nen fins i tot encara que els pares no vulguin.
Quin horari d'àpats segueixen els nens un cop establerta l'alimentació?	Depèn de l'edat, normalment fan uns 5 àpats al dia però no necessàriament fem un horari concret, sinó que mengen quan tenen gana, això fins als 8-9 anys.
	Les mares no tenen uns horaris regulars, la manera de cuidar de les mares pakistaneses és diferent a la de les espanyoles. Passa també a Pakistan, però allà els nens mengen millor que aquí. Allà si tenen gana se'ls dona menjar bo, aquí prefereixen galetes, suc s i similar.
	Els nens de Pakistan no tenen un horari de menjar, i pot ser que mengin entre hores i que els aliments que prenen no siguin sans. Les mares no cuiden la dieta de la mateixa manera que les mares espanyoles. Varia molt segons la família, hi ha mares que sí que cuiden i segueixen horaris, però n'hi ha d'altres que no.
	Quan fem un horari, depèn de l'edat del nen. Si és petit donem cada dues o tres hores. A partir dels 2 anys, mengen 3 o 4 vegades al dia, si és que la mare segueix un horari.
	(Comentari de la medidora) A algunes cases els horaris depenen de l'horari de feina del marit, mentre que d'altres tenen un horari molt regular independentment de la feina de l'home. No existeix un "horari per als petits" a la cultura pakistanesa, els nens se'n van a dormir tard, sobretot els fills de famílies que viuen aquí.
Quan es comencen a rentar les dents? Quantes vegades al dia?	Comencem quan surt la primera dent. Els hi rentem entre 1 i 2 vegades al dia, i fem servir pasta de dents per a nens del supermercat.
	Quan tenen 4 o 5 dents, algunes ho comencen quan ja tenen totes les dents. Es fa entre 1 i 2 cops al dia, depèn de la família

Anèmia ferropènica: Quins factors creieu que poden augmentar-ne la freqüència?	En general no els hi donem el rovell dels ous als nens, perquè no els hi agrada (en ou dur, fregit...). Si fem truita o ous remenats sí que se'l mengen.
	Carn se'n dóna cada dia. Ous se'n donen però a molts dels nens no els agrada el rovell de l'ou, i només els hi donem la clara. Els ous es donen bullits normalment.
	Moltes mares segueixen donant grans quantitats de llet passats els 2 anys, ja que pensen que la llet és més important que la resta d'aliments.
	Hi ha mares que fins i tot quan el nen ja té més de 2 anys segueixen donant biberó perquè creuen que la llet és més important que la resta d'aliments.
	Algunes mares als 2 anys ja donen menys llet perquè veuen que quan donen biberó mengen menys perquè ja estan tips, mentre que d'altres mares segueixen donant un biberó cada 3-4 hores.
	(Comentari de la medidora) Existeix la creença de "el meu fill no ha menjat avui però no passa res, perquè ha begut llet".
Dèficit de vitamina D: Quins factors creieu que poden afavorir-lo?	Les cases a Pakistan són més grans i obertes, és més fàcil prendre el sol. Les dones podem estar sense el vel, perquè estem a casa, i ens dóna el sol.
	Les cases de Pakistan són més grans, i hi entra més llum. És molt més fàcil que et doni la llum del sol allà que als pisos d'aquí.
Sobrepès i obesitat: Quins factors creieu que poden augmentar-ne la freqüència?	La meua filla té 9 anys i té sobrepès, perquè menja molta pizza, hamburgueses i patates fregides.
	A Pakistan hi ha més coses naturals que a Barcelona, la llet és fresca i les fruites i verdures tenen més gust a Pakistan que aquí, i el pollastre també. Els ous també són diferents.
	(Comentari de la medidora) Quan hi ha convidats a casa o si es fa una festa, als nens se'ls fa un "menú infantil", que sol consistir en nuggets, patates fregides, barretes de peix arrebossat, pasta...
Els nens fan activitat física fora de l'escola? Heu notat canvi entre Pakistan i aquí?	Els nens estan més amb les pantalles, però sí que surten a jugar.
	És freqüent que les mares facin servir la televisió per donar de menjar als nens.
	La majoria de nens només fan la que es realitza a l'escola, tot i que sí que surten al carrer a jugar. És cert també que hi ha un canvi de Pakistan a aquí. A Pakistan les cases són més grans i se surt molt al carrer, les dones surten més i també prenen més el sol a casa.
A quina hora van a dormir els nens?	Cap a les 22-23h.
Categoria 4. Respostes i atenció sanitària en l'alimentació de l'infant els primers 2 anys de vida	
Pregunta	Resposta
Quan aneu al pediatre i us dóna recomanacions sobre l'alimentació, tenen sentit en el vostre dia a dia?	Generalment sí, tot i que a vegades fem una mica en funció de l'experiència amb els altres fills. Els ingredients normalment són els que fem servir, però la manera d'introduir-los depèn dels gustos del nen i de la mare.
	Sí, moltes vegades ho apliquem a casa i seguim les recomanacions del metge.
	Jo algunes coses les faig com em diuen i altres no, per exemple si em diuen que toca donar algun aliment concret com que jo cuino igual per tota la família, li dono el mateix que a la resta.

Si acudiu al CAP, us sentiu ateses i escoltades?	El principal problema que tenim és la barrera idiomàtica, per això creiem que és important que hi hagi mediadores, i costa molt trobar-les.
	A la sanitat també hi ha discriminació, per exemple a les dones embarassades pakistaneses hi ha malalties o procediments que els hi fan, que no els hi expliquen, i a vegades no fan ni l'intent perquè pensen que no li interessa, o que no ho entendrà. Això passa amb les citologies, si a 100 dones pakistaneses els hi fan citologia, a cap d'aquestes 100 dones els hi han explicat ni saben el que és.
	És important crear espais mixtos on es parli de la cultura espanyola i de la cultura pakistanesa, i parlant la gent s'entén i d'aquí neix el respecte i disminueix la discriminació.
Què penseu de l'ús de mediadores, és útil? Es fa servir?	Solem preguntar per la mediadora, però no n'hi ha i al final ja deixes de preguntar. Els metges fan servir mòbils, però la traducció a l'urdú és molt dolenta i com que es fa tan complicat, al final es diu la meitat del que voldríem dir.
Categoria 5. Propostes de materials i eines per a millorar la comunicació i atenció a l'alimentació de l'infant	
Pregunta	Resposta
Creieu que podria interessar a les mares tenir més informació sobre alimentació infantil?	Sí, seria molt interessant, sobretot si la informació és en urdú.
Com voldríeu que es presentés la informació?	Sobretot ens agradaria que hi hagués una formació associada al material, per així poder preguntar els dubtes i parlar de les coses. D'aquesta manera aprenem més.
	Seria de gran ajuda tenir tríptics o similar, però és necessari que vagin acompanyats d'algú que entengui la cultura tan pakistanesa com espanyola i que pugui fer de mediadora. Hi ha moltes coses que no acabem d'entendre, i volem fer-ho però no en som capaces, i entendre l'idioma és un procés llarg.
	Una aplicació del mòbil la faríem servir, si és en urdú podria ser molt útil.
Categoria 6. Altres	
Pregunta	Resposta
Veieu alguna diferència entre els nens i nenes de Pakistan i els espanyols?	Sí, n'hi ha moltes. Els nens d'aquí comencen a parlar més tard que els pakistanesos, i els nens de Pakistan són més grans i més actius que els nens espanyols. També hem donat que hi ha una diferència en la socialització, els nostres nens es barregen més fàcilment amb tothom, però els espanyols moltes vegades discriminen als nens de Pakistan. Al parc, per exemple, els nens espanyols no deixen jugar als nens pakistanesos. Hi ha molta discriminació.
	(Comentari de la mediadora) A diferència de la cultura espanyola, en la cultura pakistanesa els límits no són quelcom que es diu, sinó que els aprens a base de veure el teu voltant i els teus models. No són explícits, mentre que a la cultura espanyola les coses s'expliquen, a la nostra cultura les coses es fan. Les explicacions no són freqüents, pel que no sol dir-se "no facis això o allò altre", sinó que es mostra el que cal fer amb l'exemple. De la mateixa manera, el respecte a les persones grans i l'educació en el comportament: ser amable, cuidar dels petits... és una cosa que ve donada per la religió i les seves ensenyances. Musulmà és qui sap com estimar als petits i respectar als seus majors.

ANNEX 4. Sessions sanitàries: Preguntes i respostes

Categoria 1. Coneixements i concepte de sanitat i salut	
Pregunta	Resposta
Segons la vostra experiència, quin és el concepte de salut i malaltia que tenen els pares/familiars de nens i nenes pakistanesos? En què difereix de la biomedicina occidental?	Com a treballadora social, el que sí que he notat que és molt diferent és el concepte de salut i malaltia mentals que tenen, respecte al nostre. Els hi xoca molt, així com els conceptes de discapacitat intel·lectual o de desenvolupament. De fet, la derivació a un CSMIJ o CDIAP és complicada amb les famílies pakistaneses, i sovint fan referència a que els pares o familiars de petits eren iguals. Fan força negació. Respecte a malalties orgàniques, ho veuen d'una manera més similar a la nostra.
	Bé, és molt variable realment, hi ha tipologies de famílies diferents, com a tots els països. És important saber si l'origen de la família és rural o urbà, el nivell d'estudis de la mare, i l'àrea d'on venen; tot i que aquí el que tenim sobretot són famílies del Punjab. També és important el grau de barrera idiomàtica i la influència del marit o de la família.
	Un altre factor important és l'estat anímic de les mares. Allà estan en un context on se senten còmodes i dominen l'idioma i el seu entorn. Aquí ho perden totalment, influint en el seu estat d'ànim i segurament també en la criança.
	Respecte al concepte de malaltia, aquelles que es veuen (el nen que té mocs, té febre, plora...) sí que les perceben com una alteració i acudeixen de manera immediata al centre de salut. A més, ho viuen amb molta preocupació, fins i tot processos que poden estar dins la normalitat. L'anèmia ferropènia, i totes aquelles malalties i problemes que no es veuen, resulten un problema.
	La malaltia crònica, una mica igual que aquí, costa de percebre. Les càries, per exemple, les veuen com un problema secundari. Si cal fer un tractament llarg, de varis mesos, és difícil que se segueixi.
	A Pakistan, quan vas al metge sempre surts amb una bossa plena de medicaments. Quan venen aquí i només els donem paracetamol, i els xoca.
	La percepció d'estar prim com a senyal de malaltia és una constant, i en canvi estar gras es veu com a signe de salut.
Trobeu algunes barreres específiques durant l'atenció als infants pakistanesos?	Una cosa que em sembla curiosa és que quan el nen està malalt, per exemple si té una bronquitis o una pneumònia, pregunten si pot menjar de tot, sobretot pregunten per la llet. Treballen amb els menjars freds i calents.
	La nostra sensació és que falla la comunicació, encara que sigui en castellà i t'entenguin o a través de mediadora. Sobretot en temes d'alimentació i pauta de criança, els límits del nen.
	Respecte a la prevenció de les malalties, tinc la sensació que no en veuen la necessitat. Per exemple, entenen les vacunes fins a l'any de vida, però més enllà costa que compreguin la raó. També passa amb el fet de cuidar l'alimentació o fer esport, no sé si perquè no ho sabem explicar bé o si perquè realment no hi veuen la importància.
	Especialment a primària, que el nostre objectiu principal és la prevenció, tenim la sensació que ens veuen molt més com unitats d'urgència, reactives. Segurament es deriva de que l'accessibilitat que hi ha al sistema de salut deu ser diferent de la que tenen al seu país d'origen.
	Tenim molts nens amb ferropènia, amb dèficit de vitamina D, i també les plagiocefàlies posturals.
Durant el taller que vam fer amb dones de Pakistan i Bangladesh, ens van explicar que un nen fins als 3 anys no pot plorar. Això porta a que no els posin límits, els hi costa molt dir "no", no volen frustrar als nens. Tot i així, quan ja són més grans curiosament son nens força tranquils, i no sembla que aquesta manca de límits de petits suposi un problema a edats posteriors.	

Categoria 2. Coneixements i concepte de criança	
Pregunta	Resposta
Segons la vostra experiència, com són les dinàmiques familiars en la família pakistanesa?	Penso que en l'alimentació influeix qui fa la compra a casa, ja que moltes vegades la fan els homes, però qui cuina són les dones. No sé quin poder de decisió tenen les dones sobre el que es compra
	A més de la mare, és important tenir en compte la influència que té el marit i la família.
Quin paper considereu que tenen els diferents membres de la família i/o comunitat en la criança de l'infant?	A vegades davant una malaltia contacten amb el seu país per demanar consell, la sensació és que això passa sovint, tot i que no ho hem quantificat.
Categoria 3. Pràctiques en l'alimentació de l'infant els primers 2 anys de vida	
Pregunta	Resposta
Segons la vostra experiència, és habitual la lactància materna?	La gran majoria realitzen lactància materna. Tot i així, tenen tendència a incloure biberons molt ràpidament: comencen quasi sempre amb una lactància materna exclusiva, però a la revisió dels 2 mesos ja et diuen que han introduït biberons perquè el nen es quedava amb gana, tot i que el nen tingui un pes i creixement normals.
	Associen moltes vegades el plor a alimentació insuficient, pel que li donen llet cada vegada que plora, fins i tot encara que els hi intentis explicar que menys quantitat és suficient i que el nen té una corba de pes bona.
	També pot ser que hi hagi un component de que al carrer no volen donar al pit, i introdueixen els biberons per quan no són a casa.
	També em crida l'atenció que és freqüent que donin biberons per la nit per a que el pare dormi, ja que així el nen plora menys. Sembla que el benestar del pare condiciona molt la lactància.
	També depèn del que diguin les àvies. Una vegada van portar un nen amb febre, i li havien posat una pedra o llavor amb un mocador al braç. L'àvia li havia dit a la mare que li posés, però ella no volia ensenyar-la, semblava que l'avergonyia. És freqüent que preguntin allà, a les mares, com fariem nosaltres; i si aquestes els hi diuen que li donin un biberó, és normal que li facin cas.
Respecte a la introducció dels aliments, quan i com creieu que es realitza? Hi ha alguna tendència en l'ordre, forma, horaris que us hagi cridat l'atenció?	Solen voler començar aviat, tot i que si els hi dius s'esperen als 6 mesos; però quan proven a començar i costa, de seguida tornen enrere.
	Respecte al menjar que els donen, depèn de les condicions de la cuina però moltes vegades fan una gran quantitat d'arròs que dura tota la setmana i van reescalfant.
	Ens crida l'atenció que moltes vegades utilitzen la llet fresca, de la marca Letona, o Celta quan són més grans.
	L'estimulació de l'infant prèvia a l'inici de l'alimentació és variable, hi ha famílies amb nens molt estimulats, sobretot si tenen germans, i veus més casos de sobrepès en aquestes famílies. En canvi n'hi ha d'altres que quasi ni es mouen, i també solen ser els que tenen més problemes de càries, ferropènia, estrenyiment...

Quina experiència heu tingut tractant l'alimentació amb les famílies pakistaneses?	Respecte al sobrepès, acudeixen als controls de pes però després el missatge que se'ls transmet no l'apliquen a la pràctica. No hi ha un concepte del sobrepès com a quelcom dolent.
	El nostre problema és que no sabem com adaptar la dieta. Sabem què és el xapati, però és insuficient: no sabem com cuinar, les seves formes de fer... Encara que intentis fer unes recomanacions el més obertes possible, potser no saben extrapolar-ho a la seva dieta habitual.
	El gran problema és el consum d'ultraprocessats, i això passa a totes les cultures actualment. En donen fins i tot als nens menors d'un any. És cert que a nivell econòmic es poden comprar grans paquets d'ultraprocessats per pocs diners, i aguanten més temps que els productes frescos.
	Problemes freqüents són les càries, associades a l'alt consum d'ultraprocessats i a una manca de prevenció i el raspallat de dents, que costen de fer entendre; i l'anèmia, ja que les dietes són pobres en ferro.
	L'anèmia està associada també a la gran quantitat de llet que prenen, que pot ser de més de 1L diari, i que disminueix l'entrada d'altres aliments fent que la ingesta de ferro a partir de certes edats sigui insuficient. Quan hi ha anèmia o molta ferropènia, funciona bé un missatge molt clar i concís "molta llet és igual a falta de ferro", per a que s'entengui millor. Sinó, l'anèmia és un concepte abstracte i sense veure el resultat de l'anàlisi ni amb indicacions molt concretes, no s'aconsegueix resultat.
	El dèficit de vitamina D i l'estrenyiment també són problemes. Els nens prenen molts sucres i poca fruita i verdura, diuen que no els agrada.
	Els últims mesos hem tingut més casos de nens amb aversió al menjar. Solen ser infants que prenen molta llet, i en els que l'alimentació complementària es va aplaçant.
	El com es menja és preocupant, igual que amb la majoria de nens a l'actualitat: mengen davant de la televisió o la tablet, piquen coses entre hores... Alguns al tornar de l'escola tornen a fer un àpat principal.
Moltes vegades al parlar amb pares que es queixen perquè el nen no menja, descobreixes que al menjador de l'escola sí que menja bé.	
Categoria 4. Respostes i atenció sanitària en l'alimentació de l'infant els primers 2 anys de vida	
Pregunta	Resposta
Com és la comunicació a l'hora de parlar sobre alimentació? Sentiu que arriben bé els missatges?	Hem trobat que el missatge arriba millor quan és visual, que no per escrit, sobretot si hi ha barrera idiomàtica. Ens falta material per poder-ho fer adequadament.
Segons la vostra experiència, hi ha confiança amb l'equip sanitari?	Depèn, a vegades surten de la consulta i pregunten al mostrador d'administració tot just sortir. Sembla que a vegades els fa vergonya preguntar segons quines coses al metge. En general sí que tenen confiança, saben qui són la seva pediatra i la seva infermera, i demanen anar amb el seu professional de referència. De fet, molts canvien de barri i segueixen venint aquí a visitar-se.
S'utilitzen les mediadores? És un recurs útil? Creieu que se'n fa un ús adequat?	S'utilitzen, però no sempre funciona. Tenen actualment una formació molt variable, poc reconeixement de la professió i unes condicions pobres que fan que s'hagin de moure amunt i avall. Això porta a que la feina depengui molt de la voluntat de les mediadores. La intimitat que es té és limitada, ja que algunes viuen al barri, i a vegades no li expliquen tot a les mediadores. De fet, hi ha marits que no volen que la mediadora hi sigui, i prefereixen fer ells de traductors. A més, el funcionament és molt persona-depenent.

	Seria important motivar a les mares per a que aprenguessin castellà, per tal de donar-los autonomia; però és cert que és molt difícil que s'ho puguin muntar, sobretot les que tenen bebès. Es nota molt quan la mare té nens que ja van a l'escola, i que aprèn a parlar castellà a través dels fills.
Categoria 5. Propostes de materials i eines per a millorar la comunicació i atenció a l'alimentació de l'infant	
Pregunta	Resposta
Com creieu que s'hauria de comunicar la informació?	<p>Ens falta una agenda de salut comunitària, com hi ha altres països: una persona del seu entorn amb la formació adequada per adaptar la forma familiar tradicional per a que sigui nutricionalment adequada. Es podrien fer vídeos sobre l'alimentació complementària fets per aquests agents i adaptats a cada cultura, però caldrien diners i medis.</p> <p>Potser la sessió conjunta seria interessant fer-la més enllà del que s'havia plantejat inicialment. Volíem fer-la als 6 mesos, però veient que la introducció és força correcte, potser es podria plantejar la sessió als 12-18 mesos per parlar més d'hàbits alimentaris i vida saludable.</p>
Quins temes o missatges creieu que és important que es transmetin?	<ul style="list-style-type: none"> • Límits (x2) • Importància de provar nous aliments, encara que no agradin al principi • Importància d'assistir a visita. Sempre hi ha moltes absències, complicant el seguiment de patologies o del pes. • Estimulació dels nens • Activitat física • Consum de llegums, fruita i verdura • Menjar no saludable • Gestió de les emocions desagradables dels fills davant l'educació alimentària • Potenciar la figura de la mare a la consulta • Sobrepès i obesitat • Concepte d'ultraprocessats i sucres refinats, disminuir-ne el consum (x2) • Prevenció de les malalties que "no es veuen" • Reforçar un menú per a tots, sense oferir menjar alternatiu si no els agrada. <p>Cal insistir en que és molt important que vinguin les mares (i no només els pares o altres familiars) a les visites de revisió.</p> <p>El tema dels horaris és molt important, i incloure també els horaris de son. Tot i que s'autoregula en iniciar l'escola, fins els 3 anys és complicat.</p>