

MARIA DE SALES TAMARIT MUÑOZ

**VIVENCIAS DE LAS EMBARAZADAS
MUSULMANAS DURANTE EL RAMADÁN:
RELACIÓN TERAPÉUTICA Y VALORACIÓN
NUTRICIONAL**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por la Dra. Inmaculada de Molina Fernández

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

*La mujer en cinta, y luego en el trabajo de parto
se vuelve como la pasta que,
trabajada por el panadero y por la levadura,
se transformará en pan,
como el mosto
que cuando empieza a fermentar,
se calienta, trabaja
iy se convierte en vino!*

“El parto: crónica de un viaje” Frédérick Leboyer

AGRADECIMIENTOS

A mi compañero de viaje, mi marido, por al final creerte estas *locuras* mías o, por lo menos, hacer que te las creas.

A Francesc, mi hijo, porque a veces no sé si tú aprendes y te educas o yo me estoy educando y enseñando contigo a cada paso que das.

A las embarazadas por dejar que las matronas las acompañamos cada día en sus creencias, miedos, alegrías y esperanzas; esto hace que ahora, que estoy embarazada yo otra vez, reconozca que no es fácil estarlo y redondo los mismos miedos y creencias que he visto en vosotras.

A las gestantes de otras culturas y, en especial, a las mujeres musulmanas por llenar nuestras consultas de *color- arco iris* y enseñarnos a las matronas y, a mí especialmente, a que hay múltiples maneras de vivir, sentir, relacionarse...y como dice Pau Donés y Jarabe de Palo "*en lo puro no hay futuro, la pureza está en la mezcla*"

A mis compañeros de profesión, las matronas, muchas y muchos colegas que hemos acompañado juntos a las mujeres en embarazos y partos, que ahora mismo, están repartidos por otras ciudades y lugares, pero compartimos una ilusión, el trabajo por y para las mujeres.

A los compañeros de este Máster, por su ayuda desinteresada, por los sentimientos compartidos y porque me he sentido muy apoyada por ellos, sin conocerlos ni ponerles cara nos hemos entendido y ayudado.

Por último, a mis padres porque ellos me enseñaron a luchar por todo lo que quiera en la vida y creo que lo estoy consiguiendo.

RESUMEN

Las mujeres musulmanas durante el Ramadán tienen diferentes vivencias y rituales en sus embarazos y las matronas tienen pocos conocimientos sobre esto. El objetivo del presente trabajo es conocer las experiencias de las mujeres embarazadas magrebíes atendidas por la matrona y las consecuencias psicológicas de las embarazadas musulmanas si no pueden realizar el ayuno; por otro lado, averiguar los conocimientos de la matrona sobre nutrición y alimentación multicultural; además, de detectar las barreras que hay en la relación terapéutica establecida entre ambas. A través de una metodología cualitativa, se han utilizado diferentes técnicas como la entrevista semiestructurada, el grupo focal y la historia de vida.

Los resultados muestran una variedad de opiniones y vivencias de las mujeres magrebíes que han expresado sus perspectivas religiosas, la visión de su embarazo como algo prioritario, diferentes tipos de miedo o la opinión que tienen del trato de algunas matronas (u otros sanitarios) sobre la mujer musulmana que realiza el ayuno; las ideas emergentes del discurso expresado por las matronas han sido los pocos conocimientos que tienen sobre nutrición y más aún si se habla de alimentación y multiculturalidad; han reconocido diferentes tipos de barreras en la relación mujer magrebí/matrona y que los métodos de valoración utilizados para conocer los efectos del ayuno sobre la madre y la gestación no difieren mucho de los utilizados en los protocolos que se siguen y en la propia fisiología del embarazo.

En cuanto a las conclusiones, se deben implementar competencias culturales en todos los ámbitos de la enseñanza y en particular, en Enfermería en todas las asignaturas curriculares para que los cuidados sean, en verdad, culturalmente competentes. En los centros sanitarios, integrar los aspectos socioculturales en los protocolos para ofrecer unos cuidados de calidad durante la experiencia de hospitalización, enfermedad y, especialmente, en el embarazo.

PALABRAS CLAVE: *mujeres embarazadas, islam, ayuno, matronería, Purnell.*

ABSTRACT

Muslim women in Ramadan have diverse experiences and rituals in their pregnancies and midwives have little knowledge about this matter. The aim of this study is to know their experiences attended in this fasting month by their midwives and the psychological consequences if they cannot do it; in the other hand, to find out the midwife's knowledge of Nutrition, about multicultural diet and to detect barriers into therapeutic relationship established between them. Working with a qualitative methodology, researchers have used different techniques like semi-structured interviews, focus groups and life's history.

The results show a variety of opinions and women's experiences. They have voiced their religious experiences, their pregnancy's sight like a priority matter; diverse of fears and opinions about the midwife's (and other caregivers) reply when a woman fasts; moreover, emerging ideas about midwife's speech has been little knowledge of Nutrition and multicultural feeding; they have recognised a lot of barriers in relationship between Muslim woman and midwife; about assessment methods used in order to know fasting effects on mother and pregnancy aren't different of used in standardized pathways based in pregnancy physiology. Some conclusions of this paper are to implement cultural competences in all teaching's fields, especially in Nursing to learn about cultural competence's care in all subjects. In health Centers, to set up sociocultural aspects into pathways to offer integrated and quality cares, in general, at the hospital stay or disease, or in the pregnancy.

KEYWORDS: *pregnant women, islam, fasting, midwifery, Purnell.*

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INDICE DE TABLAS	8
INDICE DE FIGURAS.....	9
INDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	10
1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. MARCO TEORICO	15
2.1. DATOS DEMOGRÁFICOS SOBRE INMIGRACIÓN.....	15
POBLACIÓN MAGREBÍ.....	16
MUJER MAGREBÍ EN CIFRAS.....	16
2.2. CULTURA ISLÁMICA.....	17
PALABRAS SIGNIFICATIVAS EN LA CULTURA MUSULMANA.....	17
FESTIVIDADES EN EL ISLAM.....	19
ALIMENTACIÓN.....	21
2.3 MUJER MUSULMANA EN ESPAÑA.....	21
2.4 NUTRICIÓN EN LA EMBARAZADA.....	23
ASPECTOS NUTRICIONALES EN LA EMBARAZADA SANA.....	23
NUTRICIÓN DURANTE EL RAMADÁN DE LA MUJER MUSULMANA: RITUALES DE COMIDA, PAUTAS, ETC.....	26
2.5 PROTOCOLOS Y GUÍAS EN LA ATENCIÓN A LA EMBARAZADA DENTRO DEL CONTEXTO DE LA DIVERSIDAD CULTURAL	29
2.6 BARRERAS ESTABLECIDAS EN LA RELACIÓN MUJER MUSULMANA/MATRONA.....	31
2.7 MODELO TEORICO DE ENFERMERÍA.....	35
MODELO DE COMPETENCIA CULTURAL DE LARRY PURNELL.....	35
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA APORTACIONES DEL ESTUDIO.....	37
3.1. TÉRMINOS PRINCIPALES.....	39
4. APORTACIONES DEL ESTUDIO.....	39
5. OBJETIVOS	40
6. METODOLOGIA	41
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	41
6.2. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	41
6.3. TIEMPO.....	41

6.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	42
CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.....	42
SELECCIÓN DE SUJETOS: MUESTRA.....	43
6.5. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO.....	45
ACCESO A LAS UNIDADES DE ESTUDIO.....	46
6.6. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	47
6.7. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	49
6.8. ANÁLISIS DE DATOS.....	51
6.9. PRUEBA PILOTO.....	52
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	55
8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN (de la prueba piloto).....	56
9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	65
10. CONCLUSIONES.....	66
11. CRONOGRAMA.....	67
12. PRESUPUESTO.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXOS.....	79
ANEXO I: RELACIÓN DE CENTROS DE SALUD CON MATRONA DEL DEPARTAMENTO DE LA FÉ.....	79
ANEXO II: ASOCIACIONES MUSULMANAS.....	80
ANEXO III: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A LAS MUJERES MAGREBÍES	81
ANEXO IV: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MATRONAS.....	85
ANEXO V: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	87
ANEXO VI: HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO PARA LAS PARTICIPANTES	88

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Inmigración en España en 2019

Tabla 2: Relación peso/ganancia ponderal en el embarazo

Tabla 3: Recomendaciones nutricionales de la mujer gestante durante el Ramadán

Tabla 4: Tipos de barreras existentes en la atención sanitaria a la mujer magrebí gestante

Tabla 5: Dominios culturales extraídos del modelo de Purnell

Tabla 6: Características de la cultura según Purnell

Tabla 7: Términos de búsqueda, sinónimos y términos en inglés

Tabla 8: Criterios de inclusión en la población de mujeres magrebíes

Tabla 9: Criterios de exclusión en la población de mujeres magrebíes

Tabla 10: Criterios de inclusión en la población de matronas

Tabla 11: Criterios de exclusión en la población de matronas

Tabla 12: Variables derivadas del fenómeno de estudio

Tabla 13: Dominios culturales de Purnell utilizados en la entrevista a las mujeres

Tabla 14: Temas sobre los que versará la entrevista de las matronas

Tabla 15: Temas a tratar en el grupo focal de las mujeres

Tabla 16: Temas a tratar en el grupo focal de matronas

Tabla 17: Guía para el relato autobiográfico

Tabla 18: Métodos de valoración utilizados por las matronas para evaluar el ayuno de las mujeres

Tabla 19: Cronograma

Tabla 20: Presupuesto

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Selección de la muestra de las mujeres

Figura 2. Tipos y acceso a los escenarios

Figura 3. Categorías y subcategorías emergentes del estudio

INDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

INE: instituto Nacional de Estadística

IMC: Índice de Masa Corporal

GPC: Guía de Práctica Clínica

GMT: Greenwich Mean Time

A-NA: Ayuno/No ayuno

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

RAE: Real Academia Española

PICO: Paciente, Intervención, Comparación, Resultado en inglés

CRAI: Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación

Gencat: Generalitat de Catalunya

ONG: Organización no gubernamental

CEAR: Comisión Española de Ayuda al Refugiado

CCIV: Centro Cultural Islámico de Valencia

1. INTRODUCCIÓN

Vivimos en un país, en el que confluyen múltiples culturas y religiones, que deben ser reconocidas y atendidas en igualdad. En la Carta Magna, España es declarada como un estado aconfesional y esto se apoya en otro artículo que afirma que se debe garantizar la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y de las comunidades(1)

A nivel internacional, en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, se enunció que todas las personas nacen con dignidad y que, por ello, deben tener los mismos derechos sin distinción de raza, etnia, religión, opinión política, etc. (2) En cuanto a la atención sanitaria, en 2005 se aprobó la “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”. Una de las premisas de la Bioética es proporcionar una atención de calidad. Para ello, se debe tener en consideración la opinión del paciente además de respetar sus valores y principios morales que tienen relación con sus orígenes culturales (esto es el principio de *autonomía*). Además, todos los pacientes deben ser tratados por igual, independientemente de su condición física, etnia, religión, sexo u otros la *justicia* para que (principio de justicia) (3,4).

La inmigración ha sido un fenómeno sin precedentes en nuestro país, de ser un territorio básicamente de personas emigrantes hemos pasado a ser en uno de los países que más personas está recibiendo dentro de la Unión Europea. Este proceso empezó hace 40 años con la democratización de España y en los últimos años se ha acelerado exponencialmente, sobre todo después de la recuperación de la crisis de 2008 (5)(6). Recibimos anualmente ciudadanos de países de Europa, Sudamérica, África o Asia. Ha habido países que han mantenido una tendencia constante, por ejemplo, desde Marruecos recibimos 71.171 inmigrantes en 2008 y en 2019 hemos recibido 71.459; no obstante, otros han variado las cifras a lo largo de los años debido a las condiciones sociales o políticas del momento como desde Colombia de recibir 35.765 personas a 76.467; o Venezuela de ser 9.352 en 2008 a ser muy significativo en 2019 con 60.995, por las condiciones políticas del país.

Uno de los países que durante los años ha continuado su tendencia emigrante hacia nuestro país ha sido Marruecos: nuestro territorio ocupa el segundo puesto de

emigración de la población marroquí, después de Francia(7). Si se analiza por sexos, estas cifras se han ido equiparando en los últimos años hasta hablar en ciertos ámbitos de feminización de la inmigración (8) ya sea por causas laborales o por una reagrupación familiar (9). En este sentido, el perfil que llega a nuestro país es el de una mujer en edad fértil, de unos 20-30 años.

El Magreb es una zona del Mediterráneo delimitada por varios países que comparten una cultura, la islámica, caracterizada, entre otros, por una manera singular de vestir, su comida especiada y sus ritos autóctonos que, en ocasiones pueden provocar extrañeza e, incluso, rechazo en los habitantes de los países a los que llegan como inmigrantes (10) . Esto por un lado es debido a posturas etnocéntricas, ya que siempre pensamos que el *otro* va a cambiar; no obstante, según Bronferbrenner en las interrelaciones entre *uno-otro* se establecen cambios y repercusiones en ambas partes que confluyen. Nos sentimos amenazados por la cultura islámica en la medida en que interrelacionamos con ellos en diferentes ámbitos: en la educación, en la sanidad, en los aspectos laborales(11).

La mujer magrebí que recibimos en nuestro país llega habitualmente por causas de reagrupación familiar y tiene dificultades de comunicación ya que suelen hablar árabe o francés. Por ello, es habitual que se establezca una relación de dependencia con su marido por las dificultades idiomáticas (12). Por otro lado, tienen necesidades diferentes a las mujeres autóctonas ya que consideran el embarazo como un regalo de Allah en contraposición con las mujeres españolas que viven su embarazo con miedo (13).

Una de sus fiestas más celebradas es el Ramadán. Esta festividad se desarrolla en el noveno mes del calendario hegiriano y dura entre 29-30 días. Durante este mes, los fieles han de ayunar desde el amanecer hasta el atardecer, aunque las mujeres embarazadas están exentas de realizar el ayuno, muchas lo llevan a cabo (14). Hay investigaciones que señalan que más del 80% de las gestantes habían ayunado (15).

Las matronas son las profesionales encargadas del control de embarazo y de recomendar a las mujeres qué pautas y estilos de vida son los adecuados para llevar un embarazo saludable (16). Por ello, deben tener los conocimientos suficientes sobre

nutrición y dietética poderlos transmitir a la mujer (17); pero, además, en el caso de las mujeres embarazadas durante el Ramadán habrá que abordar este tema con ellas para que las que lo deseen y al final, lo lleven a cabo, lo hagan de la manera más segura para ellas y su descendencia (18-20). Según Purnell, el cuidado cultural competente es aquel que se proporciona con sabiduría y comprensión de la cultura del paciente (esto incluye sus necesidades de salud y su significado sobre la enfermedad-salud o embarazo)(21).

En cuanto a los protocolos que se están utilizando actualmente son poco sensibles a la diversidad cultural. Algunos de ellos contemplan el país de origen o si la mujer tiene dificultades idiomáticas; otros, sin embargo, dejan la puerta abierta a “cuidados adicionales” para que valore el profesional si la mujer necesita algún cuidado más individualizado(22,23). Entre ellos, el “Protocol de seguiment de l’embaràs a Catalunya” (edición 2018), sí contempla la singularidad de estas mujeres y algunas características de éstas que como profesionales nos deben de hacer ver qué cuidados específicos necesita. Esta guía nos puede servir de base para atender a las mujeres musulmanas en el transcurso de su embarazo(24).

No obstante, en la práctica diaria no es tan fácil abordar estos temas en la consulta de seguimiento de embarazo. Existen muchas barreras a todos los niveles que entorpecen el que la mujer no exprese sus inquietudes y deseos frente al ayuno a la matrona (12,25). En la misma línea, algunas matronas podrían no tener los conocimientos suficientes ni las herramientas adecuadas; aparte de no tener formación en competencia cultural para dar los consejos que la mujer necesita. Sin embargo, la mujer que desee debe seguir sus prácticas religiosas. Para ello es indispensable tener una relación bidireccional entre mujer-matrona y que la profesional tenga unas habilidades de comunicación para comprender las necesidades de la mujer magrebí en el Ramadán y que ésta pueda llevar sus preceptos a cabo(26,27).

El propósito de este trabajo es, por un lado, valorar las barreras existentes en la relación matrona/mujer musulmana y comprobar los conocimientos previos de la profesional sobre nutrición y, por el otro, valorar los aspectos sobre las creencias

religiosas y las vivencias de las gestantes durante el Ramadán, así como las posibles repercusiones psicológicas en la mujer gestante magrebí que no ha podido hacer el ayuno.

Para analizar la competencia cultural de las matronas se va a utilizar el Modelo de Larry Purnell llamado Modelo de Competencia Cultural. Este modelo, proporciona una estructura de valoración basada en un círculo con 12 porciones llamadas por el autor dominios culturales, que van a servir para evaluar diferentes aspectos de la cultura de la embarazada desde la familia, la nutrición o el embarazo (hay otros más como la muerte o prácticas religiosas que también nos pueden interesar) y podremos conocer si el profesional es competente o no en los diferentes aspectos valorados (21,28).

2. MARCO TEORICO

2.1. DATOS DEMOGRÁFICOS SOBRE INMIGRACIÓN

El fenómeno de inmigración de los últimos años ha cambiado la realidad social en nuestro entorno para crear una sociedad más diversa y plural. Esta característica nos compara con países de nuestro alrededor, como Francia o Reino Unido, con una trayectoria receptora de más años (6). En el INE, se ha creado desde 2008 un registro sobre Estadística de Migraciones que analiza el flujo de migraciones continuo. Mirando la Tabla 1, se puede observar que a partir del 2008 empieza una desaceleración en la entrada de personas hasta 2013 que se mantiene y parece que aumenta gradualmente; no obstante, desde 2016 a 2019 hay un ascenso bastante acusado en la recepción de inmigrantes. Esto ha coincidido con los años de la crisis económica y actualmente con la recuperación económica que estábamos viviendo. Especificando por países, los territorios de donde hemos recibido más inmigrantes a lo largo de estos años ha sido Colombia, Marruecos, Reino Unido e Italia; algunos países sudamericanos han ido variando a lo largo de los años en el número de entradas (5) De éstos, Marruecos, ha sido uno de los países del que, durante estos años, más estamos recibiendo inmigrantes y se ha mantenido entre los primeros puestos durante el periodo de tiempo estudiado. En cuanto a la diferencia por sexos, comparándolos, ambos hacen la misma progresión y crecimiento a lo largo de los años registrados. No obstante, se ha producido un fenómeno discreto de feminización de la inmigración ya que comparando los datos en 2008, los hombres supusieron un 51.8% frente a las mujeres con un 48.2%; las cifras de 2019, están más equiparadas, suponiendo un 50.11% en el caso de los hombres frente a un 49.89% en las mujeres. En el grupo de mujeres, el mayor número en cuanto a grupos etarios corresponde al de 25-45 años (según la OMS es el grupo en edad fértil) que se sitúa entre un 41,2% en 2008 y un 44% en 2019, ha aumentado ligeramente. Si se observan los números del total de la población femenina inmigrante de 288.812 ha pasado a un 374.445.

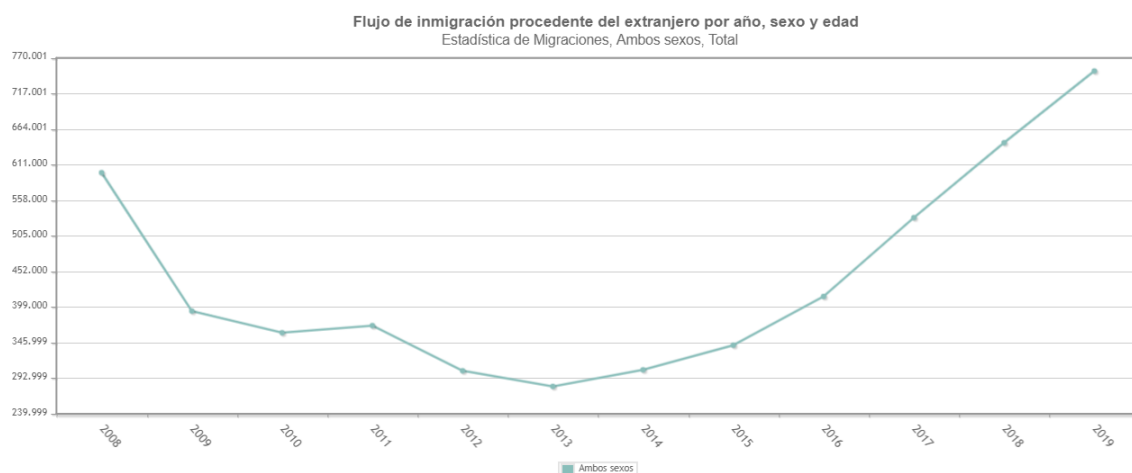


Tabla 1. Inmigración en España en el año 2019. Extraídos del INE

POBLACIÓN MAGREBÍ

El Magreb, aunque Al-Magrig es el nombre que recibe en árabe Marruecos, a nivel geopolítico se entiende como una amplia zona situada en el norte de África que incluye países como Marruecos, Túnez, Argelia y Sáhara Occidental, aunque a veces también se incluye Mauritania y Libia (29). Los magrebíes pertenecen a la rama *sunní* del islam y entre ellos existen pocas minorías religiosas. En España, las cifras de inmigrantes en esta zona, de Marruecos, por ejemplo, se ha mantenido estable entre un 12.54% en 2008 al 10.73% en 2019 del total de inmigrantes recibidos; otro país registrado de esta zona es mucho menos significativo ya que recibimos en 2008 un 0.95% de argelinos y en 2019 supusieron un 1.10% del total de inmigrantes. Por ello, las cifras demográficas de Marruecos nos pueden servir de referencia para conocer la población magrebí en nuestro país (5).

MUJER MAGREBÍ EN CIFRAS

Cogiendo las cifras de Marruecos como país de referencia, en 2019 llegaron a España 35.729 mujeres magrebíes del total de 71.459 marroquíes. Desde 1990 hasta 2019 han emigrado desde Marruecos 1.489.163 mujeres. España es el segundo país de recepción seguido de Francia. A nuestro país han llegado el 22.7% del total de mujeres emigradas desde 1990 (5,7). En 2019, supusieron un 9.54% de la población femenina inmigrante. Si el 44% son mujeres marroquíes que están en edad fértil, del total de 356.863 de inmigrantes provenientes de Marruecos inscritas en el padrón continuo, supone que mujeres 199.843 mujeres están o estarán embarazadas en los próximos años.

2.2. CULTURA ISLÁMICA

Según el libro *“Recomanacions per al consell alimentari en un entorn de diversitat cultural”* en el Magreb, mayoritariamente Marruecos hay dos tipos de etnias la árabe (70%) y la bereber (30%). Como se ha señalado, la religión musulmana es la más mayoritaria y supone un 98% de la población (la mayor parte son de origen suní) (10).

PALABRAS SIGNIFICATIVAS EN LA CULTURA MUSULMANA

- **El Corán:**(también denominado Qurán, Alcorán, Al- Kran, Al-Kran al Karin)

Es el libro sagrado del islam. Está constituido por 114 capítulos y 6.236 versos. Sus enseñanzas son dirigidas a la humanidad y utiliza la creación para guiarla(30). Fue revelado al profeta Muhammad por el arcángel Gabriel durante 23 años. Considerado como un libro que habla sobre metafísica, psicología, sociología, epistemología, historia, creencias religiosas y leyes. Desde el punto de vista factible, no es entendible como una persona que no tuviera un alto nivel lingüístico, escribiera un libro así. Además, se adelantó a ciertos conocimientos científicos, metafísicos y filosóficos que el hombre tardaría en hallar(31,32).

- **Halal**

Son todas las prácticas permitidas en la fé islámica. Entre ellos se incluyen los alimentos permitidos. Si no está especificado en el Corán pueden tomarse un determinado alimento. Además, el alimento debe reunir ciertas condiciones de contenido, almacenado y trasportado(10,33).

- **Haram**

Son los alimentos y bebidas prohibidas por el islam. En cuanto a las carnes están prohibidas la carne y sangre de cerdo, jabalí y de los animales rapaces. Los animales que no han sido sacrificados mediante el rito del Corán. Además, están prohibidas las bebidas alcohólicas y las drogas de ocio. En el ámbito sanitario, los medicamentos realizados a base de gelatina de cerdo, estupefacientes (se pueden aceptar en algunos casos) o las válvulas porcinas, que se utilizan aún en algunos países. La problemática

muchas veces ocurre cuando los pacientes ingresan en el hospital y no hay dietas adaptadas para ellos. (34,35)

- **Hajj o Havy**

Es la peregrinación a la Meca. Constituye uno de los cinco pilares de culto en el Islam. Si una persona tiene recursos, al menos debe ir una vez en la vida y debe realizarse en el doceavo y último mes del calendario islámico. Los musulmanes deben orar en dirección a ella y de modo más solemne el viernes que es cuando empiezan el descanso (14,36).

- **Velo o hijab**

Según la RAE es el pañuelo utilizado por las mujeres musulmanas para cubrirse la cabeza. Las razones por las que lo llevan son varias y complejas. El Corán no obliga a la mujer a llevar pañuelo. En Europa y en general, en Occidente esto ha llevado a crear estereotipos y prejuicios sobre los magrebíes. Se puede hablar de *hijab*, *burka* o *niqab*. Estos términos se confunden, sobre todo en la sociedad occidental ya no conoce ni se difunde la diferencia entre estos tres. El *hiyab* es el pañuelo que cubre el cabello y a veces el cuello, pero deja al descubierto el rostro; no impide por tanto la comunicación. El Corán destaca que las mujeres cubran el rostro serán reconocidas y esto era símbolo de estatus para diferenciar las libres de las que eran esclavas. El *burka* cubre totalmente el cuerpo de la mujer y sólo deja ver los ojos a través de una rejilla. Se utiliza prácticamente en Afganistán, en Occidente es muy minoritario su uso. El *niqab* es un conjunto de color negro que se compone de un velo que cubre de oreja a oreja, dejando sólo una fina franja en los ojos. Es típico de los países del Golfo Pérsico. Hay una tanta divergencia entre unos países a otros que el régimen iraní lo obliga y en Turquía está prohibido el *hiyab*. En un término medio está Marruecos en donde la mujer puede elegir libremente(37,38).

- **Imán**

También llamado *Imam*. Según la RAE es el encargado de presidir la oración canónica musulmana, poniéndose delante de los fieles para que le sigan en los rezos y

movimientos. También definido como jefe, guía o modelo espiritual o religioso y, a veces, también político, en una sociedad musulmana(39).

- **Mezquita**

En árabe *masgid* (significa lugar de prosternación). El término en inglés es *mosque*. Significa templo musulmán(40). A lo largo de la historia islámica fue el centro de la comunidad y las ciudades crecían alrededor de ésta. En ellas se llevaban a cabo las cinco oraciones diarias. Además, en Occidente cuentan con instalaciones para la enseñanza y otros servicios comunitarios. En todas hay ciertas características que se repiten. Todas tienen un *mihrab*, un nicho en la pared que indica la dirección a la Meca. Muchas de ellas poseen un *minbar*, púlpito, desde el cual el erudito musulmán da el discurso o sermón. Poseen minaretes que sirven para llamar a la oración a los fieles que las caracteriza o grandes cúpulas(41).

FESTIVIDADES EN EL ISLAM

La cultura islámica se rige por el calendario hegiriano con una duración de 12 meses de carácter lunar que va a condicionar la mayoría de fiestas que celebran durante el año. En cuanto a las festividades existen varias significativas dentro de la religión(14):

- **El Ramadán**

Corresponde al noveno mes del calendario hegiriano y durante este periodo, musulmanes de todo el mundo practican el ayuno desde el amanecer hasta la puesta del sol. El ayuno en el mes del Ramadán es uno de los 5 pilares de la religión islámica. La duración media del ayuno es de 11 a 17 horas en función de las horas diurnas. Durante el ayuno, no pueden ni beber, ni comer ni tener relaciones sexuales. Comienza en el inicio de mes y se prolonga hasta el comienzo del mes siguiente, Shawwal desde una luna creciente a otra. Tiene una duración de 29 o 30 días. Es obligatorio para todos los creyentes con excepción de los enfermos, ancianos, embarazadas, madres lactantes o durante la menstruación. (34). Son días que entre sus quehaceres diarios están la preparación de comidas para el momento en que se rompe el ayuno que corresponde al penúltimo rezo del día. Son días de culto y de oración colectiva en los que las mezquitas están abiertas al público y se sirve comidas

en ella al romper el ayuno. Se celebra en zonas de culto, lugares comunitarios o vía pública.

Laylat al-Qadr: es conocida como “Noche del Destino”; se celebra la víspera de la noche 27ª del Ramadán, conmemorando el inicio de la revelación de la Palabra de Dios a Mahoma en el Corán.

Aid al-Fitr: El primer día del mes Shawwal en el que los fieles toman el desayuno como el resto del año y acuden a la primera hora del oficio religioso en las mezquitas o espacios de gran capacidad para este acto y realizan. Las celebraciones se celebran durante tres días y es tan importante esta festividad que visten sus mejores galas, participan jóvenes y niños se hacen regalos a éstos últimos

Du Al-Hyyah:

Es el doceavo mes del calendario. Tiene una duración de 29-30 días y corresponde al tiempo en que se realiza la peregrinación a la Meca. Durante este mes se celebran

Día de Arafa: ayuno voluntario desde el amanecer hasta la puesta de sol.

Aid al-Adha: conocida como “fiesta del sacrificio” o “fiesta del cordero”. Este día se sacrifica un cordero en los hogares musulmanes y se reparte entre familiares y personas necesitadas.

- **Muharram:**

Corresponde al primero de los doce meses del calendario hegiriano

Al Hiya: se conmemora el año nuevo que tiene menos significado religioso. Durante la semana se felicitan el año nuevo entre ellos y tienen lugar actividades dirigidas primordialmente a los niños, además ellos realizan cánticos típicos de esas fechas.

Achura: el décimo día de Muharram tiene lugar este día de carácter religioso. Se celebra sobre todo en el islam chií y se lleva a cabo una procesión

conmemorando el martirio de Husein, nieto de Mahoma. En el único sitio de España donde se celebra en la vía pública es en Barcelona.

ALIMENTACIÓN

La cocina magrebí es una mezcla de la gastronomía bizantina y persa con la realizada por los árabes que habitan el desierto. También tiene influencia francesa. Basan la dieta en dátiles y frutos secos, especias y pan. Los platos característicos son el *cus-cús*, el *harira* (sopa con la que se rompe el Ramadán), los limones confitados y la *kefta* con *harissa*: carne de vaca condimentada y salsa picante, respectivamente. Tienen muchos productos de pastelería. Comen con la mano derecha, utilizando el pan como acompañamiento, o cuchara (10).

2.3 MUJER MUSULMANA EN ESPAÑA

La mujer musulmana que llega a nuestro país tiene cierta singularidad. La causa principal por la que emigra es la reagrupación familiar. Es decir, la legislación española permite que los/as trabajadores/as puedan traer a sus cónyuges y descendencia cuando estén establecidos económica, laboral y legalmente. Son, por tanto, consideradas inmigrantes pasivas(42). La mayoría de ellas no trabajan fuera del hogar y eso se refleja en varios estudios desarrollados en sitios tan diferentes como Bradford (Reino Unido) o una zona horaria GMT+3 que pudiera corresponder a Turquía: algunos señalan que sólo entre un 24.6%-26.8% de las mujeres trabajan; y otros refleja que el 44% y en algunos casos el 59,4% no han trabajado nunca (19,43). En España, de las que trabajan, la mayoría suelen hacerlo como empleadas domésticas, en la restauración, se dedican al cuidado de enfermos/dependientes, o están trabajando en el sector comercial(6). Comparando la mujer y el hombre musulmán entre ellos, por las características económicas y laborales, las magrebíes están en inferioridad de condiciones con respecto a ellos y esto afecta a su visibilidad social.

Son mujeres invisibles por diferentes razones. Primero por las barreras idiomáticas, ya que, en la mayoría de los casos, su entorno cotidiano es el hogar o bien alguna relación extrafamiliar de origen magrebí; por ello, cuando han de hacer algún tipo de gestión, o acudir a una visita médica, necesitan un traductor, que generalmente es un familiar cercano a ella o una amiga y esto muchas veces produce

malentendidos o malas traducciones (44). Esto deriva en una relación de dependencia con respecto a sus maridos. Por otro lado, las magrebíes que trabajan tienen un empleo en peores condiciones como son: trabajos poco cualificados, con alto índice de temporalidad, un sueldo menor y por tanto, esto se traduce en un menor poder adquisitivo de ellas. Otro hándicap que tienen al convivir en nuestra sociedad son las cuestiones religiosas. La mayoría de ellas desean seguir ciertos preceptos, como el Ramadán y muchas veces no los pueden llevar a cabo por cuestiones fisiopatológicas como pueden ser: estados de anemia, diabetes, etc.; o por cuestiones fisiológicas tan habituales como el embarazo o la lactancia materna (12) y estos temas no están contemplados como problemática en la sociedad española, ni las mujeres musulmanas lo refieren por miedo, sentimiento de incomprensión o porque se las pueda juzgar(15).

Desde el punto de vista antropológico, son mujeres que generalmente tienen unas necesidades de salud diferentes a las mujeres occidentales. Haciendo una comparativa, las mujeres autóctonas necesitan de las visitas médicas para confirmar que su embarazo va bien, sin confiar en la propia naturaleza. Esto es consecuencia del modelo biomédico. En este caso, el médico adquiere un papel protagonista y de salvación (45). Por el contrario, las mujeres magrebíes tienen fé en su religión; con ello, las visitas médicas tienen una dimensión religiosa, es como un precepto religioso; por tanto, no sienten una necesidad imperiosa de buscar ayuda médica ya que confían en Allah(13).

Las mujeres musulmanas tienen unas señas de identidad propias que las caracteriza. El velo o *hiyab*, ha hecho *visibles* a las mujeres musulmanas en nuestro entorno, ya que ha llevado a debate este tema en diferentes momentos de nuestra historia: hace 5 siglos la reina Juana de Castilla promulgó una norma en la que prohibía a las moriscas vestir el velo y cubrirse el cuerpo de hombros a pies (9). En la actualidad, nuestro territorio es definido por la Constitución como un país aconfesional; no obstante, el tema del velo ha abierto varios frentes: unos a favor y otros en contra. Los ayuntamientos que tienen jurisprudencia para legislar estos aspectos, algunos de ellos han querido prohibir el velo, y otros han rechazado prohibir el velo integral en espacios públicos (38); por ello, sería importante legislar estos cometidos a través de una Ley

Orgánica ya que refrendaría lo que dice la Carta Magna en su artículo 16 sobre la libertad ideológica y religiosa del territorio (1).

En cierta medida, la sociedad musulmana está sufriendo un proceso de secularización que se refleja en la mujer magrebí: algunas musulmanas que acuden a la consulta ya no llevan velo. Asimismo, también ha habido ciertos cambios en la legislación marroquí para dar igual de protagonismo a la mujer y al hombre dentro de la familia: es el Mudawana, el código de la familia en Marruecos(8,46).

2.4 NUTRICIÓN EN LA EMBARAZADA

ASPECTOS NUTRICIONALES EN LA EMBARAZADA SANA

Para adentrarnos en el tema a estudio, es importante señalar diferentes características en la dieta de la mujer gestante. Primero, hay que destacar que la mujer gestante debe tener una ganancia ponderal de entre 6-18 kg en embarazos no gemelares y esto va a oscilar dependiendo del IMC que tenga al inicio del embarazo (ver *tabla 2*). Se debe asegurar un aporte suficiente de ácido fólico a través de la dieta o sino, suplementarlo a través de comprimidos. El aporte energético se debe aumentar a partir del segundo trimestre con unos 300 gr.; así mismo, en el tercer trimestre se debería aumentar la ingesta en 450 gr. Según afirma la GPC sobre el embarazo, el profesional debería elaborar junto a la mujer un plan dietético según sus características culturales o actividad física, entre otros(16). Los porcentajes a consumir son iguales al de un adulto sano, es decir 50-55% de hidratos de carbono, 30-35% de lípidos y 15-20% de proteínas. La dieta debe ser mediterránea, es decir, tomar legumbres, verduras y frutas. En la misma línea, debe tomar pescado, carnes y huevos (se intentará ingerir más pescado entre 2-4. No abusar de las carnes rojas y priorizar el consumo de carne magra; en cuanto a las grasas que sean mono y poliinsaturadas y evitar las grasas saturadas. A nivel de micronutrientes, favorecer el consumo de alimentos que tengan calcio (como los productos lácteos); hierro (por las necesidades metabólicas del feto) y el ácido fólico, sobre todo en el primer trimestre(17).

Además, a nivel general, una embarazada debería (47):

- Realizar entre 5-6 comidas al día: no saltarse ninguna comida; no realizar comidas copiosas.

- No comer o picar entre horas
- Ingerir abundante de líquidos entre 2-3 litros (preferentemente agua); se evitarán las bebidas azucaradas.
- Aumentar la ingesta de frutas y hortalizas (sobre todo las que contengan vitamina C); legumbres y otros alimentos que contengan fibra.
- Utilizar técnicas culinarias como a vapor, *papillote*, plancha.
- Moderar el consumo de azúcares simples y grasas de origen animal
- Consumir sal yodada (no obstante, bajar la cantidad de consumo de ésta)
- Se moderará el consumo de café o té (menos de 200 mg/día)

MÉTODO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL POR PARTE DE LA MATRONA

- **Valoración del IMC**

Se valorará el peso y talla para calcular el IMC y poder dar unos consejos más individuales según el valor (ver *tabla 2*). De ese modo podrá tener una mayor ganancia ponderal o menor según el índice de Quetelet inicial. Según el protocolo de Andalucía, se realizará un seguimiento más exhaustivo del peso a lo largo de las visitas según necesidades (23). Según algunos estudios, una ganancia excesiva de peso o por debajo de lo recomendado puede acarrear ciertas complicaciones en la descendencia como aborto, muerte perinatal, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, parto pretérmino o recién nacido de bajo o de alto peso (48).

En la misma línea, se podrían analizar otros parámetros posibles. En un estudio desarrollado por Vila et al (49) se analizaron las medidas de peso, talla y el IMC más otras como los pliegues cutáneos (braquial, tricipital, subescapular y suprailíaco); el porcentaje de grasa corporal en el cuerpo; porcentaje de masa magra; perímetro braquial y altura uterina. Cotejando estas variables con datos demográficos y datos obstétricos de las mujeres estudiadas, llegaron a la conclusión que los diferentes parámetros estudiados no podían predecir el peso del recién nacido al nacer; tampoco la ganancia ponderal de la gestante no tenía relación con los resultados perinatales del neonato (hubo una disparidad de entre 4-28 kg de aumento ponderal entre las mujeres). El estudio llegó a la conclusión que el IMC pregestacional de la gestante

debería ir seguido de una recomendación sobre el aumento adecuado de peso de la gestante(24).

Peso pre-gestacional embarazo único	Ganancia ponderal recomendada
Peso insuficiente (IMC menor 18,5)	12,5-18
Normopeso (IMC entre 18,5-24,9)	11,5-16
Sobrepeso (IMC ≥ 25)	7-11,5
Obesidad (IMC ≥ 30)	5-9
Embarazo gemelar	
Normopeso	17-25
Sobrepeso	14-23
Obesidad	11-19

Tabla 2. Relación peso/ganancia ponderal en el embarazo. Extraída del Protocol de control del embaràs de Catalunya

Otro estudio realiza una revisión bibliográfica sobre los efectos de la malnutrición durante el embarazo y las consecuencias sobre el bajo peso al nacimiento que pueden ocasionar patologías en los años posteriores. Se identificaron afecciones coronarias, hipertensión arterial, síndrome de resistencia insulínica y diabetes tipo 2 (50).

- **Valoración de hábitos nutricionales y estilos de vida**

Además de las medidas antropométricas, es importante conocer a través de la mujer sus hábitos dietéticos para adecuarlos a la ganancia ponderal más idónea durante el embarazo. En un estudio desarrollado en Brasil se entrevistó a mujeres con ciertas características: la mayoría de ellas eran menores de 25 años (un 41%); un 75% eran primíparas y un 44% tenían sobrepeso en el momento pregestacional. Los resultados a los que llegaron fueron que los patrones de alimentación no cambiaron significativamente del primer al tercer trimestre (el patrón más consumido era el de alimentos procesados); los investigadores de este estudio afirman que posiblemente las causas se deban a las escasas políticas de prevención y educación que hay en este país dirigidas a la embarazada desde el inicio de la gestación para que cambie sus pautas dietéticas y se obtengan unos resultados perinatales mejores (51). Otros estudios llegan a las mismas conclusiones (52)

Por otro lado, es significativo valorar otros parámetros como estilos de vida o como la práctica de ejercicio o si tiene un trabajo remunerado ya que esto va a cambiar la forma de afrontar el ayuno (53).

- **Valoración de patología o riesgo en el embarazo**

Preguntar si existen patologías previas a la gestación como hipertensión, diabetes pre-gestacional, entre otros ya que puede que sea contraproducente realizar el ayuno. Las pacientes diabéticas no deberían ayunar sobre todo las que son pre-gestacionales y las que se inyectan insulina (54).

- **Evaluación pruebas complementarias:**

Si las mujeres no presentan ningún factor de riesgo y su evolución es adecuada, se hace una evaluación trimestral de analítica sanguínea. Los obstetras hacen un seguimiento mediante las ecografías realizadas para valorar el crecimiento y bienestar fetal (55).

Hay estudios que han querido conocer el impacto del ayuno sobre valores como la glucosa o de otros metabolitos y han podido concluir que el ayuno puede alterar algunos valores determinados, pero a nivel general, no se ve afectado el metabolismo de la mujer y por tanto, del embarazo (56,57).

En la práctica diaria puede ser que observemos que son mujeres que presentan más incidencia de anemia ferropénica y esto se debe evaluar a priori para saber si la mujer puede hacer el ayuno en buenas condiciones (24).

NUTRICIÓN DURANTE EL RAMADÁN DE LA MUJER MUSULMANA: RITUALES DE COMIDA, PAUTAS, ETC.

El Corán exime a las mujeres embarazadas de hacer el ayuno durante el Ramadán, no obstante, muchas lo llevan a cabo. Según lo que marcan los preceptos islámicos, no se debe ingerir ningún alimento durante el periodo diurno. Muchas musulmanas buscan en sus allegados y personas próximas información sobre si debieran realizarlo. Otras no consultan este tema con nadie(58) y de las que consultaron los eruditos musulmanes fueron los más preguntados. En otros estudios, refieren que no abordan este tema con los sanitarios por varias razones. Una de ellas

es que encuentran dificultades para expresar sus necesidades religiosas a las matronas y otros profesionales de la salud; es decir, la percepción que tienen las mujeres sobre los sanitarios es que éstos tienen una visión negativa del islam (13,58).

No obstante, los profesionales implicados en el cuidado de las mujeres gestantes debemos conocer el modo de abordar este tema e informar a la embarazada sobre ellos. Se pueden dar las siguientes pautas(59-62):

Dieta variada y equilibrada al romper el ayuno. Debe cubrir los requerimientos de embarazo
Buena hidratación en el periodo fuera del ayuno sobre todo en los meses cálidos.
Reconocer síntomas para romper el ayuno, si lo precisa: sensación de hipoglucemia, mareos, disminución de movimientos fetales, contracciones, fatiga o cualquier sensación anómala.
Aporte de hidratos de carbono complejos; evitar los de absorción rápida
Evitar las bebidas azucaradas o los alimentos grasos
Tomar aceite de oliva en la preparación culinaria
Ingesta de fibra
Descanso: modificación de pautas de descanso a lo largo del día

Tabla 3. Recomendaciones nutricionales de la mujer gestante durante el Ramadán. Elaboración propia a partir de datos de Conde et al; Khalife et al.; Savitri et al; Leimer et al

Algunos de los estudios han querido conocer cuál es la prolongación en días del ayuno y si, en algunos casos ha sido total. Muchos de los artículos consultados revelan que la mayoría de las mujeres lo lleva a cabo parcialmente. Por ejemplo, la investigación llevada a cabo por Petherick et al revela un dato significativo, que a menor nivel de estudios más porcentaje de ayuno entre las mujeres. Todos los estudios que analizan los días de ayuno, refieren que la mayoría realiza el ayuno entre 20 y 29 días (que podría considerarse la totalidad de los días); no obstante, Petherick diferencia entre este dato, que sería parcial, y el ayuno en el total de días (un 59.4% realiza el ayuno entre 20-29 días y un 14.3% lo realiza totalmente); Massood et al , por el contrario, es el único que señala que las mujeres que lo llevan a cabo lo suelen realizar entre 1 y 10 días con una proporción de 85.7%; sin embargo, el estudio desarrollado por Leimer et al concluye que el 54% realizan el ayuno entre 20-30 días; Sarafraz et al extrae los mismos resultados con un 60% del total de mujeres, que realiza el ayuno durante más de 20 días (15,19,62).

Otros estudios han querido conocer si el ayuno realizado durante el Ramadán afecta a la descendencia. Una investigación llevada a cabo entre 240 mujeres: 40 de ellas no ayunaron, las otras se estudiaron sus ayunos en los tres trimestres del embarazo. Se concluyó que no hubo diferencias significativas entre las mujeres que ayunaron (A) y no ayunaron (NA) sobre la madre y el recién nacido (63). En el estudio desarrollado por Savitri et al, compara las mujeres autóctonas con las mujeres inmigrantes de etnia mediterránea, concepto que es muy amplio y, por tanto, no especifica bien las de origen magrebí (aunque se conoce que la mayoría son de origen turco o marroquí). Se analizaron datos desde el año 2.000 hasta 2.010 y se incluyeron tanto registros obstétricos como resultados perinatales y puerperales. Se llegó a la conclusión de que estar embarazada durante el Ramadán no era significativo de malos resultados perinatales: sean bajo peso al nacer del recién nacido, asfixia perinatal o parto pretérmino(59). Otros estudios han llegado a las mismas conclusiones: por ejemplo, los desarrollados por Parveen et al en Pakistán, Daley et al; Awwad et al; Sarafraz et al; Gul et al (18,43,53,64,65).

Muchas mujeres consideran que es recomendable ayunar (un 85% de éstas) según datos del estudio realizado por Firouzbakht (20). Sin embargo, suelen presentar dificultades para llevarlo a cabo como sentirse débil, hambrienta, adormilada o tener náuseas y vómitos (66); aunque otros apuntan que, si la mujer tiene mejor estado nutricional previo, llevará mejor el ayuno (67). La disminución de movimientos fetales es un síntoma que parece que no esté claro en cuanto si lo presentan, ya que según Masood et al, un tercio de ellas nota una disminución en ellos; pero la misma proporción no nota que disminuyen y otra misma no lo llegan a saber (15).

En la misma línea otras sienten miedo o cierta inseguridad al realizar el ayuno por si pudieran sentirse débiles ellas, pudieran dañar al bebé; que altere la salud propia o la del feto; refieren problemas médicos o por otras razones personales (15,20).

2.5 PROTOCOLOS Y GUÍAS EN LA ATENCIÓN A LA EMBARAZADA DENTRO DEL CONTEXTO DE LA DIVERSIDAD CULTURAL

La gestación es definida como un estado natural en la vida de la mujer y su familia; es parte de la dimensión social y biológica y desde la visión de la mujer se desarrolla un evento con comportamientos y cuidados en la evolución del embarazo, preparación del parto y para salvaguardar el bienestar del bebé.

(Ulloa Sabogal-Muñoz de Rodríguez)

Las guías obstétricas con las que trabajamos diariamente tienen una significación fisiopatológica. De ese modo, se valoran los aspectos físicos y muchos de los aspectos psicosociales o culturales dentro del concepto del *riesgo*. Según Kleinman, si los sistemas sanitarios son comparables a un sistema cultural porque tienen unos valores, creencias y significados. El Modelo Médico Hegemónico, modelo biomédico o Medicina Occidental se basa en la enfermedad ya que todo gira alrededor de ella: la experiencia de los síntomas de la afección; el comportamiento de la enfermedad en el cuerpo o los tratamientos alternativos y decisiones que se tomarán al respecto(68). Darle una perspectiva cultural al cuidado va a aportar beneficios para la madre y el feto (69).

La palabra *riesgo* es definida como “*cualquier circunstancia o característica social, médica u obstétrica que pueda llevar a la mujer y al feto a presentar cierta morbimortalidad*”. La valoración de los riesgos sirve para conocer inicialmente el estado de la mujer, y si presentara algún factor de riesgo, fomentar la prevención para reducir la probabilidad de aparición de la enfermedad. Si revisamos los protocolos buscando la palabra más utilizada en ellos, una de ellas es *riesgo*(22,55,70).

No obstante, la SEGO inicia su protocolo afirmando que el embarazo es un estado fisiológico y que la mayoría de las mujeres van a presentar una evolución espontánea y sin riesgos, no obstante, ve la necesidad de llevar un seguimiento a todas las mujeres(70). Esto es propio de la medicina preventiva como medida de protección profesional además le otorga un poder al clínico y establece a la mujer un papel pasivo que se deja llevar por el profesional sin oír a su cuerpo (71).

En este contexto de atención sanitaria, si analizamos los protocolos más significativos pocos o casi ninguno analizan la perspectiva cultural ya que evalúan estas

diferencias como riesgos psicosociales (dificultad idiomática) o riesgos físicos como pudieran ser patologías.

En 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad editó una guía sobre atención al embarazo y puerperio. Ésta va dirigida tanto a los profesionales de la rama obstétrica como a los usuarios y esto incluye, a las mujeres y sus respectivas parejas, que estén viviendo su embarazo. Esta guía nos sirve para dar una atención meramente fisiológica a la embarazada ya que habla de patologías como la preeclampsia o la diabetes; de las ecografías y de los suplementos vitamínicos que han de tomar para que no presenten complicaciones. A pesar de que en la anamnesis hace un guiño al lugar de procedencia de la gestante, a su idioma y a si presenta barreras en la comunicación; no hace referencia a patologías más prevalentes en el caso de ciertas etnias: como, por ejemplo, la mujer musulmana y la anemia o las mujeres subsaharianas y la anemia falciforme (16). En cuanto a la SEGO, en su protocolo de control de embarazo, entre sus objetivos específicos destaca el considerar la participación de la mujer y su pareja teniendo en cuenta su perspectiva multicultural(70).

Hay algunos que por los años que lleva publicado (el de la Comunidad Valenciana es del 2.002) no se contempla la diversidad cultural en la atención a la mujer y, por tanto, no se puede hacer una valoración ni un cuidado individual en el caso de que presentara ciertas necesidades culturales o, en la misma línea, necesitara ciertos consejos particulares sobre alimentación según su práctica religiosa (55). Otros, como el de Cantabria, en la anamnesis se pregunta sobre el país de origen de la gestante y el dominio que tiene la mujer del castellano(22).

Otros protocolos como en el de Andalucía han contemplado los aspectos singulares de la mujer y esto da margen al profesional para valorar otros aspectos no contemplados en el plan de actuación. Del mismo modo se hace hincapié en la primera visita que se tenga en cuenta la identidad cultural de la paciente para, si lo necesita, ofrecerle un apoyo psicosocial. Además, durante el protocolo, en las diferentes consultas planificadas a lo largo de las semanas de gestación, hay un ítem que se entiende como que se puede llevar a cabo cualquier tipo de cuidado que la mujer

necesite en el momento del contacto con el profesional ya sea la matrona o el ginecólogo: “*se valorará la necesidad de cuidados adicionales*”. Aquí cabe todo, no obstante, da cierta autonomía al profesional para valorar si existe alguna necesidad o cuidado que la gestante precise (23).

El más significativo desde nuestro objeto del estudio, es el protocolo catalán. En él hay un apartado específico sobre la atención a la diversidad durante el embarazo. Destaca que es de suma importancia la valoración cultural ya que va a influir en las vivencias del embarazo y en todo el proceso de gestación, parto, puerperio y crianza de su hijo. Muchas veces cuando se piensa en las mujeres inmigrantes se está presuponiendo que tienen peores condiciones de salud o que no acuden a las visitas por voluntad propia y no es así; la causa suele ser un desconocimiento de nuestro sistema sanitario (12). Este protocolo analiza ciertas características de la mujer inmigrante como el embarazo adolescente, la mutilación genital o la divergencia entre hombre-mujer que existe en muchas culturas. Además, aporta algunas recomendaciones generales que pueden llevar al sanitario a guiar sus actuaciones en una mujer determinada: pautas alimentarias, edad de la gestante o creencias y prácticas culturales que puedan tener; además, habla de las patologías más prevalentes según etnias u origen de la mujer. Esta guía de trabajo puede servir de base para que el profesional sanitario perciba las necesidades culturales de la mujer en el contexto del embarazo y que se adecuen las actuaciones según lo que el clínico observe, analice y perciba de la mujer y su cultura con el fin de establecer un entendimiento mutuo entre ellos para que la mujer tenga unos cuidados de calidad (24).

2.6 BARRERAS ESTABLECIDAS EN LA RELACIÓN MUJER MUSULMANA/MATRONA

Se puede hablar de protocolos y guías y también de cultura de manera teórica. No obstante, la práctica diaria es la que nos va a llevar a cuidar a personas. Es decir, no atendemos culturas sino pacientes que aportan a la relación terapéutica sus creencias, sus significaciones de la enfermedad-salud y valores culturales (72). En ese mismo contexto, al hablar de conceptos como *cultura* o *competencia cultural* se puede concebir con significados estáticos e inalterables. No obstante, puede haber

diferencias interindividuales en la concepción de algunas creencias o prácticas culturales (73). La labor de enfermería es conocer las prácticas más generales y después llevar a cabo una comunicación bidireccional con el propio paciente para comprender cuáles son sus valores e intereses individuales (26).

La formación universitaria enfermera en competencia cultural es anecdótica en nuestro país. Países como Estados Unidos, Reino Unido o Australia han incorporado la diversidad cultural en sus currículos de manera transversal. En España, en la formación pregrado, hay universidades que introducen una optativa o alguna asignatura troncal sobre diversidad cultural o similar como Antropología o Sociología (74). Es primordial, por tanto, tener esta formación básica que los profesionales que actualmente estamos cuidando a estos pacientes, carecemos de ella por la trayectoria de formación mencionada. No obstante, podemos empezar a trabajarla cada uno de nosotros mediante la formación continuada.

Una de las barreras establecidas es la creada por el propio profesional. Sus prejuicios y actitudes negativas hacia el inmigrante van a hacer que no haya una relación igualitaria entre ellos y, por tanto, no haya una buena retroalimentación dentro de la relación matrona-mujer. Ideas negativas como que el inmigrante es fuente de conflicto social; que ocupan puestos de trabajo y por eso hay más españoles en paro; o que los ciudadanos aporta más beneficios a la economía que los marroquíes (75). Los prejuicios están en nuestra sociedad y trascienden a la relación paciente-matrona, haciendo que en esta relación no haya un encuentro cultural adecuado (76). Es tan perjudicial el no utilizar la sensibilidad cultural en la práctica diaria como la adopción de conductas paternalistas sobre los inmigrantes (72). Si surge algún conflicto con un determinado paciente lo más idóneo es tomar una actitud negociadora con él y llegar a un acuerdo en el plan de cuidados(12).

El trabajo de mediación cultural es muy importante aunque muchas veces no lo consideremos. Marrero, por ejemplo, no lo considera necesario y otros, sin embargo, hablan de que es necesario para mediar en aspectos lingüísticos que no sean estrictamente idiomáticos o para solucionar temas como dificultades en la burocracia(12,76).

La adopción de políticas aisladas en el tiempo y lugar hacen que no haya un “continuum” a nivel institucional de las guías de trabajo y esto hace que los profesionales se formen por su cuenta, pero no quede reflejado en la práctica diaria ni en los protocolos de trabajo. Esto lo podemos observar en las diferentes guías sobre inmigración editadas por las diferentes consejerías en distintas comunidades “Manual de atención sanitaria a inmigrantes” de Andalucía de 2007; “Recomanacions per al consell alimentari en un entorn de diversitat cultural” 2007; “Guía sobre la diversidad en los hospitales” 2011 ; “Guía de apoyo para la gestión festividades, celebraciones y conmemoraciones de las confesiones religiosas minoritarias en el espacio público” de Cataluña del año 2018; “Guia per al respecte a la diversitat de creences als centres sanitaris de Catalunya” de 2015.

Tipos de barreras

Barreras ocasionadas por el sistema educativo	Enseñanza a los niños	Aprender desde pequeño a convivir en un ambiente de respeto e igualdad intercultural desde los aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales (77).
	Enseñanza superior	Los planes de estudio en Enfermería deben contener la diversidad cultural en todo su programa formativo y de manera transversal y no sólo en ciertas asignaturas u optativas aisladas(72)(74)
Barreras administrativas		Inmigrantes no regularizados, en trámites (21) Desconocimiento de la burocracia española Falta de conocimiento del acceso universal a la sanidad de las mujeres embarazadas (12)
Barreras sociales	Condiciones laborales	Situación precaria laboral Trabajos temporales Baja remuneración (6)
	Condiciones de vida	Hacinamiento Insalubridad de la vivienda (25)
	Adopción de normas locales/organizativas	Reticencia a seguir las normas institucionales o las normas social por desconocimiento o por seguir sus propias creencias(25)
	Actitudes xenofóbicas por parte de los autóctonos	Discriminación positiva hacia la población inmigrantes por el tema de ayudas, becas, etc.(25)

Barreras culturales	De género	Patrones familiares como situaciones de jerarquía familiar; situaciones de reagrupación familiar: <u>papel pasivo</u> de la mujer, <u>vulnerabilidad</u> , <u>aislamiento social</u> (12)
	Barreras religiosas y de otras prácticas culturales	Se produce un <i>choque cultural</i> más grande cuando las diferencias son más abruptas entre la sociedad receptora y el emigrante(72) por ejemplo, con los emigrantes magrebíes Creencias religiosas y prácticas arraigadas Secularización de la sociedad receptora (12) Diferencia de consideración de la salud/enfermedad Diferencias de consideración del embarazo (25)
	Diferencias entre las necesidades del paciente/atención médica	Diferencia de consideración de la salud/enfermedad Diferencias de consideración del embarazo (25)
Barreras lingüísticas		Dificultad de las mujeres por aprender el idioma Traducción de familiares: a veces no buena traducción Falta de intimidad de la paciente Distancia social diferente Tono de voz (78) Comunicación no verbal(44)
Barreras ocasionadas por el sistema sanitario	Organización de la asistencia	Temas de alimentación y dietas No contemplación de sitios de oración para otras religiones(35) Políticas aisladas en los hospitales de atención a la diversidad
	Guías/protocolos de trabajo	Protocolos que sólo contemplan los aspectos fisiopatológicos de la enfermedad Protocolos estáticos (no cambian a lo largo del tiempo)
	Uso de mediadores culturales	Falta de acceso a ellos

Tabla 4. Tipos de barreras existentes en la atención sanitaria a la mujer magrebí gestante. Elaboración propia

Pueden existir soluciones a diferentes niveles (12,72):

- Abordaje a nivel general: información a los pacientes inmigrantes, políticas más igualitarias de salud; consideración de todas las religiones en los centros hospitalarios en cuanto a alimentación del paciente y en cuanto a crear un espacio de culto para cualquier religión, etc.

- Materiales y trípticos en varios idiomas.
- Mediadores culturales para crear un servicio multidisciplinar con los profesionales sanitarios y facilitar unos cuidados culturalmente competentes; más facilidad de acceso a ellos a los mediadores.
- Cambios organizativos en el sistema sanitario: adaptar los recursos personales a una buena atención al paciente; facilitar la duración de consulta al tiempo necesario por paciente; asegurar la formación al personal sobre la competencia cultural.
- Formación transversal enfermera en Enfermería Transcultural: en la formación universitaria, introducir en todas las asignaturas la competencia cultural como requisito indispensable para valorar a un paciente.

2.7 MODELO TEORICO DE ENFERMERÍA

Leininger es la primera que habló de los cuidados culturales. Es, por tanto, considerada una líder para las teóricas enfermeras dentro de esta rama que inició. La Enfermería Transcultural es definida como un área de estudio enfocada en conocer los valores, creencias y prácticas individuales o de una comunidad de similar o diferente cultura para proveer cuidados culturales específicos y universales en la salud, en el bienestar, en la enfermedad o en la muerte (79).

Diferentes autores han valorado la importancia de abordar los cuidados desde una perspectiva cultural desde Campiha Bacote, Spector, el modelo de Schim y Doorenbos o el de Purnell. Diferentes disciplinas han confluído aquí, desde la Antropología, pasando por las Ciencias Políticas y la Sociología, o por la Historia y la Ecología y, cómo no, la Enfermería (79).

MODELO DE COMPETENCIA CULTURAL DE LARRY PURNELL

Este trabajo de investigación se va a enmarcar en el Modelo de Purnell. Este modelo cultural habla de que las organizaciones sanitarias deben contar con políticas y estándares de trabajo para que sus profesionales tengan sensibilidad cultural y/o competencia cultural en el contacto con el paciente (80).

Purnell define la **cultura** como un aspecto en gran parte inconsciente que tiene mucha influencia sobre la salud y la enfermedad. El clínico debe tener conciencia

cultural, sensibilidad cultural y cierto grado de competencia cultural con las creencias y prácticas de salud en sus protocolos de trabajo (21). No hay una cultura mejor que la otra, simplemente son diferentes; las culturas van evolucionando con el tiempo (76)

Por otro lado, **la conciencia cultural** es la apreciación de signos de diversidad externos como las artes, la música, la ropa o características físicas propias (21).

La **sensibilidad cultural** son actitudes personales como no decir algo que pueda ser ofensivo para personas de otras culturas. Además, hay palabras que cambian con el tiempo, según el país o zona; en algunos sitios de origen pueden considerarse correctos y en otros puede que estén mal vistos (21).

La **competencia cultural** requiere habilidades como (26):

- Tener una postura etnocéntrica puede ser contraproducente si tenemos encuentros con otras personas de diferente cultura.
 - Demostrar tener conocimiento y comprensión por la cultura del paciente: los significados que da a la salud y a la enfermedad.
 - Aceptar y respetar las diferencias culturales
 - No asumir que las costumbres y creencias del profesional tienen el mismo valor que los del paciente.
 - Resistirse a actitudes como “Ser diferente no es bueno”
 - Estar en actitud receptiva frente a los encuentros culturales
 - Estar cómodo en dichos encuentros
 - Adaptar los cuidados para ser congruente a la cultura del paciente
 - La competencia cultural es, por tanto, un plan individualizado de cuidado que se empieza con una valoración con visión cultural.
- **Los conceptos del metaparadigma son:** sociedad global, comunidad, familia e individuo (79)

Para la valoración cultural del paciente se utilizarán dos tipos de evaluaciones complementarias entre ellas,

- Por un lado, **los conceptos generales del modelo** que son:(28)

Visión, herencia, topografía, economía	Ecología biocultural: herencia, genética	Rituales de muerte
Comunicación, dominio del lenguaje, distancia espacial, contacto ocular, tacto	Comportamientos d riesgo	Espiritualidad
Roles de familia y organización	Nutrición	Prácticas de cuidado de la salud
Relacionado con recursos humanos, aculturación, barreras lingüísticas	Embarazo	Prácticas de los cuidadores de la salud

Tabla 5. Dominios culturales extraídos modelo de Purnell. Elaboración propia

- **Características de la cultura** (esta valoración es opcional)

PRIMARIAS	Edad, nacionalidad, raza, color, género, religión
SECUNDARIAS	Nivel educativo, nivel socioeconómico, ideas políticas, residencia urbana o rural, estado civil, características físicas, orientación sexual, ideas sobre género, tiempo que está fuera de su país de origen, tipo de inmigrante (sin papeles, doble nacionalidad, etc.)

Tabla 6. Características de la cultura según Purnell. Elaboración propia

- **Estados de competencia cultural** (según Stella Díaz citando a Martínez et al. la competencia se logra cuando se tiene conciencia de uno mismo y del otro como sujetos culturales con una dirección bidireccional dialéctica(81).
 - Inconsciente incompetente: el profesional no es consciente de que la falta conocimiento sobre otra cultura.
 - Incompetente consciente: el sanitario es consciente de que hay una falta de conocimiento de otra cultura.
 - Competente consciente: el profesional aprende de la cultura del paciente, verificando las generalizaciones sobre su cultura y proveyendo intervenciones culturales específicas.
 - Competente inconsciente: el clínico proporciona cuidados culturales competentes de manera automática a personas de diferentes culturas.

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA APORTACIONES DEL ESTUDIO

Si partimos del formato PICO para poder formular las preguntas clínicas estructuradas a partir de sus cuatro elementos (82), entonces en este trabajo son:

P: Mujeres gestantes magrebíes que se preparan y realizarán el ayuno del Ramadán /vs mujeres que no lo harán. Se especificará:

- Los rituales de comida que realizan
- La opinión que tienen las mujeres magrebíes sobre el modo de actuación de una embarazada durante el Ramadán: experiencia propia, de familiares y amigas, etc.

I: Conocer los consejos sobre nutrición realizados por la matrona antes y durante el Ramadán. Se detallará:

- explorar las barreras culturales sentidas expresadas por las matronas;
- determinar los conocimientos específicos que tienen sobre nutrición para esta situación
- y conocer el método de valoración utilizado para saber si la mujer puede realizar o no el ayuno en buenas condiciones.

C: -

O: Respuesta de las mujeres ante las pautas nutricionales dadas por las matronas sobre el ayuno y repercusión psicológica de las mujeres que no lo han realizado.

Para realizar la búsqueda de información se ha accedido a las bases de datos especializadas como CINAHL, PUBMED o SCOPUS. Todos los artículos aparecidos eran en inglés y alguno en francés que al final se desechó. Se acotó la búsqueda a artículos publicados en los diez últimos años y que se tuviera acceso libre. Se ha utilizado Dialnet y Google Scholar como apoyo para buscar algún artículo que no se tenía acceso a través de los anteriores mencionados y resultaba adecuado para el estudio. El único operador booleano que nos ha servido ha sido AND y se han relacionado los términos según este operador y probando las palabras en singular y plural para obtener una mejor optimización de la búsqueda.

Se han utilizado otros recursos por el CRAI de la Universitat Rovira i Virgili y la web de Gencat para buscar guías de trabajo y protocolos.

Además, se han utilizado tesis y tesinas relacionadas con el tema de la competencia cultural y otras sobre la mujer inmigrante de nuestra especialidad y de otras pero que hacían referencia al tema de estudio.

3.1. TÉRMINOS PRINCIPALES

PALABRAS	SINONIMOS	TÉRMINO EN INGLÉS
Mujer embarazada	Gestante, embarazada	Pregnant woman, pregnant women
Alimentación	Hábitos alimentarios	
Ramadán	Ayuno Ramadán	Fasting, Ramadán fasting
Islam	Cultura musulmana	Islam, Muslim culture
Mujer árabe	Mujer magrebí, mujer musulmana	Muslim woman
Enfermería	Enfermería obstétrica, atención enfermera, cuidado enfermero	Nursing, nursing care
Profesionales sanitarios	Sanitarios	Healthcare providers, physicians, health professionals, caregivers
Competencia cultural	Sensibilidad cultural, conciencia cultural, compasión cultural	Cultural competence
Purnell	Modelo Competencia Cultural Larry Purnell	Cultural Competence model of Purnell

Tabla 7. Términos de búsqueda, sinónimos y términos en inglés. Elaboración propia.

4. APORTACIONES DEL ESTUDIO

La primera aportación de este trabajo y una de las más importantes es proveer de herramientas a las matronas en su trabajo diario con mujeres gestantes que vayan o estén viviendo el Ramadán. La matrona de atención primaria se considera el primer contacto y el más continuo que va a tener la mujer musulmana durante su embarazo. Por ello, la información y consejos que se le faciliten a la gestante van a ser primordiales para que la mujer lleve a cabo el ayuno o no, según su estado fisiológico, con las mejores condiciones posibles y que, reciba el apoyo y el seguimiento por parte de la profesional.

Muy relacionado con el primer punto, la matrona debe tener la competencia cultural suficiente para cuando en algunas ocasiones la mujer no pregunta sobre el ayuno del Ramadán a la matrona, la profesional debe sacar el tema e indagar en la mujer sobre su decisión y sobre lo qué hará si al final no lo puede llevar a cabo. Así mismo, es importante la valoración continua a lo largo del mes de ayuno para poder conocer si se ha generado algún contratiempo o si la mujer lo está viviendo en buenas condiciones.

En la misma línea, este trabajo puede ser útil para iniciar nuevas inquietudes y, al final, nuevas investigaciones relacionadas con las necesidades de la mujer gestante magrebí en relación al seguimiento del embarazo o también, mujeres de otras etnias diferentes que, por ello, van a presentar unas necesidades de salud durante el embarazo diferentes a la mujer autóctona.

5. OBJETIVOS

- **OG 1-Explorar las experiencia de las mujeres musulmanas embarazadas, atendidas antes y durante el Ramadán, por la matrona de su entorno asistencial: preferentemente, la matrona de atención primaria.**
 - **1.1**-Describir los rituales de alimentación que sigue la mujer musulmana durante el Ramadán: significado cultural y personal de la comida; conocer cambios que pudieran hacer de pautas alimentarias para adaptarlas a sus necesidades durante la gestación, etc.
 - **1.2**-Descubrir la visión que tiene la mujer musulmana de cómo debe actuar una mujer embarazada durante el Ramadán, a partir de lo aprendido: experiencias propias o experiencias de mujeres allegadas.
 - **1.3**- Descubrir cómo reciben y valoran, las mujeres, las pautas o consejos nutricionales que les hacen las matronas, durante el periodo del Ramadán
 - **1.4**- Explorar las consecuencias psicológicas de las mujeres musulmanas, que por algún motivo no pueden realizar el ayuno, durante el Ramadán.

- **OG 2-Explorar el modo en que las matronas abordan, desde una perspectiva cultural, los cuidados y consejos nutricionales a una gestante musulmana antes y durante el Ramadán.**
 - 2.1-Explorar las barreras identificadas por la matrona en el contexto de la relación terapéutica entre la mujer musulmana y la matrona durante el Ramadán.
 - 2.2- Analizar los conocimientos sobre nutrición y dietética, que tienen las matronas, sobre las pautas alimentarias que pueden seguir las gestantes durante el Ramadán.
 - 2.3- Determinar el método de valoración que realiza la matrona para saber si la mujer puede realizar el ayuno o no en buenas condiciones.

6. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, se plantea un diseño cualitativo que se va a desarrollar mediante un método fenomenológico. De ese modo, para comprender la situación de una manera más holística y dinámica, se van a analizar las vivencias de las personas para conocer los significados que le dan al objeto del estudio y establecer, al finalizar, un marco inductivo explicativo a partir de la información recogida.

6.2. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se va a realizar en el departamento del Hospital Universitario la Fé de Valencia. La demarcación geográfica corresponde a un área que recoge zona urbana de la ciudad y, también, algunos núcleos de población de alrededor del área metropolitana de la ciudad.

6.3. TIEMPO

Se estima un tiempo para la realización de la investigación de 10 meses (ver *Cronograma*).

6.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se va a trabajar con dos poblaciones diferentes. Por un lado, van a ser las matronas de Atención Primaria del departamento del Hospital La Fé de Valencia; la otra población a estudio serán las mujeres musulmanas que han estado o estarán embarazadas durante el Ramadán y se han visitado en el departamento de la Fé durante los años 2019, 2020 y 2021. Los criterios de exclusión e inclusión, detallados en el siguiente apartado, nos permitirán definir de forma más clara la población a estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Mujeres

Para ser elegidas en el estudio, las mujeres deben cumplir todos los criterios de inclusión; en cambio, la presencia de un solo criterio de exclusión las descarta del estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Mujer musulmana que practica el Ramadán
Mujer proveniente de la zona del Magreb
Embarazada durante el Ramadán en los años 2019*,2020** y 2021*** *Para 2019: que hayan tenido el parto después del 4 de junio. **Para 2020: parto después del 23 de mayo. ***Para 2021: que tengan la fecha para después del 12 de mayo
Embarazo controlado en el departamento la Fé

Tabla 8. Criterios de inclusión de las mujeres. Elaboración propia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Embarazo gemelar
Embarazo de alto riesgo

Mujeres con un IMC por debajo de 18
Pérdida de seguimiento del embarazo por cambio de domicilio, viaje a su país, etc.
Ingreso hospitalario durante el periodo del Ramadán

Tabla 9. Criterios de exclusión de las mujeres. Elaboración propia.

Matronas

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Matronas de Atención Primaria del área de la Fé que están trabajando en atención primaria desde hace 5 años o más.

Tabla 10. Criterios de inclusión de las matronas. Elaboración propia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Matronas que no hayan estado trabajando durante los periodos de Ramadán 2019: 6/5 al 4/6; el año 2020: 24/4 al 23/5; y el año 2021: 13/4 al 12/5.

Tabla 11. Criterios de exclusión de las matronas. Elaboración propia.

SELECCIÓN DE SUJETOS: MUESTRA

En primer lugar, a partir de la población de estudio de las mujeres musulmanas, se va a seleccionar la muestra a través de métodos no probabilísticos. Se separarán los grupos en dos: por un lado, las embarazadas en el año 2019 y en el 2020 serán elegidas a través de un muestreo de conveniencia; por el contrario, las embarazadas del año 2021 serán seleccionadas a través de un muestreo accidental (ver figura 1):

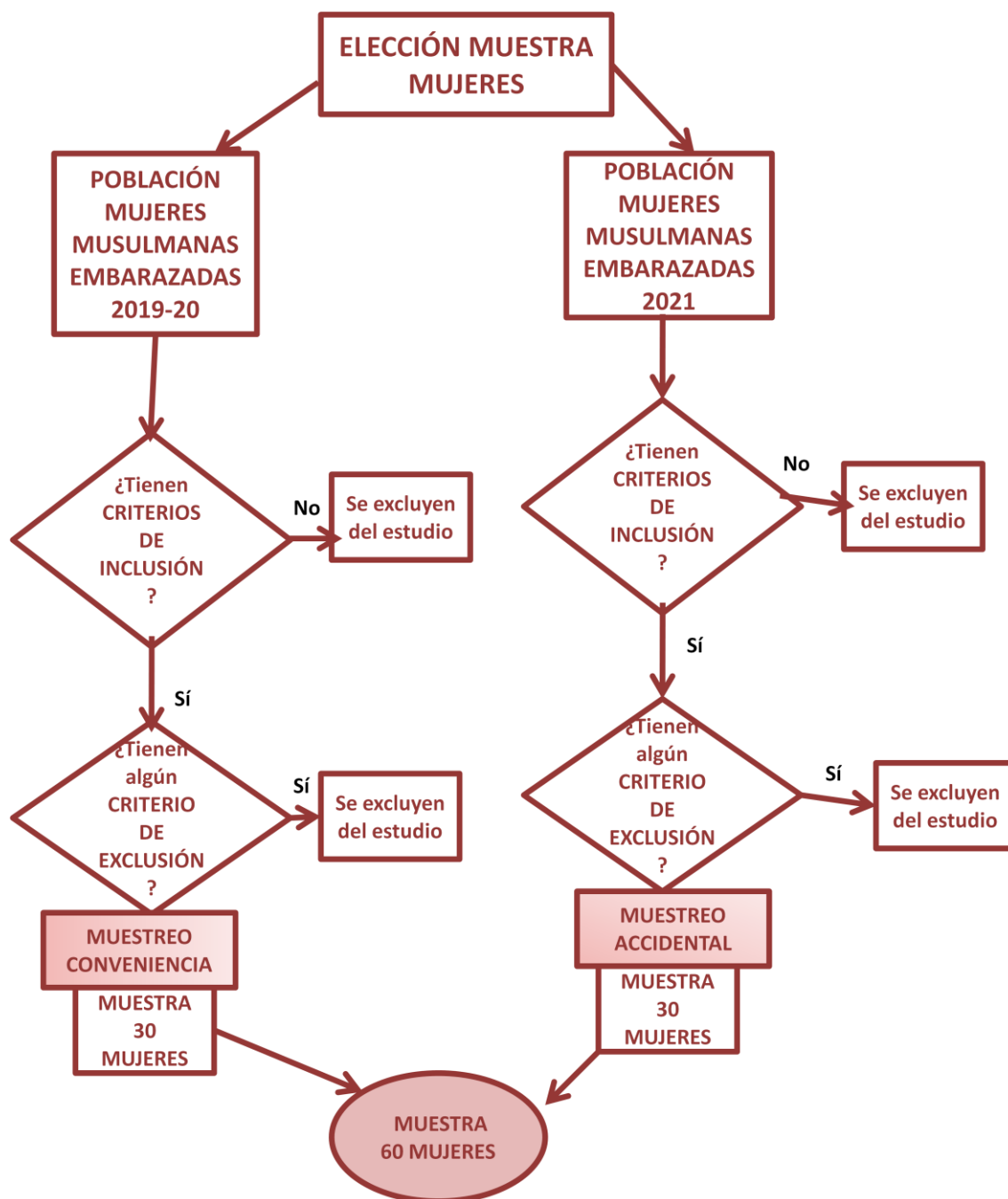


Figura 1. Selección de la muestra de mujeres. Elaboración propia.

Se elegirán estos tipos de muestreo: por un lado, para acceder a las mujeres embarazadas en 2019 y 2020, a través de los representantes de las asociaciones podremos conocer cuáles son las mujeres que sean más accesibles y poder llegar a ellas más fácilmente; por otro lado, la selección de la muestra de las gestantes de 2021, se realizará en la consulta de la matrona a todas aquellas mujeres que estén embarazadas en el presente año, cumplan los criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión.

A priori, se prevé una muestra de 60 mujeres. Una de las características que nos interesa de la muestra es que sea lo más heterogénea posible para que nos aporte una información más completa del fenómeno del estudio; no obstante, si se alcanzara el punto de saturación antes, se podrá interrumpir la recolección de datos porque habrá redundancia de información.

En cuanto a las matronas del departamento se va a trabajar con toda la población, es decir, las 20 profesionales si todas ellas cumplen los criterios de selección expuestos en el apartado anterior (ver *anexo I*).

6.5. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

Para poder acceder a los informantes se van a elegir diferentes contextos físicos. Los escenarios elegidos deberán ser cercanos y familiares a los informadores. De esta manera, las personas se encontrarán más cómodas para explicar sus vivencias y percepciones sobre el fenómeno de estudio. Así los más idóneos van a ser:

- Lugar conocido y frecuentado por las personas investigadas
- Sitio accesible mediante transporte público
- Instalaciones que tengan salas amplias, donde se pueda garantizar la distancia de seguridad (debido a la pandemia por el covid-19) y la privacidad de las personas entrevistadas.

De ese modo y según los dos tipos de personas que se necesitan, las mujeres y las matronas, se van a buscar dos escenarios muy diferenciados entre ellos. Por un lado, van a ser las asociaciones culturales de musulmanes. Se van a escoger principalmente dos: el Centro Cultural Islámico de Valencia (CCIV) y la Comunidad Islámica La Paz de Catarroja (ver descripción en *Anexo II*).

Por otro lado, serán los centros de Atención Primaria del Departamento del Hospital Universitario La Fé de Valencia que atienden a mujeres embarazadas (ver *anexo I*).

En el caso de las entrevistas a las mujeres magrebíes se realizarán en las asociaciones (ver apartado *Acceso a los escenarios*). Las entrevistas a las matronas se llevarán a cabo en el propio centro de salud; no obstante, si alguna mujer desea que se

le entreviste en el centro, también podría contemplarse esta posibilidad; por ejemplo, la sala de educación maternal puede ser un sitio idóneo donde las mujeres se pueden encontrar cómodas.

No obstante, debido a la situación del covid-19, se podrían establecer otros lugares que resultaran más seguros para las entrevistadas.

ACCESO A LAS UNIDADES DE ESTUDIO

Se realizará un primer contacto con las asociaciones a través del correo electrónico (los datos de contacto están en el *anexo II*). Después, nos comunicaremos por teléfono con el/la representante de los centros culturales. Los representantes, en el caso del CCIV es Mariam Barouni y el caso de la otra asociación es la persona responsable (Mohamed Ibrahim). Éstos van a ser los porteros o informadores-clave de la investigación. La función de éstos es recomendarnos a las informantes más idóneas para llevar a cabo la investigación y acercarnos a éstas (83). Se concertará una cita con el/la representante para conocernos, explicarles en persona el propósito de la investigación y qué criterios vamos a seguir para elegir a las mujeres. En la cita con el informador clave, se visitarán las instalaciones y se valorarán las características de espacio del centro. Se les pasará la *Hoja informativa del estudio (anexo V)* a los porteros y se planificará las futuras citas para llevar a cabo la recogida de datos.

En los centros de salud, primero se informará a la dirección de atención primaria del departamento para que autoricen la entrada a los centros sanitarios. Después, se contactará con los coordinadores y con la matrona del centro para informarles de la investigación que estamos realizando. La matrona del centro de salud tiene una doble función: por un lado, será otra informadora clave para ayudarnos en la elección y toma de contacto con las embarazadas. Por otro lado, va a ser informante en las técnicas que van dirigidas a ella; por tanto, la autorización y aceptación de las profesionales será primordial para la investigación (ver *figura 2*).

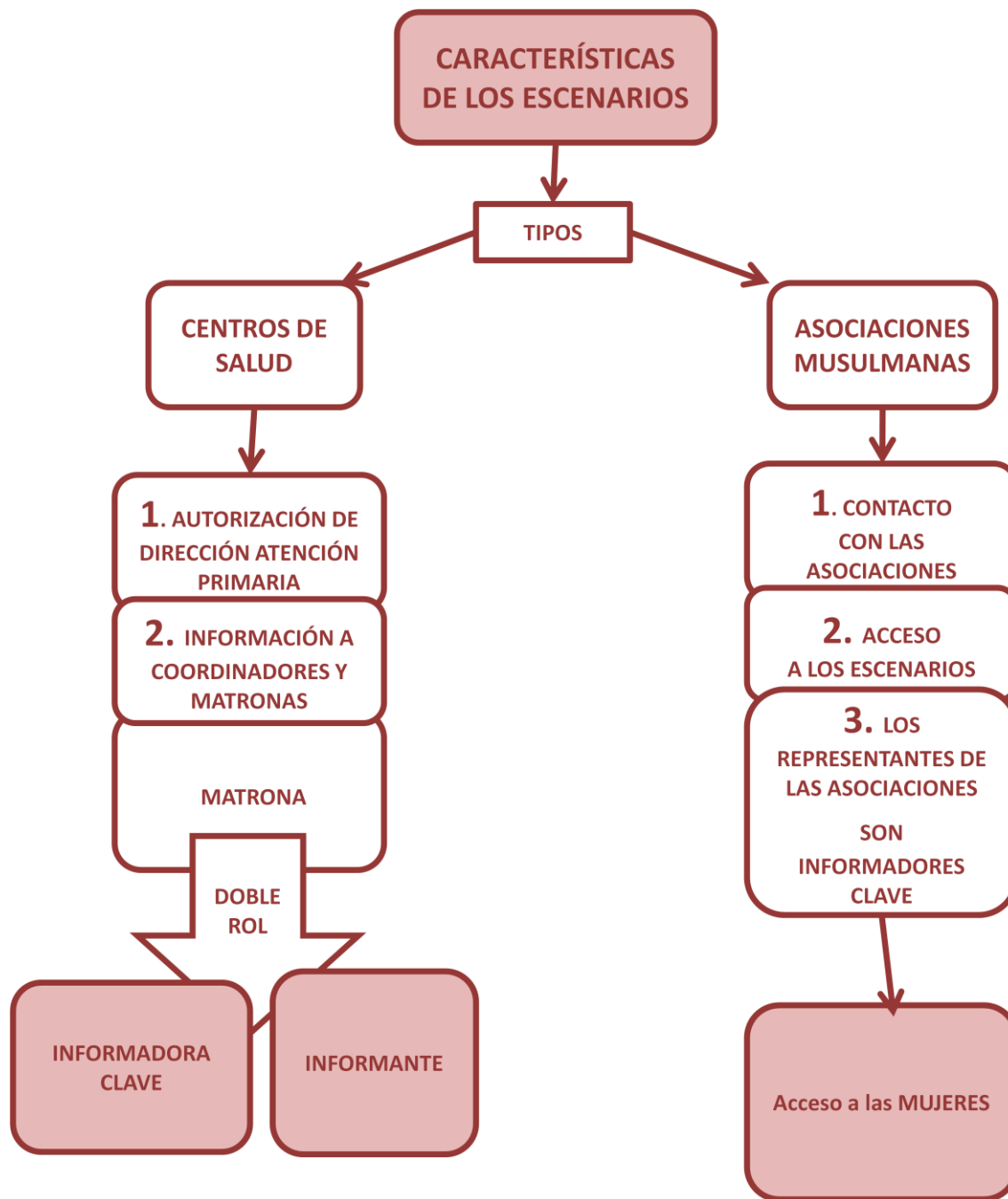


Figura 2. Tipos y acceso a los escenarios. Elaboración propia

6.6. VARIABLES DEL ESTUDIO

Variables sociodemográficas: unas variables se obtendrán de los criterios de selección (en cursiva); las otras se extraerán de las entrevistas semiestructuradas y nos servirán para completar la información de las personas estudiadas.

Mujeres:

- Edad

- Paridad
- Número de hijos
- Lugar de nacimiento: zona rural/urbana
- Años viviendo fuera de país de nacimiento
- Número de miembros en el domicilio
- *Procedencia de la zona del Magreb*
- *Práctica del Ramadán*
- *Embarazo gemelar*
- *Embarazo de alto riesgo*
- *Ingreso hospitalario*
- *Embarazada en 2019, 2020 o 2021*
- *IMC (peso/talla)*
- *Embarazo controlado íntegramente en el departamento de la Fé*

Matronas:

- Edad
- *Años de profesión*
- *Años en atención primaria*

Variables derivadas del propio fenómeno de estudio:

VARIABLES MUJERES	VARIABLES MATRONAS
Rituales de comida durante el embarazo	Barreras identificadas en la relación mujer musulmana/matrona
Significado cultural y personal de la alimentación en el Ramadán	Conocimientos sobre Nutrición y Dietética
Visión del modo de actuación de una mujer durante el Ramadán	Métodos de valoración realizados por la matrona para evaluar el ayuno seguro
Valoración de los consejos de la matrona	
Consecuencias de no realización de ayuno	

Tabla 12. Variables derivadas del fenómeno de estudio. Elaboración propia

6.7. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Se van a utilizar diferentes técnicas para obtener una información más completa del fenómeno de estudio. La triangulación de instrumentos va a favorecer la obtención de unos resultados más sólidos y, de ese modo, aumentar la calidad y el rigor del estudio (84,85).

1) *Entrevista semiestructurada*: tendrá una duración de entre 1,30-2 horas. Se van a realizar dos entrevistas diferentes según a las personas que van destinadas:

- *Entrevista dirigida a las mujeres magrebíes*: la entrevista está basada en el Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell sobre la valoración cultural de pacientes(86). En el *anexo III* se puede ver el guión de la entrevista que contiene los siguientes temas:

Comunicación	Comportamiento de riesgo/Actividad física
Prácticas de los cuidadores de salud	Nutrición
Visión/herencia	Embarazo
Organización familiar/roles	Prácticas del cuidado de la salud
Ecología/biocultural	Espiritualidad/prácticas religiosas

Tabla 13. Dominios culturales de Larry Purnell utilizados en la entrevista a las mujeres. Elaboración propia

- *Entrevista dirigida a las matronas de primaria*: para el guión de esta entrevista nos hemos basado en los estudios de Stotland y colaboradores; Plaza del Pino et al; y Hag et al (27,87,88). En el *anexo IV* se puede ver el guión. Los temas a tratar son:

Conocimientos sobre nutrición y dietética
Barreras existentes en la relación terapéutica mujer magrebí/matrona
Métodos de valoración desarrollados por la matrona para conocer si la mujer puede realizar el ayuno con seguridad

Tabla 14. Temas sobre los que versará la entrevista a las matronas. Elaboración propia.

2) *Grupos focales*: se escogerán entre 8-10 informadores de cada grupo. Se necesitarán dos investigadores para realizar esta técnica; uno será el

moderador de la entrevista grupal y el otro será el observador. Tanto uno como otro deberán hacer anotaciones en el diario de campo. Se pedirá el consentimiento a los informantes para poder grabar la técnica.

- *Dirigido a las gestantes magrebíes:* para confeccionar el guión, nos hemos basado en los artículos de Plaza del Pino y Veiga del Pino y Vázquez Navarrete et al (25,27) Se van a tratar los siguientes temas:

TEMAS	SUBTEMAS
Significado de ser mujer musulmana embarazada durante el Ramadán	Sentimientos, tradiciones, costumbres, experiencia propia, experiencia de otras mujeres; apoyo recibido por parte de su contexto; apoyo recibido por las matronas y otros sanitarios; personas de la misma ciudad que no son musulmanes
Sistema sanitario	Carencias percibidas en la atención sanitaria; disponibilidad de traductores y mediadores culturales; mejoras que aportarías
Relación mujer-matrona	Necesidades de salud que tienen las mujeres embarazadas durante el Ramadán; vivencias del Ramadán dentro de su cultura; conductas discriminatorias observadas en la atención a la mujer embarazada magrebí durante el mes de ayuno; percepción del conocimiento que tiene el personal sobre costumbres y tradiciones culturales y, en especial, del Ramadán y la embarazada; percepción de la interpretación de las costumbres por parte de las personas
Cuidados recibidos previos y durante el Ramadán por parte de la matrona:	

Tabla 15. Temas a tratar en el grupo focal de mujeres. Elaboración propia.

- *Dirigido a las matronas de primaria:* en la tabla se exponen los temas y las fuentes de donde se ha sacado la información.

TEMAS	SUBTEMAS
Reconocimiento de barreras en la atención embarazada magrebí-matrona (12,72,75)	
Recursos facilitados desde la administración para mejorar la atención a mujeres magrebíes (25)	Facilidad de acceso a mediadores culturales y traductores
Valoración previa necesaria para iniciar un cuidado culturalmente competente (10,33)	
Cuidados nutricionales en el embarazo (24)	Observar si inician la conversación las matronas o es la mujer la que pregunta
Cuidados nutricionales desde la	Observar si inician la conversación las

Tabla 16. Temas a tratar en el grupo focal de las matronas. Elaboración propia

- 3) *Relato autobiográfico*: desde la Sociología se ha utilizado esta técnica que consiste en encargar a personas significativas la redacción de su propia historia de vida a partir de unas instrucciones breves(89). En este estudio hemos querido utilizar esta técnica aplicada a una mujer gestante durante el Ramadán. Para ello, se le facilitará esta guía:

Hacer una narración que refleje los sentimientos y percepciones que vive la embarazada durante la jornada del ayuno
Relatar sentimientos si algún día no se encuentra bien y no puede realizar el ayuno
Relatar al final del mes sagrado cómo ha vivido los días y qué es lo que ha sentido durante el mes del Ramadán
Narrar cómo vive su familia y sus allegados el Ramadán, y la diferencia en las vivencias de ella y su familia en el año en que está embarazada en comparación con los otros
Aspectos importantes que considere la embarazada resaltar

Tabla 17. Guía para el relato autobiográfico. Elaboración propia

Para recoger la información se van a utilizar dos tipos de métodos:

- Registro mediante grabadora: se pedirá el consentimiento a los informadores para poder grabar las diferentes técnicas que se realizarán.
- Diario de campo: se transcriben las observaciones, percepciones y primeras intuiciones que cada investigador ha sentido y vivido en el desarrollo de las técnicas. Hay varios tipos de anotaciones: las notas metodológicas, las descriptivas, las teóricas y las personales (84).

6.8. ANÁLISIS DE DATOS

Según Strauss y Corbin, la fase analítica es un proceso de interpretación de los datos para desarrollar conceptos y, al final, confeccionar un esquema teórico que explique lo que se ha extraído de la propia investigación (90). Mediante este proceso analítico, el conocimiento se construye, no se descubre (2).

A través del estudio se van a obtener dos tipos de datos. Por un lado, los datos demográficos y estadísticos que nos aportarán información complementaria de las

personas investigadas. Por otro lado, los datos cualitativos que emergen directamente del discurso de los investigados y constituyen el eje central del estudio. Estos datos estarán recogidos en la grabadora y en el diario de campo, se tendrán que codificar y categorizar. Esta es la fase de análisis intensivo. Después, la fase de verificación e interpretación consiste en, entre otras estrategias, responder a los objetivos propuestos a priori y devolver a los participantes la información recogida para confirmar su realidad vivida. Por último, se escribirá una narrativa que incluirá los resultados del estudio y así se podrán confrontar los hallazgos de esta investigación con otros estudios publicados sobre el mismo tema (84).

Para el análisis de los datos se va a trabajar con el programa informático Atlas.ti. Éste va a ser una herramienta clave que nos va permitir clasificar los datos de todas las técnicas utilizadas durante el proceso de recolección; después, se extraerán los conceptos; y por último, las categorías. Al final, se podrán redactar unos resultados concluyentes de nuestro estudio.

6.9. PRUEBA PILOTO

CONTEXTO Y TIEMPO

Con el fin de poner a prueba el diseño metodológico y, haciendo los ajustes necesarios para garantizar el rigor metodológico, se ha llevado a cabo la prueba piloto. En la misma línea, uno de los pormenores que se han presentado ha sido la pandemia del covid-19 que ha dificultado el acceso a las entrevistadas y la recogida de datos. Por todo ello, se ha tenido que adaptar esta prueba a las circunstancias dadas.

En cuanto al contexto, señalar que se ha realizado en los Departamentos de la Fé y de la Ribera (Valencia). Por un lado, las matronas son de ambos departamentos. Por otro, las mujeres son del departamento de la Ribera.

El tiempo de recogida ha sido de tres semanas durante el mes de abril de 2021.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Mujeres

- Criterios de inclusión: se han considerado todos los mismos menos las mujeres que eran controladas en el departamento de la Fé. Como se ha explicado, se han seleccionado las mujeres que eran controladas por la matrona de atención primaria del departamento de la Ribera y que sabían hablar castellano.
- Criterios de exclusión: no se ha considerado ningún criterio de exclusión.

Matronas

- En el caso de las matronas, se han considerado ambos criterios previamente establecidos, el de inclusión y exclusión.

MUESTRA: método y número de sujetos

Para llevar a cabo la prueba piloto, se decidió escoger 4 mujeres y 4 matronas que cumplieran los criterios previamente expuestos.

Mujeres

Las mujeres se han elegido a través de un muestreo accidental cumpliendo los criterios de selección establecidos en base que se estaban controlando el embarazo en el lugar y tiempo anteriormente expuesto

Matronas

Las matronas se han escogido a través de un muestreo de conveniencia, es decir, las que se tenía un acceso cómodo y fácil.

ACCESO A LOS INFORMANTES

Para acceder a los centros de salud, primero se ha hablado con los coordinadores de centro para que nos permitieran la entrada a ellos. En cuanto a las mujeres, se ha accedido a ellas a través de las matronas. Por ello, éstas nos han servido como informadores clave ya que nos han indicado cuales eran las más adecuadas para el estudio. Seguidamente, a las mujeres se les pasó la hoja informativa y el

consentimiento informado en la visita previa con la matrona y, después, la matrona concertó cita con ella para realizar la recogida de datos. En cuanto a las matronas, se concertó cita con ellas por vía telefónica.

VARIABLES

Con respecto a las variables referidas a las mujeres, se han considerado todas, excepto las de *“embarazo gemelar”*; *“gestación controlada en el departamento la Fé”*; *“ingreso hospitalario”*; *“embarazo de alto riesgo”*; *“IMC”* y *“pérdida de seguimiento por traslado”*.

De las otras variables, las que habían sido previamente establecidas para las matronas y, las derivadas del propio fenómeno de estudio, se han incluido todas en la prueba piloto.

RECOGIDA DE DATOS

En la prueba piloto sólo se ha utilizado la entrevista semiestructurada como técnica de recogida de datos. Para ello, con el fin de cumplir con los objetivos de la investigación, se ha tenido que adaptar dicha entrevista. En cuanto a la entrevista dirigida a las mujeres, se ha realizado como estaba prevista. Por otro lado, en la entrevista dirigida a las matronas, en el apartado *“Barreras existentes en la relación terapéutica”* (ver Anexo IV) se les ha preguntado directamente qué barreras encontraban en la atención de la mujer embarazada magrebí; sobre todo, obstáculos en el sistema sanitario y en la relación terapéutica establecida.

Las entrevistas a las matronas se han realizado de manera presencial. En el caso de las mujeres, debido al covid-19, se ha contactado con ellas vía telefónica. En la misma línea, para recoger la información en ambos grupos, se ha utilizado el teléfono móvil y, de ese modo, se ha dispuesto más fácilmente del material grabado para trabajar los datos a posteriori. Se ha utilizado un bloc para hacer ciertas anotaciones que luego han servido para el análisis.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En primer lugar, señalar que antes de iniciar la investigación, se ha presentado el proyecto al Comité de Ética de Investigación Clínica del Departamento del Hospital La Fé para su aprobación. En todo momento se han garantizado los principios reflejados en la Declaración de Helsinki y en el Convenio de Oviedo sobre la investigación en seres humanos, los derechos humanos y biomedicina.

Por ello, esta investigación se ha realizado siguiendo los principios de no maleficencia, el de justicia y el de autonomía. De ese modo, se han tenido en cuenta las siguientes premisas.

Primero, haciendo referencia al principio de no maleficencia, los participantes no han sufrido ningún menoscabo ni perjuicio por participar en este proyecto de investigación ni durante el desarrollo del mismo ni como consecuencia de éste.

En segundo lugar, en cuanto al principio de justicia, todos los participantes han tenido la misma consideración y, por tanto, no ha habido distintas deferencias entre ellos por pertenecer a un grupo u otro.

En último lugar, teniendo en cuenta el principio de autonomía, la participación del proyecto ha sido voluntaria. Además, fueron informadas previamente de las consideraciones del mismo, y las posibles consecuencias de manera oral y escrita. Además, siguiendo el código de Nuremberg, han firmado un consentimiento informado que detalla las características del proyecto, además de facilitar una copia al investigado. En la misma línea, se les ha explicado que podrán abandonar la investigación en cualquier momento y sin menoscabo por su parte. Por último, es importante señalar que la identificación del informante: nombre, apellidos y algún otro dato personal de los participantes; ha sido cifrada (D para las mujeres; M para las matronas) ya que la información facilitada se considera anónima y confidencial. No obstante, se han reconocido los dos grupos investigados de manera correcta, porque la información recogida ha sido diferente.

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN (de la prueba piloto)

Por un lado, las matronas se han nombrado de M1 a M4. En cuanto a M1 tiene 62 años lleva 28 años ejerciendo de matrona y 15 años en primaria. En segundo lugar, M2 tiene 45 años, lleva 13 años ejerciendo y los mismos en atención primaria. La tercera matrona, M3 tiene 55 años, lleva 17 años ejerciendo y los mismos en primaria. En último lugar, M4 tiene 44 años y lleva 16 años ejerciendo y 6 en primaria.

En cuanto a las mujeres, se han nombrado de D1 a D4. En primer lugar, D1 tiene 37 años; ha tenido 8 embarazos de los cuales, 2 acabaron en partos y 5 en abortos espontáneos; en el momento de la entrevista estaba embarazada de 10 semanas. Proviene de una zona rural de Argelia y vive con su familia desde hace 17 años en España. En casa convive con su marido y sus dos hijos. No está haciendo el ayuno porque no se encuentra muy bien por los vómitos del primer trimestre.

D2 tiene 3 hijos. Su último embarazo fue en 2020; proviene de Marruecos y lleva 8 años viviendo en España. En casa viven 5 miembros: ella, su marido y sus 3 hijos. Tiene un IMC de 29; durante el embarazo engordó 15 kilos. Ella pudo hacer algún día suelto el ayuno, pero después, no ha podido devolver los días que le quedaban por hacer; esto no le preocupa porque aún está lactando a su hijo.

D3 tiene 28 años. Es primípara y lleva un año y medio viviendo en España. Es de Casablanca (Marruecos); por tanto, proviene de zona urbana; también vivió en Turquía durante 6 meses que es cuando conoció a su marido; en casa viven solo los dos y habla francés, inglés y en castellano se defiende; está de 39 semanas y no ha realizado el Ramadán.

D4 tiene 35 años. Lleva viviendo fuera de su país alrededor de 5 años. Proviene de una zona urbana de Marruecos. Ha tenido 2 hijos y 2 abortos. En casa son ahora 4 miembros y su IMC es de 27. Su embarazo es de bajo riesgo y está actualmente embarazada de 29 semanas. Ha podido hacer algún día el ayuno.

Por otra parte, de las variables que se habían previsto previamente, han surgido del discurso de las entrevistadas otras dos categorías más que son: “*Visión*

matrona/sociedad sobre la cultura musulmana” y “Percepción de las costumbres por parte de la matrona”. Por ello, las categorías y subcategorías que emergen del discurso son: (se señala en rosa oscuro la categoría central; las categorías y subcategorías se han clasificado en unos códigos para trabajar mejor con ellas)

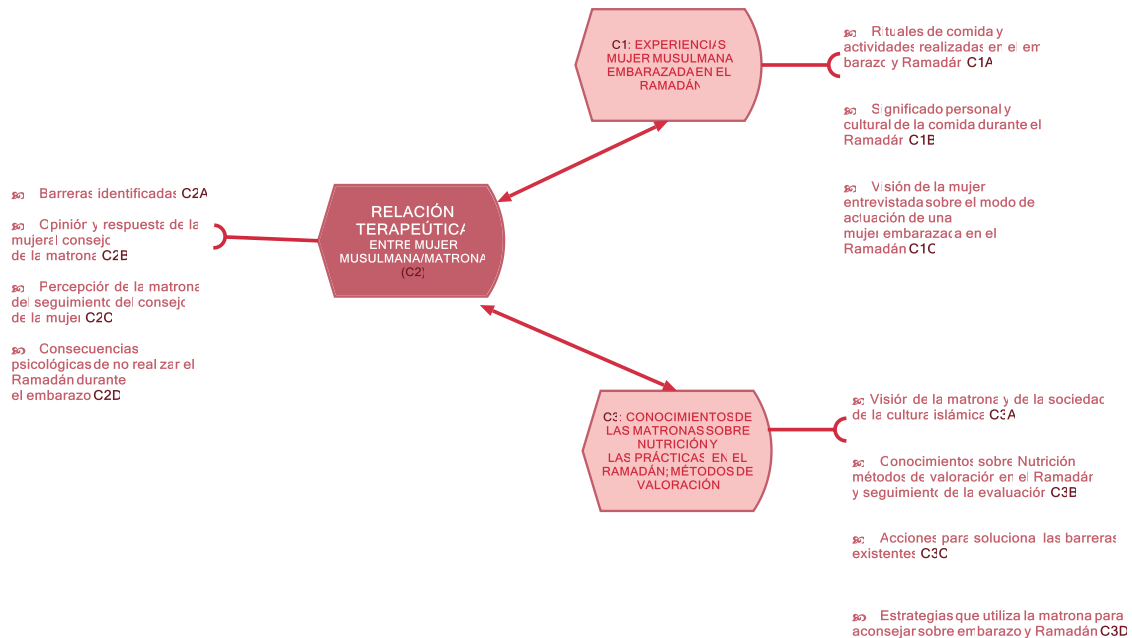


Figura 3. Categorías y subcategorías emergentes del estudio. Elaboración propia.

CATEGORÍA 1: EXPERIENCIAS DE LA MUJER MUSULMANA EMBARAZADA EN EL RAMADÁN

C1A: Rituales de comida, rutinas y actividades en el embarazo y Ramadán.

Las mujeres musulmanas no tienen unos rituales de comida específicos durante el embarazo, es decir, no tienen unos alimentos concretos. En general, durante el mes de ayuno evitan tomar más alimentos azucarados por la diabetes o porque se quieren cuidar. Sí que suelen ingerir nutrientes más energéticos sobre todo en la última comida de la noche (10,61).

En cuanto a las rutinas durante el mes sagrado que realizan son el descanso durante muchas horas al día para mantener las necesidades corporales más bajas; no obstante, a lo largo del día se han de preparar comidas para cuando rompen el ayuno. Hacen 2 comidas diarias, una al anochecer y otra antes del amanecer (14,59).

Las mujeres tienen claro que durante el embarazo es mejor hacer 4-5 comidas al día, y, por ello, en el Ramadán sólo pueden reunirse con sus familiares por la noche (17). A veces, tienen que ayunar por otras causas como son los vómitos ya que no pueden ingerir nada o realizar ayunos discontinuos (15,66)

C1B: Significado cultural y personal para la mujer de la alimentación durante el Ramadán

Las mujeres musulmanas dan varios significados al Ramadán: es considerado una fiesta de las más grandes que tienen el año; se podría considerar la más importante dentro de su cultura. Supone una cita para reunirse con la familia a la hora de las comidas. Por otra parte, consideran que la alimentación es importante; y el ayuno lo consideran como una cosa buena, una cosa que cada uno tiene con Dios (10,14).

Consideran esencial, por tanto, saber elegir bien el tipo de alimentación. Suelen ingerir alimentos más dulces y más grasos cuando rompen el ayuno (60,62).

D2 lo expresó así: *“Es muy importante la alimentación para nosotros en cualquier fiesta que celebremos y en el Ramadán es más importante porque sólo hacemos 2; es esencial saber elegir bien los alimentos; no podemos ni beber ni comer durante todo el día; además el momento de comer es cuando nos reunimos todos alrededor de la mesa”.*

C1C: Visión de la mujer entrevistada sobre el modo de actuación de una mujer embarazada durante el Ramadán

Alguna de las mujeres entrevistadas ha manifestado que ha crecido rodeada de familiares (su madre y sus tías) que lo han hecho pero ella no lo ha podido hacer (13,20); manifiestan que las mujeres que ayunan suelen ser más sumisas y temen a los hombres y a sus maridos (12); cuando están inmersas en un ambiente islámico es más fácil hacer el Ramadán; al emigrar, por tanto, se pierde también cierta distancia cultural y hace que durante el embarazo les sea más fácil no ayunar y seguir las recomendaciones estándares del embarazo(34). En general, las mujeres ayunan porque saben que su embarazo va bien (43,91). Por otra parte, no ayunan por miedo a los efectos que puedan ocasionar sobre el embarazo y su bebé (15,20). En el embarazo tienen derecho a no hacerlo y no se puede forzar a nadie (92).

D3 verbaliza que: *“Es mejor durante el primer trimestre y el tercer trimestre no ayunar. A mí como este embarazo me ha pillado en el tercer trimestre, así que, mejor no”*

Entre las causas cada mujer se debe autovalorar si lo puede hacer o no; manifiestan que durante el embarazo es muy importante que el bebé esté bien y que también lo puede hacer después cuando haya pasado el parto y la lactancia (20,93)

D1 afirma que *“El ayuno es una costumbre de nuestros abuelos, y más lejos de nuestros antepasados. Nuestras madres todas han ayunado y ninguna se ha muerto. Yo, por ejemplo, si veo que tengo muchos vómitos, pienso que le va a pasar algo e intento comer cuando puedo”*

Suelen tener una visión más moderna de la religión(19,62); saben que el embarazo es una situación delicada (70) y que el Corán les exime de ayunar (93). Muchas de ellas reconocen que han crecido en una comunidad islámica que sus hijas no lo están viviendo tan profundamente como ellas lo han vivido (34).

CATEGORÍA 2: RELACIÓN TERAPÉUTICA ESTABLECIDA ENTRE MATRONA/MUJER MUSULMANA

C2A: Barreras identificadas

En la relación terapéutica existen diferentes barreras identificadas por las matronas. En primer lugar, hay barreras en el sistema sanitario porque se tiene un enfoque meramente biomédico y no diferencia los aspectos culturales ni ideológicos; además, no se asume que los grupos primarios de cuidado (el ámbito doméstico) tienen un papel incluso más importante que el propio modelo asistencial estandarizado(94). Hay que considerar también las barreras lingüísticas. Es uno de los primeros problemas que se presentan al llegar a un país receptor (95) y como nombra Comelles, no se basa sólo en la traducción literal de las palabras, ya que con sólo el discurso no se llega a una buena comprensión de la persona y de su situación de salud (96).

M3 afirma que: *“Hemos utilizado muchas veces los móviles para comunicarnos y el marido o la amiga hacía de traductor”*

Las barreras comunicativas son consideradas más importantes que las anteriores ya que engloban más aspectos. La comunicación hace que haya una reciprocidad entre las dos personas. En esta correspondencia mutua entre mujer/matrona se comparten testimonio, reconocimiento, emoción y presencia más

que intercambiar informaciones sobre un proceso (97). En cuanto a las barreras ideológicas, hay ciertos conflictos que aparecen entre la persona foránea y la comunidad receptora; entre la primera generación de inmigrantes y la segunda (los hijos de los inmigrantes); entre la comunidad cultural de origen y la que se ha originado en el territorio de admisión (98); y, además, a éstos se unen la falta de interrelación entre los diferentes grupos culturales. Por tanto, no hay una relación dinámica e igualitaria entre las diferentes comunidades culturales dentro de una sociedad o, por lo menos, el primer paso para reconocer una sociedad multicultural (99). Son reconocidas también las barreras económicas: dificultad en encontrar trabajo, condiciones precarias laborales y esto va a repercutir en los problemas sociales que tienen; no obstante, una vez superados éstos, quedan los problemas culturales que son aún más difíciles de solventarse (96). También hay ciertas barreras sociales ya que los contextos entre la mujer y la matrona son diferentes. Las matronas no entienden cierto grado de hacinamiento o de sumisión al marido; puede considerarse como una “patología somática o una somatización de los problemas sociales” como nombra Comelles (96) o puede ser que desde nuestra perspectiva sea algo extraño, no obstante, dentro de la cultura islámica puede que sea una característica que a las mujeres no les perjudica y ellas no lo viven de manera negativa (100,101).

M1 comenta en relación a las barreras socioeconómicas que *“yo he visto a alguna mujer poner trapos viejos como pañal a su bebé, cosa que ninguna mujer he visto (...); el problema de hacinamiento lo observo porque cuando una mujer está sangrando en su casa, no puede utilizar el aseo que usan los otros y eso revierte en que se le infectan los puntos”*

Las barreras religiosas también son comentadas; no obstante, dentro de una misma religión o cultura hay tanta heterogeneidad que si dejásemos alguna característica por nombrar, el grupo nunca llegaría a ser del todo homogéneo (96). Por último, en cuanto a las barreras culturales se pueden nombrar muchas, ya que existe un choque cultural nombrado por las entrevistadas; por ejemplo, el embarazo y las diversas vivencias que se presentan en las mujeres hace que se creen situaciones de falta de entendimiento entre gestante y matrona como en el caso del ayuno en el Ramadán (96,102).

C2B: Opinión y respuesta de la mujer al consejo de la matrona

Algunas mujeres opinan que las matronas no pueden dar muchos consejos no conocen su cultura y, por ello, deberían preguntar previamente para que hubiera un entendimiento. El embarazo y sus significaciones van más allá de la perspectiva biologicista, tiene una dimensión soteriológica (45). En la misma línea, el ayuno es una tradición realizada durante muchos siglos y no ha pasado nada es, por ello, como subraya Menéndez, esta tradición cultural convertida en padecimiento por la biomedicina, es un ejemplo típico de cómo el modelo occidental convierte el Ramadán en algo negativo para las gestantes(94). También los medios de comunicación ejercen cierta manipulación sobre las personas y algunas mujeres como D2 manifiestan que *“en la tele a veces se dicen cosas de nuestra religión que no son del todo verdad y las personas creen eso”* como ha pasado en ciertos debates presentados en la prensa como el velo o el tema del ayuno (38,96). Ellas piensan que se debe respetar a cada persona y a la religión que profesa (69).

D1 manifestó que *“las matronas durante los embarazos me han aconsejado y me han apoyado, los consejos que me han dado a mi o a otra mujer veo que están bien; le cuento las cosas que me pasan y ella me dice se puede hacer esto o esto; pero estas cosas hay que hablarlas con tranquilidad, sin atacar (...) pregúntame a mi directamente, ¿tu cómo se sientes?”*

Una de las respuestas más comunes que las mujeres destacan ante la pregunta de si realizan el ayuno es la evasiva o la mentira. Ellas mienten a los sanitarios para que no se escandalicen ni les increpen; mienten a sus amigas para guardar las apariencias; en la misma línea, temen a los hombres porque muchos de ellos presuponen que están ayunando. Se observa, por tanto, quién tiene el poder y qué actitud tienen las mujeres frente a los hombres(71,103).

C2C: Percepción de la matrona del seguimiento del consejo

Las matronas sobreentienden que las mujeres no han seguido su consejo; y suponen que las embarazadas magrebíes han sido aconsejadas por su entorno familiar o más cercano para prepararse y vivir el mes del Ramadán desde su precepto religioso; por ello, las profesionales respetan la decisión, pensando que están ayunando; no obstante, cada mujer tiene unas características individuales que la llevarán a ayunar o no según sus circunstancias, es decir, existe una identidad individual propia de cada mujer magrebí (104). Por otro lado, en cuanto a las consultas del control del embarazo, se siguen las visitas según el protocolo estándar y en el transcurso de dichas visitas se

les puede preguntar si han ayunado o no; pero, en muchas ocasiones, si no se tiene que ver a esta mujer, según el seguimiento normativizado, no podemos conocer si ha ayunado o no (55). Montes citando a otros autores, lo nombra como *poder de normativización* ya que el embarazo debe seguir un orden social y médico establecido para controlar que el bebé que nacerá sea un bien para la sociedad (71).

M1 manifiesta que *“no consultan algunos problemas, por ejemplo, los de lactancia, se quedan en su gueto y no se abren a nosotras, a pesar de que se les da la opción de venir, preguntar, etc.”*

C2D: Consecuencias psicológicas de la imposibilidad de no poder hacer el ayuno durante el embarazo

Las respuestas dadas por las mujeres han sido diversas: desde unas que no les afecta si no ayunan a otras que han respondido que cada cual decide según sus circunstancias, según Martínez, es el proceso convertido en relato biográfico de cada mujer gestante magrebí(105). Hay algunas que han respondido que, a pesar de todo se sienten tristes. Otras han opinado:

Para D4 *“el Ramadán significa limpieza del alma, pero es un embarazo muy deseado y estoy contenta por el embarazo y el futuro bebé”*

D2 expresa: *“disfruto mucho haciendo el ayuno, pero si no se puede hacer por algo, por ejemplo, el embarazo; si hacerlo no haga que me sienta mal o arrepentida después”*

D4 ha dicho también que: *“el embarazo es una ilusión y estoy en otra etapa de mi vida, en este es quizás cuando más tiempo lo que podido hacer (29 semanas)”*

El sentimiento de tristeza les llega porque no pueden hacer las mismas rutinas que sus maridos, pero lo compensa en las cenas, comiendo juntos al romper el ayuno. No se sienten deprimidas porque están en otro momento. Expresan que si no lo hacen es una deuda consigo misma y con Dios; lo pueden devolver en un año; además están contentas porque a pesar de que no ayunan es un momento de celebración familiar. Alguna ha expresado que entiende que están en otro momento de su vida y en años futuros lo harán en mejores condiciones.

CATEGORÍA 3: CONOCIMIENTOS DE LA MATRONA SOBRE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, VISIÓN Y SABERES SOBRE LAS MUJERES MUSULMANAS DURANTE EL RAMADÁN; MÉTODOS DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO UTILIZADOS

C3A: Visión de la matrona y de la sociedad sobre la cultura musulmana

Los profesionales manifiestan que los musulmanes suelen ser muy desconfiados(58) porque les resulta todo extraño y diferente. En general, suelen ser muy tradicionales (15); y tienen un gran desconocimiento de nuestro sistema sanitario. Las matronas entrevistadas afirman que existe una gran tasa de analfabetismo o un nivel cultural bajo entre ellos; y las mujeres están muy subordinadas a sus maridos, o a la situación en la que viven: cargas familiares, etc.; por ello, no están integradas plenamente en la sociedad receptora (8). Tienen muy arraigadas las costumbres y, de ese modo, suelen seguir el consejo familiar (106);

Así lo explica M2: “tienen las costumbres muy arraigadas, suelen seguir el asesoramiento de los familiares”

Los sanitarios piensan que la causa de no ayunar podría ser una imposición del marido, por tanto, hay una falta de criterio y decisión de la mujer (107). En cuanto a las relaciones terapéuticas establecidas en el entorno de la atención sanitaria, manifiestan que existe un choque cultural, por las diferencias de visión de la mujer y del profesional y, además, hay poco entendimiento entre los dos (25)En la misma línea, si existe buena comunicación y entendimiento, la mujer suele estar en otra fase de la integración(108); como no hay en buen entendimiento los consejos no les llegan (12). Los profesionales sanitarios, en general, actúan con rechazo y ciertos rasgos xenofóbicos; existe una falta de atención a la diversidad por desconocimiento de las tradiciones y, en los hospitales no suele dietas culturalmente apropiadas para ellos; tienen, en general, esperanza de que se europeíen en futuras generaciones y cierta reticencia de sus costumbres desde la base científica; existe falta de empatía hacia ellos y poseen escasos conocimientos sobre la cultura islámica y sobre los cuidados culturales (27,44,75).

C3B: Conocimientos sobre nutrición y dietética

Las matronas entrevistadas expresan que tienen pocos conocimientos sobre nutrición y dietética (22,55); aunque le dan mucha importancia y refieren que cada día está más en boga por varias razones: es importante para la concepción, para llevar un embarazo saludable, para el bienestar de la embarazada(50,51,52).

En cuanto a los métodos de valoración utilizados por las matronas son:

Anamnesis	Valoración de la ingesta de alimentos Cómo se han sentido durante el mes del Ramadán
Valoración general	Si han tenido vómitos Si presentan/han presentado mal estado general
Observación	Pérdida de peso acusada
Valoración del IMC	Valorar peso y talla en primera consulta Clasificación según el IMC Seguimiento de la ganancia ponderal

Tabla 18. Métodos de valoración utilizados por las matronas para evaluar un ayuno adecuado en la mujer. Elaboración propia

La mayoría de mujeres suelen presentar sobrepeso y en el Ramadán ganan poco peso o no ganan, con lo que se estabilizan. También lo pueden observar a través de los resultados de la analítica sanguínea, pero sólo la piden si se tiene que realizar por protocolo(23,48,54-56). En cuanto al seguimiento:

M4 comenta que “primero se hace una valoración general, después en las siguientes consultas se van perfilando los consejos según las necesidades individuales”

C3C: Acciones propuestas para solucionar las barreras existentes

Hay diversas acciones que las matronas han manifestado que pueden mejorar la atención multicultural. Es muy importante elaborar protocolos y guías de trabajo unificadas donde las diferencias multiculturales se contemplen para poder ofrecer una atención más acorde a lo que se está viviendo en la actualidad (12,33); las dietas variadas culturalmente deben ser una realidad en todos los hospitales(6). Tener un acceso fácil a mediadores desde organismos públicos: CEAR (ONG), ayuntamientos

(25); para entender la cultura hay que empezar poco a poco y evitar miradas xenofóbicas y peyorativas (26,72) ser respetuosos (11); acceso y uso de diferentes tecnologías para poder entablar conversación evitando las dificultades idiomáticas, además, la pandemia por el covid-19 ha empeorado la situación de comunicación entre mujer-profesional (109-111); existe una dificultad de acceso de estas mujeres porque suelen abrirse sólo a sus iguales (12).

M1 lo explica: *“en este momento de pandemia, las consultas son individuales y nos vemos obligados a pasar a otra persona, a incumplir el protocolo por la dificultad idiomática”*

C3D: Tipos de estrategias que utiliza la matrona para aconsejar sobre embarazo y Ramadán

Los consejos utilizados por las matronas son desde la nutrición(112,113) o desde la evidencia científica: ya que una embarazada de bajo riesgo puede hacer el ayuno sin problemas (24); y también, desde la propia fisiología del embarazo: conservación del feto, primer trimestre con náuseas y vómitos (evitar ayunar). Además, muchas de ellas proponen que se debe razonar la causa porque es mejor no hacer ayuno(16,17,114). En particular, los consejos suelen ser: buena hidratación, si notan algún síntoma de debilidad o mareo que coman o beban (17); ejercicio físico, descanso frecuente durante el día; por la noche alimentación adecuada con HC y proteínas; mantenimiento de suplementos nutricionales; preguntar a la matrona ante cualquier duda (61); hablarles con mucha confianza; como si estuvieran hablando como una conversación de “tú a tú”; no utilizar las explicaciones como algo impositivo (28). Del mismo modo, deberán dejar el ayuno unos días previos a la prueba de sobrecarga de glucemia (115,116).

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En primer lugar, una de las limitaciones más importantes en este trabajo de investigación es que las matronas entrevistadas sigan un mismo protocolo de embarazo y que, como consecuencia de ello, no contemplen la diversidad cultural en la atención a la mujer embarazada.

Otra de las limitaciones en este trabajo es el factor estacional ya que pudieran observarse otras formas de actuación en cuanto al ayuno y diferentes consecuencias

psicológicas en las mujeres en otras épocas del año. En este estudio, los tres años escogidos corresponden a épocas de más elevada temperatura, tal vez en otras épocas del año más frías se observen otros tipos de respuestas distintas a las resultantes en este trabajo de investigación.

En cuanto a las mujeres a estudio puede que haya ciertos sesgos de selección al elegirse las más accesibles o las que no presenten barreras idiomáticas. Esto puede condicionar los sujetos elegidos y, por tanto, las respuestas dadas y, como consecuencia, esto haya podido modificar los resultados del estudio.

10. CONCLUSIONES

En esta investigación se han tratado de conocer los valores y vivencias de las mujeres musulmanas embarazadas durante el Ramadán; los conocimientos sobre nutrición y dietética de la matrona y los métodos de valoración que se utilizan en la consulta; y también, averiguar las barreras existentes en la relación terapéutica mujer magrebí/matrona. Por ello, se ha respondido a la pregunta de investigación planteada.

Analizando cada objetivo, se ha podido conocer que las mujeres embarazadas musulmanas durante el Ramadán prefieren mantener el bienestar de su embarazo a seguir los preceptos de su religión, y conocen que están en su derecho; aunque en el estudio se ha visto que a las matronas les llega la información contraria. Además, expresan que cada mujer debe conocerse a sí misma para saber si puede llevar a cabo el ayuno en buenas condiciones. Por otro lado, se dejan aconsejar por las matronas, pero saben que existe mucha falta de entendimiento cultural; las mujeres exponen que es mejor que se les pregunte cómo están viviendo personalmente el ayuno. Por último, en cuanto a las consecuencias psicológicas, expresan que están felices por su embarazo pero un poco tristes porque no pueden vivir el Ramadán plenamente en familia.

En cuanto a las matronas expresan que tienen unos conocimientos muy limitados en nutrición y más limitados aún, si se habla de la alimentación multicultural. No obstante, para evaluar a las mujeres se basan en los protocolos estándares de seguimiento de embarazo, la propia evidencia científica y los conocimientos sobre

fisiología de embarazo. En general, la valoración no difiere a la que se realiza a las otras gestantes y, más aún, en cada embarazada se valora si tiene unas necesidades individuales. En cuanto a las barreras, se han enumerado muchas que afectan a la relación terapéutica entre mujer magrebí y matrona.

En cuanto a las propuestas de futuro, incluir en los temarios, en todos los niveles formativos y de manera transversal, las competencias en diversidad cultural. En el sector sanitario, introducir la valoración cultural en todas las vías clínicas y protocolos de manera general; en el caso de las embarazadas considerar el aspecto sociocultural de la mujer en protocolos, sesiones clínicas o programas que se lleven a cabo. En la misma línea, en los centros sanitarios, crear grupos multidisciplinares que trabajen para que cualquier tipo de paciente viva su experiencia de hospitalización o de enfermedad sin que las barreras socioculturales sean un impedimento; además, establecer que en los comités del paciente exista un grupo de personas representativas de las culturas convivientes en esa región o zona.

En Enfermería, especialmente, iniciar y fortalecer las competencias culturales de los estudiantes incluyéndolas como objetivos principales en todas y cada una de las asignaturas. En la misma línea, trabajar los modelos culturales de Enfermería: Purnell, Camphina-Bacote, Papadopolus, etc tanto en los aprendizajes en el aula como en las prácticas hospitalarias. En la práctica asistencial, en las sesiones de enfermería de equipo incorporar la perspectiva cultural en cada paciente en la valoración, diagnóstico, planificación de cuidados y en la evaluación.

11. CRONOGRAMA

		Sep	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Ab	May	Jun
Introducción al tema	<i>Revisión bibliográfica</i>										
	<i>Elaboración marco teórico</i>										
	<i>Elaboración objetivos-pregunta de</i>										

	<i>investigación</i>										
Trabajo de campo	<i>Realización de las entrevistas</i>										
	<i>Realización de los grupos focales</i>										
	<i>Preparación del relato autobiográfico con la mujer</i>										
	<i>Seguimiento de la mujer que está haciendo el relato</i>										
	<i>Transcripción de la información</i>										
Análisis de resultados	<i>Análisis de datos</i>										
	<i>Redacción de resultados y tesina</i>										
	<i>Presentación y difusión del estudio</i>										

Tabla 19. Cronograma. Elaboración propia.

12. PRESUPUESTO

RECURSO	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
Material oficina: folios, carpetas	4 paquetes 4 carpetas	5 5	40
Tinta impresora	2	30	60
Grabadoras	2	50	100
Trasporte gasolina	9 meses para 2 investigadores	20	360
Programa informático	ATLAS-TI (para dos ordenadores); licencia para 2 años	75	150

Teléfono	Paquete Office 365 versión Hogar (para 6 usuarios)	100	100
	2 líneas durante 9 meses	20	360
TOTAL			1.170€

Tabla 20. *Presupuesto.* Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cortes Generales. Constitución Española. Vol. 10, Boletín Oficial Español. 1978. p. 1–40.
2. ONU. Declaración Universal DD.HH. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. 1948.
3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la C y la C. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Conferencia General de las Naciones Unidas. 2005.
4. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010;
5. Instituto Nacional de Estadística. INE [Internet]. 2019. [cited 2021 Jan 2]. p. 1. Available from:
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177000&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
6. Consejo Económico y Social de España. La Inmigración en España : efectos y oportunidades. Social CE y, editor. Madrid; 2019. 1–247 p.
7. Expansión. datosmacros.com [Internet]. 2021. [cited 2021 Jan 2]. p. 1. Available from:
<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/marruecos#:~:text=Marruecos tiene%2C según publica la,de la población de Marruecos.&text=La emigración masculina es superior,%2C que son el 47.48%25.>
8. Ulloa M. Entre el magreb y España. ACSUR LS, editor. 2004. 110 p.
9. González Buendía RM. Los proyectos migratorios de las mujeres. Un estudio multifactorial. Universitat de les Illes Balears; 2016.
10. Vidal Ibáñez, Mercé; Ngo de la Cruz J. Recomanacions per al consell alimentari en un entorn de diversitat cultural [Internet]. 1st ed. Direcció General de Planificació i Avaluació, editor. Barcelona; 2007. 1–51 p. Available from:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/marc_de_treball/documents/plamatinf.pdf
11. Bescana Hernández, Carolina; Jerez Novara A. Opiniones y actitudes de los españoles ante la dimensión cotidiana de la religiosidad y su gestión pública. 1st ed. España O del pluralismo religioso en, editor. Madrid; 2012. 64 p.
12. García Galan R, González Roja E BCM et al. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2007.

13. Hassan SM, Leavey C, Rooney JS. Exploring English speaking Muslim women's first-time maternity experiences: A qualitative longitudinal interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019.
14. Observatorio del Pluralismo religioso en España. Guía de apoyo para la gestión de las festividades, celebraciones y conmemoraciones de las confesiones religiosas minoritarias en los espacios públicos [Internet]. Ministerio de Sanidad I y política social; S de S de C la MFP y, editor. Madrid; 2018. 1–52 p. Available from: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
15. Masood SN, Saeed S, Lakho N, Masood Y, Ahmedani MY, Shera AS. Pre-Ramadan health seeking behavior, fasting trends, eating pattern and sleep cycle in pregnant women at a tertiary care institution of Pakistan. *Pakistan J Med Sci*. 2018;
16. Grupo de trabajo de la GPC. Guía de práctica clínica en embarazo y puerperio. Primera. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, editor. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2014. 1–490 p.
17. Sanchez A. Guía de alimentación para embarazadas. *Medica Diet*. 2015;
18. Daley A, Pallan M, Clifford S, Jolly K, Bryant M, Adab P, et al. Are babies conceived during Ramadan born smaller and sooner than babies conceived at other times of the year? A Born in Bradford Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(7):722–8.
19. Petherick ES, Tuffnell D, Wright J. Experiences and outcomes of maternal Ramadan fasting during pregnancy: Results from a sub-cohort of the Born in Bradford birth cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;
20. Firouzbakht M, Kiapour A, Jamali B, Kazeminavaei F, Taghlilin F, Gorji AM. Fasting in pregnancy: A survey of beliefs and manners of Muslim women about Ramadan fasting. *Ann Trop Med Public Heal*. 2013;
21. Larry Purnell. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):193–6.
22. Consejería de Sanidad; Gobierno de Cantabria. Protocolo de atención al embarazo y puerperio [Internet]. 1ª. Consejería de Salud de Cantabria, editor. 2017. 1–126 p. Available from: <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO ATENCION EMBARAZO Y PUERPERIO 2017.Final 29.1.18.pdf>
23. Aceituno, I. Aguayo, J. Arribas, L. Caño, A. Corona, I. Martín, J. Mora M. Protocolo de embarazo y parto. Consejería Andaluza de Salud, editor. Sevilla; 2014. 76 p.
24. Departament de Salut; Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment del embaràs a Catalunya [Internet]. 3rd ed. Departament de Salut, editor. Barcelona; 2018. 1–371 p. Available from: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>

25. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable Equip d'investigació (Servei d'Estudis i Perspectives en Polítiques de Salut – CHC). General Catalunya Dep Salut. 2007;58.
26. Rubio Martín S, Rubio Martín S. Diversidad cultural en salud , competencia de la Enfermería transcultural. *Enfermería en Cardiol.* 2020;27(80):6–10.
27. Plaza del Pino F, Veiga del Pino M. Visión de los pacientes musulmanes de la competencia en comunicación intercultural de los profesionales de enfermería que los cuidan: el proyecto. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades.* 2011;15(31):93–8.
28. Gil Estevan MD, Solano Ruíz M del C. Application of the cultural competence model in the experience of care in nursing professionals Primary Care. *Aten Primaria* [Internet]. 2017;49(9):549–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.013>
29. Entre fronteras. Entre fronteras [Internet]. 2021. [cited 2021 Jan 1]. p. 1. Available from: <https://entrefronteras.com/que-es-el-magreb/>
30. Gülen F. ¿El Corán alude a los desarrollos científicos? [Internet]. 2006 [cited 2021 Jan 2]. p. 1. Available from: <http://fgulen.com/es/sus-obras/fundamentos-de-la-fe-islamica/el-sagrado-coran/fethullah-gulen-iel-coran-alude-a-los-desarrollos-cientificos>
31. Maldonado García MI. Fundamentos de la Fe Islámica. *Eurasian J Humanit.* 2016;1(2):1–5.
32. Pallarés Bossa J. El derecho internacional desde la perspectiva del Islam (I). *Rev Jurídica Mario Alario D'Filippo.* 2011;(I):94–104.
33. Observatorio del Pluralismo Religioso en España. Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios. Sanidad M de, editor. Madrid; 2011. 1–65 p.
34. Fernández AL, Mgueraman Jilali R, Rojas Mata M. Enfermería sin fronteras: “Enfermería y el paciente musulmán.” *Enfermería Docente* [Internet]. 2011;16–21. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-094-05.pdf>
35. Busquets, Josep Maria; Fons, Clara; Masallé, Anna; Padrós J. Guia per al respecte a la diversitat de creences als centres sanitaris de Catalunya [Internet]. Departament de Governació i Relacions Institucionals; Generalitat de Catalunya, editor. Barcelona; 2015. 1–190 p. Available from: http://governacio.gencat.cat/web/.content/afers_religiosos/documents/Guia_Creences_Centres_Sanitaris.pdf
36. Fundación Pluralismo y Convivencia. Observatorio del Pluralismo Religioso [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 3]. Available from:

<http://www.observatorioreligion.es/diccionario-confesiones-religiosas/estructuras-institucionales/musulmanes.html>

37. Meneses R. ¿Cuál es el significado y el origen del “hiyab”? El Mundo [Internet]. 2010 Apr 22;1. Available from: <https://www.elmundo.es/elmundo/2010/04/21/madrid/1271853528.html>
38. García Vázquez S. El derecho a la libertad religiosa y el uso del velo islámico. Marco constitucional, normativo y jurisprudencial. In: AFDUC 17. 2013. p. 371–408.
39. RAE. Imam [Internet]. 2021. Available from: <https://dle.rae.es/imán>
40. RAE. Mezquita [Internet]. 2021. p. 1. Available from: <https://dle.rae.es/mezquita>
41. Office for Dawah in Rawdah C. Islamreligion.com. 8-abril-2013 [Internet]. 2021;3. Available from: <https://www.islamreligion.com/es/articles/2748/que-es-una-mezquita/>
42. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 4/2000 [Internet]. España; 2000 p. 1–50. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/11/4/con>
43. Awwad J, Usta IM, Succar J, Musallam KM, Ghazeeri G, Nassar AH. The effect of maternal fasting during Ramadan on preterm delivery: a prospective cohort study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2012;
44. Plaza del Pino FJ, Soriano E, Higginbottom GMA. Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. BMC Nurs. 2013;12(1):1–8.
45. Good BJ. Cómo construye la medicina sus objetos. In: Bellaterra, editor. Medicina, racionalidad y experiencia Una perspectiva antropológica. Barcelona; 2003. p. 129–68.
46. El ojo digital. El ojo digital [Internet]. 2004-2021. 2021. Available from: <http://www.elojodigital.com/contenido/17973-una-nueva-secularizaci-n-est-emergiendo-en-el-islam>
47. Hernández Ruiz. A, Valero Gaspar. T, Soto-Méndez. MJ, Cancelo Hidalgo. MJ, Varela Moreiras. G, Gil Hernández. A. La leche como vehículo de salud para la población Situaciones fisiológicas especiales: mujer gestante. La leche como vehículo salud para la población [Internet]. 2018;1–36. Available from: [http://www.fen.org.es/storage/app/media/PUBLICACIONES 2017/libro-la-leche-como-vehiculo-de-salud-2018-version-online.pdf](http://www.fen.org.es/storage/app/media/PUBLICACIONES%202017/libro-la-leche-como-vehiculo-de-salud-2018-version-online.pdf)
48. Khalil A, Akolekar R, Syngelaki A, Elkhoul M, Nicolaides KH. Maternal hemodynamics at 11-13 weeks' gestation and risk of pre-eclampsia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2012;
49. Vila Candel R, Sanchis Valero S, Mateu Ciscar C, Bellvis Vázquez E, Planells López

- E, Martínez Ballester A, et al. ¿Cuál es el mejor indicador antropométrico para el control del embarazo? *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2016;36(3):87–96.
50. Moreno Villares JM. Los 1000 primeros días de vida y la prevención de la enfermedad en el adulto. *Nutr Hosp.* 2016;33:8–11.
 51. Santana J da M, Queiroz VA de O, Brito SM, Dossantos DB, Assis AMO. Food consumption patterns during pregnancy: a longitudinal study in a region of the North East of Brazil. *Nutr Hosp Organo Of la Soc española Nutr Parenter y Enter.* 2015;
 52. Sheyla Costa de Oliveira, Ana Fátima Carvalho Fernandes, Miria Lavinias Santos, Eliane maria Ribeiro de Vasconcelos MV de OL. Educational interventions for a healthy diet promotion during de pregnancy. 2018;12(4).
 53. Parveen R, Khakwani M, Latif M, Tareen AU. Maternal and perinatal outcome after Ramadan fasting. *Pakistan J Med Sci.* 2020;36(5):894–8.
 54. Abolaban H, Al-Moujahed A. Muslim patients in Ramadan: a review for primary care physicians. *Avicenna J Med.* 2017;
 55. Conselleria de Sanitat. Control Básico del Embarazo en la Comunidad Valenciana. Manual para Profesionales Sanitarios. 2002.
 56. Baynouna Al Ketbi LM, Niglekerke NJD, Zein Al Deen SM, Mirghani H. Diet restriction in Ramadan and the effect of fasting on glucose levels in pregnancy. *BMC Res Notes.* 2014;
 57. Engin-Ustun Y, Caglayan EK, Kara M, Gocmen AY, Polat MF, Aktulay A. The effect of Ramadan fasting on sirtuin and visfatin levels. *Interv Med Appl Sci.* 2016;
 58. Lou A, Hammoud M. Muslim patients' expectations and attitudes about Ramadan fasting during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 2016;132(3):321–4.
 59. Savitri AI, Painter RC, Lindeboom M, Roseboom TJ, Van Ewijk RJG. Ramadan exposure and birth outcomes: a population-based study from the Netherlands. *J Dev Orig Health Dis.* 2020;
 60. Khalife T, Pettit JM, Weiss BD. Caring for Muslim patients who fast during Ramadan. *American Family Physician.* 2015.
 61. Conde-Puertas E, Hernández-Herrerías I, Fajardo-Hervás B. ¿Es perjudicial el ayuno del Ramadán durante el embarazo? *Matronas Profesión [Internet].* 2015;16(4):9–14. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibl-ayuno-ramadan.pdf>
 62. Leimer B, Pradella F, Fruth A, Queißer A, Van Ewijk R. Ramadan Observance during Pregnancy in Germany: a challenge for prenatal care. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2018;
 63. Karateke A, Kaplanoglu M, Avci F, Kurt RK, Baloglu A. The effect of ramadan fasting on fetal development. *Pakistan J Med Sci.* 2015;

64. Sarafranz N, Abbaszadeh F, Bagheri A, Atrian MK. The effect of Ramadan fasting on neonatal weight in different trimesters of pregnancy. *Heal Spiritual Med Ethics*. 2015;2(3):16–21.
65. Gul Z, Rajar S, Shaikh ZF, Shafique K, Hossain N. Perinatal outcome among fasting and non fasting mothers during the month of Ramadan. *Pakistan J Med Sci*. 2018;
66. Safari K, Piro TJ, Ahmad HM. Perspectives and pregnancy outcomes of maternal Ramadan fasting in the second trimester of pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;
67. Glazier JD, Hayes DJL, Hussain S, D’Souza SW, Whitcombe J, Heazell AEP, et al. The effect of Ramadan fasting during pregnancy on perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;
68. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med Part B Med Anthropol*. 1978;
69. Ulloa Sabogal IM, Muñoz de Rodríguez L. Care from the cultural perspective in women with physiological pregnancy: a meta-ethnography. *Investig y Educ en Enferm*. 2019;
70. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control Prenatal del embarazo normal Protocolo actualizado en Mayo de 2017. 2017;1–26.
71. Montes Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). 2007.
72. Castrillón Chamadoira E. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cult los Cuid*. 2015;
73. Reina L. Competencia cultural y compasiva en enfermería : de regreso a la esencia del cuidado. *Rev Enfermería comunitaria [Internet]*. 2018;14:14–6. Available from: <http://ciberindex.com/p/ec/e12090>
74. Sánchez-Ojeda MA, Segura-Robles A, Gallardo-Vigil MÁ, Alemany-Arrebola I. Enfermería Transcultural. Formación de los futuros profesionales de Enfermería en España. *Index de Enfermería*. 2018;
75. Plaza del Pino FJ. Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el Sur de España. *Enfermería Glob*. 2012;11(27):87–96.
76. Marrero González MC. Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales. *ene Rev enfermería*. 2013;
77. Vilà Baños R. La competencia comunicativa intercultural en alumnos de Enseñanza Secundaria de Catalunya. SL&I en red *Rev electrónica Investig y didáctica*. 2010;
78. Lipson J. Temas culturales en el cuidado de enfermería. *Investig y Educ en*

enfermería. 2002;

79. Andrews M, Backstrand JR, Boyle JS, Campinha-Bacote J, Davidhizar RE, Doutrich D, et al. Chapter 3: Theoretical Basis for Transcultural Care. *J Transcult Nurs.* 2010;21(4 SUPPL.).
80. Anderson NLR, Boyle JS, Davidhizar RE, Giger J, McFarland MR, Papadopoulos I, et al. Chapter 7: Cultural Health Assessment. *J Transcult Nurs.* 2010;21(4 SUPPL.).
81. Díaz Ulloa OS. Formación en competencias para la comprensión cultural en el cuidado de enfermería. *Rev Colomb Enfermería.* 2015;
82. Castro ABS. Nuevos retos de la investigación enfermera. *NURE Investig.* 2014;
83. Lenise Do Prado; Quelopana Del Valle; Compean Ortiz y RG. El diseño en la investigación cualitativa. *Serie PALTEX Salud y Sociedad* 2000 N° 9. 2008. 88 p.
84. Icart Isern MT, Pulpón Segura AM, Garrido Aguilar EM, Delgado-Hito P. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. *Metodología.* 2012;
85. Denzin NK, Denzin NK. Strategies of Multiple Triangulation. In: *The Research Act.* 2018.
86. Cooper DB. Intervention in Mental Health-Substance Use. *Intervention in Mental Health-Substance Use.* 2016.
87. Stotland NE, Gilbert P, Bogetz A, Harper CC, Abrams B, Gerbert B. Preventing excessive weight gain in pregnancy: How do prenatal care providers approach counseling? *J Women's Heal.* 2010;
88. Haq H, Khan RA, Yasmin R. Healthcare needs of the Muslim patient community in the undergraduate medical curriculum – Are we there? *Pakistan J Med Sci.* 2019;
89. Pujadas JJ. El método biográfico y los géneros de la memoria. *Rev Antropol Soc.* 2000;
90. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. *Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* 2012.
91. Mubeen SM, Mansoor S, Hussain A, Qadir S. Perceptions and practices of fasting in Ramadan during pregnancy in Pakistan. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;
92. Van Ewijk R. Long-term health effects on the next generation of Ramadan fasting during pregnancy. *J Health Econ.* 2011;
93. Cortés J. El Sagrado Corán [Internet]. 2005. 186 p. Available from: www.islamelsalvador.com

94. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet*. 2003;
95. García Soto R. Las explicaciones antropológicas emic/etic para comprender la confrontación en investigación y escuela en el tratamiento de la diversidad cultural (segregación versus integración). *Gaz Antropol*. 2018;34(1).
96. Esteban ML. Introducción a la antropología de la salud. 1st ed. Introducción a la antropología de la Salud. 2007. 247 p.
97. Kleinman A. From Illness as Culture to Caregiving as Moral Experience. *N Engl J Med*. 2013;368(15):1376–7.
98. Park RE. Sociología, comunidad y sociedad*. 2013;195–212.
99. UNESCO. Directrices de la Unesco sobre la educación intercultural. 1st ed. Sector de Educación, editor. Vol. 15. París; 2008. 7–46 p.
100. Mead M (1935). Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas (1935). *Sexo e Temperamento*. 1973.
101. Moore HL. Antropología y feminismo: historia de una relación. In: *Antropología y feminismo*. 2009.
102. Canals Sala J. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: Reciprocidades, identidades y dependencias. *Cuad Psiquiatr comunitaria* [Internet]. 2003;3(1):71–81. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=915925>
103. Bourdieu P. La dominación masculina. *Rev Estud género La Vent*. 1996;
104. López Rodríguez ME, Sanz Hernández A. Enculturación y educación como trayectorias divergentes en la construcción de la identidad de género en el patriarcado gitano. *RASE Rev la Asoc Sociol la Educ*. 2018;11(2):335.
105. Martínez Hernández Á. Símbolos, cuerpos y aflicciones. In: *Anthropos*, editor. *Antropología médica Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona; 2008. p. 82–122.
106. Pathy R, Mills KE, Gazeley S, Ridgley A, Kiran T. Health is a spiritual thing: Perspectives of health care professionals and female Somali and Bangladeshi women on the health impacts of fasting during Ramadan. *Ethn Heal*. 2011;16(1):43–56.
107. Zivotofsky AZ. Fetal Risks and Religious Obligations. *AJOB*. 2016;16(2):28–31.
108. Higginbottom GMA, Vallianatos H, Forgeron J, Gibbons D, Mamede F, Barolia R. Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: A pilot study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):1–13.
109. Spillane E. COVID-19 and the Impact it has on Communication in Maternity.

Midwifery Matters [Internet]. 2020;(165):8–11. Available from: <http://ezproxy.library.arizona.edu/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=143781915&site=ehost-live>

110. Adams C, Ridgway L, Hooker L. Maternal, child and family nursing in the time of COVID-19: the Victorian Maternal and Child Health Service experience. *Aust J Child Fam Heal Nurs*. 2020;17(1).
111. Booker M. Human rights and maternity care. *Br J Midwifery*. 2021;9(April 2020):2020–2.
112. Tortella-Feliu M, Vázquez C, Valiente C, Quero S, Soler J, Montorio I, et al. Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clin y Salud*. 2016;
113. Fernández-Gómez E, Luque-Vara T, Moya-Fernández PJ, López-Olivares M, Gallardo-Vigil MÁ, Enrique-Mirón C. Factors Influencing Dietary Patterns during Pregnancy in a Culturally Diverse Society. *Nutrients* [Internet]. 2020 Oct 23;12(11):3242. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/11/3242>
114. Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Guía de la alimentación saludable. Senc. 2004;
115. Hui E, Bravis V, Hassanein M, Hanif W, Malik R, Chowdhury TA, et al. Management of people with diabetes wanting to fast during Ramadan. *BMJ*. 2010;340(7761):1407–11.
116. Zainudin SB, Hussain AB. The current state of knowledge, perception and practice in diabetes management during fasting in Ramadan by healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. 2018;12(3):337–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.12.025>

ANEXOS

ANEXO I: RELACIÓN DE CENTROS DE SALUD CON MATRONA DEL DEPARTAMENTO DE LA FÉ

CENTRO DE SALUD	NÚMERO DE MATRONAS
<u>Área metropolitana de Valencia</u>	
Centro de salud de Campanar	3
Centro de salud Trinitat	3
Centro de salud Juan XXIII	2
Centro de salud Benicalap	2
Centro de salud Miquel Servet	2
Centro de salud Salvador Allende	2
<u>Núcleos urbanos</u>	
Centro de salud Massanassa	1
Centro de salud Catarroja	2
Centro de salud Albal	1
Centro de salud Alcásser	1
Centro de salud Silla	1
TOTAL matronas	20

ANEXO II: ASOCIACIONES MUSULMANAS

Centro Cultural Islámico de Valencia (página web: www.webcciv.org)

Asociación cultural apolítica sin ánimo de lucro que trata de estrechar los lazos entre musulmanes y el resto de la sociedad. Fue constituida en 1994. Su misión es ser un punto de referencia del islam moderado, democrático, tolerante y consecuente con la realidad europea. Sus puntos fuertes son, entre otros:

- el tener una mujer como presidenta (es el único en Europa)
- organizar congresos internacionales y
- realizar convenciones y encuentros culturales con diferentes organismos como la Universitat de València.
- trabajar para integrar a la comunidad islámica en la ciudad y su cultura.
- Trabajo colaborativo con otras asociaciones musulmanas y barrios de la ciudad como el de Orriols.

Contacto:

- Portavoz actual: Mariam Barouni
- a través del correo general info@webcciv.org
- correo área social: areasocialcciv@gmail.com
- dirección: calle Arquitecto Rodríguez nº 17, 19 y 21; C.P. 464019- Valencia

Visita de las instalaciones por parte de la investigadora y valorar el uso de éstas para la investigación.

Comunidad Islámica La Paz de Catarroja

Asociación religiosa y cultural situada en la población de Catarroja. Dedicada principalmente al rezo y reunión de sus fieles. Se contacta con este centro situado en la *calle Victoria Costa Mayo, número 14*, a través de Facebook y a través del/la representante.

ANEXO III: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A LAS MUJERES MAGREBÍES

DATOS ESTADÍSTICOS			
Edad		Lugar de nacimiento: zona rural/urbana	
Número de embarazos Número de hijos		Semanas de gestación	
Peso/talla → IMC pregestacional		Trabajo fuera de casa	si no
Embarazo de bajo riesgo	si no	Ayuno durante el Ramadán	si no
Ingreso hospitalario durante el embarazo	si no	Años viviendo fuera de Marruecos	
Año de embarazo		Miembros de casa (número) Marido (sí/no)	

Comunicación

- Cuál es tu Nombre completo/ ¿cómo deseas que te llamen?
- Lenguaje materno: ¿hablas otros idiomas? Qué otras lenguas hablas?
- Encuentras dificultades de comunicación de tus sentimientos, pensamientos en tu familia? Con los profesionales sanitarios? Amigos?
- Distancia social cuando habla con sus familiares; distancia social con los sanitarios
- *Nos debemos fijar en lenguaje no verbal*
- *Observar el patrón individual de discurso*
- *Observe la reacción cuando el contacto físico se produce se retira o esta tenso*
- *Observar si mantiene el contacto ocular*

Práctica de los cuidadores de salud

- Opinión sobre los profesionales sanitarios; opinión sobre tu matrona ; Diferencias de atención en relación a tu país.
- Diferencias de atención entre profesional mujer/hombre ; ¿quién te da más confianza, en general? O para ciertas cosas, ¿a quién buscarías? ¿Por qué personal te sientes mejor comprendida?
- ¿Te sientes comprendida/entendida con respecto al ayuno por los sanitarios? ¿Buscas otras vías para justificación/explicación del ayuno en ti misma para sentirte protegida, etc.? ¿En otras personas?; ¿quienes son?
- ¿Qué piensas sobre la atención sanitaria en nuestro país?
- Cualidades que piensas que debería tener una matrona ; por otro lado, en relación al ayuno, ¿cómo piensas que debería actuar dicha profesional?

Visión/herencia

- ¿Qué te trajo a nuestro país: trabajo, estudios, familia, etc.
- ¿Has vivido en otros países a parte de este y tu país?
- ¿Qué nivel de estudios tienes?

Organización familiar/roles

- ¿Quién toma las decisiones en tu familia? ¿Qué decisiones toman las mujeres? ¿Qué decisiones toman los hombres?
- Sobre el ayuno, ¿quién toma las decisiones: influencias dentro de la familia?
- ¿Cuáles son las obligaciones de las mujeres? ¿Y cuáles las de los hombres?
- ¿Cuáles son las prioridades de tu familia? ¿Te sientes identificada con éstas?
- ¿Cuáles son los roles de la persona de más edad de tu familia?
- Familia extensa: quien convive en la casa a parte de matrimonio e hijos.

Ecología/biocultural

- ¿Cuales son las enfermedades y dolencias más importantes en tu familia?
- Enfermedades genéticas en la familia
- ¿Cuales son los mayores problemas de salud en tu país?
- ¿Con que raza te identificas?

➤ *Observar dificultades o diversidades físicas o funcionales*

Comportamientos de riesgo/Actividad física

- ¿Fumas?
- ¿Bebes alcohol?
- Algún tipo de drogas
- ¿Realizas algún tipo de ejercicio físico?

Espiritualidad/prácticas religiosas

- ¿Te consideras profundamente religiosa?
- ¿Cuántas veces al día rezas?
- ¿Qué necesidades tienes y pides en tus oraciones?
- ¿Meditas?
- ¿Qué te da fuerza y significado en tu vida?
- ¿Que prácticas espirituales te ayudan a mejorar tu salud física y emocional?
- ¿Qué piensas tú, sobre cómo debe actuar una embarazada durante el Ramadán?
 - A través de experiencia propia
 - Experiencia mujeres cercanas
- ¿Cómo te has sentido después de no haber hecho Ramadán o parte de él?

Embarazo

- ¿Qué significado dais al embarazo tú y tu familia?
- ¿Tomas algún alimento especial cuando estás embarazada? ¿Cuál?
- ¿Haces alguna cosa diferente que no marca la religión o que no hayamos hablado en el embarazo si estás en el mes de ayuno?
- ¿Qué alimentos evitas durante el embarazo?
- ¿Qué actividades evitas?
- ¿Haces algo especial cuando estás embarazada? Cuidados especiales durante el embarazo
- ¿Tomas sustancias no nutritivas?

Nutrición

- ¿Cambias la dieta durante el Ramadán?
- Alimentos que mantienes porque consideras importantes; Alimentos que cambias.
- Comidas al día en tu vida habitual; Comidas al día durante el Ramadán
- ¿Puedes aguantar el ayuno? ¿Necesitas tomar un tentempié durante el ayuno? ¿Has podido hacerlo todos los días el ayuno? ¿lo ves dificultoso? ¿Por qué? ¿Observas riesgo para ti o para el bebé? Peligros que observas
- Significado cultural/religioso del ayuno
- Significado personal del Ramadán
- ¿Has recibido información de manera espontánea por parte de tu matrona sobre el Ramadán? ¿Ha intentado individualizar los cuidados nutricionales desde una perspectiva cultural o también, centrándolo en el ayuno durante el mes sagrado?
- ¿Has consultado a profesional sanitario antes del Ramadán? ¿Has consultado a tu matrona? ¿A quien más has consultado? Si NO ¿por qué no has preguntado?
- ¿La información ha sido suficiente para ti? ¿Te ha clarificado tus dudas? ¿O por el contrario ha sido muy escueta y/o muy generalizada?
- Si has consultado y te han dado consejo, siendo a favor o en contra del ayuno, ¿cómo has recibido dichos consejos? ¿Los has seguido, al final? ¿Ha hecho que modificara tu conducta? ¿Eran acordes con tus pensamientos y creencias? ¿Los veías coherentes y/o te podían ser útiles?

Prácticas del cuidado de la salud

- ¿Qué actividades preventivas realizas para mantener tu salud?
- ¿Quién en la familia tiene la responsabilidad de la salud de todos? ¿Te sientes responsable de tu propia salud? ¿O depositas dicha responsabilidad en otros? En Alah (por ejemplo).
- ¿Quién decide tu ayuno? (cada año) ¿Te ves presionada para realizar ayuno?
- ¿Utilizas tipo de medicación alternativa o homeoterapia en alguna dolencia?
- ¿Ves que los servicios sanitarios son accesibles a ti? ¿Consideras la atención sanitaria facilitadora a ti o a vuestra cultura en nuestro país?
- ¿Te sientes bien recibido cuando asistes a una visita médica? ¿Con la matrona? ¿Y cuándo informas de que estás embarazada y estás realizando el Ramadán?
- ¿Cómo te sientes/te has sentido embarazada durante el ayuno del Ramadán?

ANEXO IV: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MATRONAS

DATOS ESTADÍSTICOS

Edad

Años de profesión

Años trabajando en atención primaria

Barreras existentes en la relación terapéutica

• ¿Tienes prejuicios sobre la población musulmana? ¿Y sobre la mujer magrebí, en particular? ¿Tratas igual a todos los pacientes?

• ¿Cómo percibe las tradiciones y costumbres musulmanas?

• ¿Qué consideras que es el Ramadán para los musulmanes? Significado, tradiciones. ¿Has indagado sobre este tema?

• ¿Cuáles son los obstáculos que observa en la profesional (en usted) en cuanto a la atención de las mujeres musulmanas y el Ramadán? ¿Has observado obstáculos en otros profesionales? ¿Cuáles son los obstáculos que observa en la mujer? ¿En el contexto de la mujer? ¿En el sistema sanitario?

• ¿Consideras tus consejos desde un punto de vista nutricional, espiritual? ¿O desde que punto?

• Carencias observadas en el sistema sanitario en la atención de las mujeres musulmanas. Carencias que observa en usted de formación, de entendimiento, etc.

• ¿Qué Percepción tiene en la eficacia del asesoramiento? ¿Quién crees que asesora a la mujer sobre ayuno en el Ramadán?

• ¿Trata de este tema con la mujer? ¿Te ves capaz de iniciar el tema o por el contrario, piensas que puede dañar su sensibilidad?

Conocimiento sobre Nutrición y Dietética

- ¿Cómo valoraría sus conocimientos sobre N y D? ¿Considera importante el dar consejos sobre N y D?
- ¿Dónde ha aprendido los conocimientos sobre N y D? ¿Ha realizado formación continua sobre este tema? ¿Ha realizado formación específica sobre diversidad cultural y alimentación?
- ¿Cuál es su enfoque sobre N y D? ¿Qué importancia le da? ¿Cuál es su preparación sobre embarazo y ayuno en el Ramadán?
- Estrategias que le hayan ayudado a aconsejar y que se hayan visto resultados positivos en las mujeres durante el ayuno en el Ramadán? Estrategias que hayan hecho que las pautas nutricionales, en la mujer durante el Ramadán, hayan mejorado o por lo menos no hayan perjudicado a ella y al feto.
- ¿Considera importante el indagar sobre características individuales en cuanto a N y D según mujer, según su estado físico, según su etnia, etc? ¿o es mejor dar consejos de manera general? Es mejor realizarlo en primera consulta o después de valorar las características individuales, ver carencias sobre nutrición, otros factores...

Método de valoración utilizado

-
- ¿Consideras que hay q valorar cada mujer de manera individual? ¿Qué método de valoración usas para conocer si el ayuno tiene consecuencias positivas/negativas sobre la mujer?
- Si la mujer te dice que va a llevar a cabo el ayuno a pesar de todo, ¿cómo reaccionas?
- ¿Quién inicia la conversación sobre ayuno, tú o la mujer?
- ¿Método de valoración y seguimiento de la mujer durante el mes del Ramadán?

ANEXO V: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Sr/Sra. _____

Documento de identificación _____

EXPONGO:

Que he recibido la información verbal sobre el estudio **“Explorar las vivencias de las embarazadas musulmanas durante el Ramadán: relación terapéutica y control nutricional”** y he leído y he entendido la hoja informativa que se me ha facilitado, de la que recibido una copia.

He podido hacer las preguntas necesarias y, en la misma línea, he recibido una respuesta satisfactoria por parte del investigador. Así mismo, he comprendido la información facilitada y he tenido tiempo suficiente para tomar una decisión meditada.

Soy conocedor/a por parte de la investigadora de que si sufro algún daño no va a ser ni consecuencia directa ni indirecta de la investigación.

ACEPTO:

La inclusión en el estudio, el tratamiento de los datos y la publicación de los resultados extraídos del estudio.

Entiendo que la participación es completamente voluntaria, confidencial y no remunerada. Estoy informada de que los datos serán tratados de forma anónima. Soy conocedora de que el estudio ha pasado por el Comité de ética del hospital la Fé.

Soy conocedora de que puedo interrumpir mi participación en cualquier momento y esto no me ha a producir ninguna consecuencia y, sin tener que exponer ningún motivo.

_____, a ____ de _____ de 2021

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la investigadora

ANEXO VI: HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO PARA LAS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL PROYECTO: “Explorar las vivencias de las embarazadas musulmanas durante el Ramadán: relación terapéutica y control nutricional”

NOMBRE DE LA INVESTIGADORA: María de Sales Tamarit Muñoz (teléfono de contacto: 634.989.891)

Introducción

Se le ofrece la posibilidad de participar en este proyecto dirigido a profesionales y a mujeres magrebíes aprobado por el Comité de Bioética del Hospital la Fé de Valencia.

La intención principal es que usted reciba la información y decida libremente si desea participar en el proyecto. Para ello, debe leer detenidamente esta hoja informativa y se le aclararán las dudas que le puedan surgir durante la lectura del documento.

Descripción del estudio

En primer lugar, hay que señalar que la participación es voluntaria y puede abandonar en cualquier momento sin perjuicio alguno sobre usted.

En segundo lugar, destacar que los datos son confidenciales y se tratarán según la Ley Orgánica del 3/2018 del 5 de diciembre sobre Protección de Datos personales.

Es importante que sepa que durante la investigación se van a recoger diferentes sentimientos y percepciones sobre las vivencias pasadas durante el Ramadán además de las consecuencias psicológicas que pudieran ocasionarle el no haber podido llevar a cabo el ayuno parcialmente o totalmente. Es importante señalar que también que se recogerá el consejo profesional por parte de la matrona y si se le ha podido seguir el consejo o no y cuál ha sido la causa de no haber seguido al consejo de ésta.

Beneficios y riesgos derivados del estudio

Se le informa también de que las actuaciones durante el embarazo no van a ser diferentes a la de las otras embarazadas y que, por ello, no le va a suponer ningún riesgo sobreañadido la participación de la investigación.

Del mismo modo, Ud. por participar en el estudio no va a recibir ningún beneficio ni compensación alguna.

Los beneficios se podrían ver en el cuidado de otras mujeres con las mismas características que Ud. y contribuir, con ellos, a una mejora en la atención y cuidado de la mujer embarazada con diversidad cultural.

Resultados

Ud. será informado de los resultados del estudio.

El acceso de la información será de las personas estrictamente necesarias y siempre manteniendo la confidencialidad que precisan estos datos. Para ello se codificarán los datos más relevantes de Ud. para no pueda ser identificada como tal. Se guardarán sus datos

personales en un documento que solo la investigadora y sus colaboradores tendrán acceso si hubiera necesidad de acceder a ellos, pero sólo en casos de urgente necesidad. Para el trabajo ordinario, se funcionará con los códigos establecidos.

Aspectos a señalar

Puede abandonar en cualquier momento esta investigación sin que suponga ninguna consecuencia negativa para Ud.

Si tiene alguna duda durante el desarrollo del estudio puede contactar con la investigadora. En la cabecera están anotados sus datos y su teléfono de contacto.

Es importante que firme el consentimiento informado que se le va a pasar, que lo lea y que lo firme para que quede constancia de que lo ha entendido.

Gracias por su colaboración.

La investigadora

María de Sales Tamarit Muñoz