

Laia Raigal Aran

**PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL PROCESO DE MATERNIDAD  
EN LA POBLACIÓN MUSULMANA ATENDIDA EN EL PIUS  
HOSPITAL DE VALLS**

***CONOCER PARA CUIDAR MEJOR***

**TRABAJO DE FIN DE MÀSTER**

Dirigido por la Dra. Anna Borrueu Llovera

**Máster de investigación en Ciencias de la Enfermería**

**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

Tarragona

2016

**CONOCER PARA CUIDAR MEJOR**

*Laia Raigal Aran*

---





## DEDICATORIAS:

*A mi tutora, nuestras largas conversaciones en el Fe han dado alas a este trabajo al que todavía le quedan largas horas de vuelo.*

*A mis padres, que han estado y están siempre dándome apoyo.*

*A mi hermana, juntas nos proponemos cambiar las cosas.*



## **AGRADECIMIENTOS:**

*Agradecer al Pius Hospital de Valls permitirme realizar este trabajo en su institución. En especial a la señora Ollé, directora de Enfermería del Pius Hospital de Valls, por sus atenciones y buen recibimiento.*

*También a mis compañeras y supervisoras que me han permitido adaptar mis turnos para poder asistir a las clases.*

*Agradecer la ayuda de Karima, tanto su ayuda inicial al responder todas mis preguntas como su implicación posterior, que fue muy importante para poder avanzar en el trabajo.*



## RESUMEN

La realización de este trabajo de investigación viene justificado por el alto porcentaje de mujeres musulmanas atendidas en el Pius Hospital de Valls (HPV) durante su proceso de maternidad. Observar su comportamiento, percibir sus sensaciones, nos invita a preguntarnos si los cuidados que les dispensamos se ajustan a sus necesidades –vinculadas sin duda a una cultura que, en algunos aspectos, puede diferir mucho de la nuestra– y que pueden ser percibidos por este colectivo como no satisfactorios al no tenerse en cuenta determinados aspectos que son relevantes para estas mujeres. La observación y la experiencia nos demuestran que hay situaciones en las que los profesionales sanitarios no disponemos de elementos suficientes para dar respuestas a las necesidades tan ligadas a la cultura que nos plantean este colectivo social.

El objetivo de este trabajo de investigación es conocer las necesidades de las mujeres musulmanas durante el proceso de atención al parto en el HPV, así como las dificultades a las que se han de enfrentar en el momento en que su microsistema familiar entra en contacto con el macrosistema de un país con costumbres y doctrinas tan distintas. A la vez se pretende conocer también con qué instrumentos podríamos dotar al personal de enfermería para facilitarles la función de atención al parto y postparto a este colectivo. Se plantea la hipótesis de conocer si la praxis actual, enfocada a las mujeres en el postparto inmediato (PI), es válida para todas las culturas o si es necesario darle otra *vuelta de tuerca*, es decir, darle otro enfoque a los cuidados que se ofrecen a las madres de otras culturas, en este caso a las madres musulmanas, para poder ofrecer un cuidado óptimo por parte de enfermería. Con el uso de una metodología cualitativa, se pretenderá profundizar en el conocimiento de estos aspectos de la atención enfermera apoyándonos en técnicas como la observación participante (OP) y las entrevistas.

De esta forma, después de investigar cómo vive la mujer musulmana el proceso del parto, sus necesidades y las diferencias entre la atención que recibe en su país de origen y las que les dispensa nuestro centro sanitario, se valorará la necesidad de adoptar estrategias de cuidados enfermeros que nos ayuden a superar las barreras culturales teniendo en cuenta el modelo de Leininger.

**PALABRAS CLAVES:**

*madres musulmanas, islam, postparto inmediato, necesidades, Leininger*



## **ABSTRACT**

This research project arises from the high percentage of Muslim women looked after during maternity care in Pius Hospital de Valls (PHV), in Tarragona, Spain. Observing their behaviour and noticing their feelings makes us wonder if the medical care we offer to them adapts to their needs. Without any doubt these needs are linked to their culture and in some aspects these needs can be very different from ours. Therefore, our medical care might be not satisfactory for them, as some issues that are important to these women are not taken into account. Observation and experiences prove that in some situations the necessary elements to meet the cultural needs of this social group are not available for healthcare professionals.

This research project is aimed at identifying Muslim women needs during labour and birth in HPV, as well as their difficulties regarding the cultural shock, which is created by the differences between their family microsystem and the microsystem of the country where they live. Furthermore, this research is also aimed at finding out instruments that might make medical care easier in such situations.

The hypothesis formulated here is whether current immediate postpartum procedures are appropriate for any culture or whether it is necessary to define a new approach. In this particular case, the question is whether a new approach for Muslim mothers is necessary to make it possible for nurses to finally offer optimal healthcare. Through a qualitative methodology this hypothesis will be tested using techniques like participant observation and interviews.

After having conducted this analysis on Muslim women's role and described her needs, it will be considered if there is a need for defining new medical care strategies based on Leininger model to overcome cultural barriers

### **KEYWORDS**

*Muslim mothers, Islam, immediate postpartum, needs, Leininger*



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>PALABRAS CLAVES:</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>6</b>
<b>KEYWORDS</b>	<b>6</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>7</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>10</b>
<b>INDICE DE FIGURAS</b>	<b>10</b>
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS</b>	<b>11</b>
<b>1.INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
<b>1.1 FINALIDAD DEL TRABAJO</b>	<b>15</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>16</b>
¿CÓMO SE HA REALIZADO LA BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS?	16
<b>2.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SOBRE IMIGRACIÓN MUSULMANA</b>	<b>18</b>
<b>2.2. MUJER Y MUSULMANA</b>	<b>19</b>
EL PATRIARCADO Y LA SUMISIÓN DE SER MUJER	19
LA SEXUALIDAD Y EL MATRIMONIO	20
LA MATERNIDAD Y LA LACTANCIA MATERNA	22
<b>2.3 CREENCIAS EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES</b>	<b>24</b>
ALIMENTACIÓN	24
HIGIENE	25
SEGURIDAD:	25
RELIGIÓN	26
<b>2.4 LA MUJER MUSULMANA EN NUESTRO CONTEXTO CULTURAL. BARRERAS CULTURALES</b>	<b>27</b>
<b>2.5 CUIDADO CULTURAL DE LEININGER</b>	<b>28</b>



<b>3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LA MUJER MUSULMANA</b>	<b>29</b>
<b>3.1 INTEGRACIÓN E IDENTIDAD</b>	<b>30</b>
<b>3.2 FAMILIA Y RELIGIÓN</b>	<b>31</b>
<b>3.3 SIGNOS DE MACHISMO AUN ACTIVOS Y NUEVAS INTERPRETACIONES DE GÉNERO</b>	<b>31</b>
<b>3.4 PREOCUPACIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD</b>	<b>32</b>
<b>3.5 LA MATERNIDAD MUSULMANA EN ESPAÑA</b>	<b>33</b>
<b>3.6 RESUMEN PROTOCOLOS ACTUALES DEL HPV EN RELACIÓN AL PARTO I POST-PARTO</b>	<b>33</b>
<b>4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	<b>35</b>
<b>4.1 OBJETIVO GENERAL:</b>	<b>35</b>
<b>4.3 HIPÓTESIS</b>	<b>35</b>
<b>5. METODOLOGÍA DEL PROYECTO</b>	<b>36</b>
<b>5.1 ETAPA 1: METODOLOGÍA CUANTITATIVA</b>	<b>38</b>
5.1.1 MATERIAL	38
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	39
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	39
5.1.2 PERÍODO DE ESTUDIO	39
5.1.3 LUGAR DE ESTUDIO	39
<b>5.2 ETAPA 2: METODOLOGÍA CUALITATIVA</b>	<b>40</b>
5.2.1 PERÍODO DE ESTUDIO	40
5.1.2 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	41
5.1.3 ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A MADRES MUSULMANAS	45
5.1.4 ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS PARA LOS PROFESIONALES	46
5.1.5 GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL	48
5.1.6 POBLACIÓN DE ESTUDIO/ACCESIBLE	49
5.1.7 VARIABLES DEL ESTUDIO	50
5.1.8 ANÁLISIS DE LOS DATOS	50
<b>6. RESULTADOS: PRUEBA PILOTO</b>	<b>51</b>
<b>6.1 ETAPA 1</b>	<b>51</b>
6.1.1 PRESENTACIÓN DEL CAMPO DE ESTUDIO	51



6.1.2 RESULTADOS ANÁLISIS CUANTITATIVO	55
<b>ETAPA 2</b>	<b>57</b>
6.2 DÓNDE Y CUÁNDO	57
6.2.1 RESULTADOS OBSERVACION PARTICIPANTE	58
6.2.2 RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS	64
ENTREVISTA A E1	65
ENTREVISTA A E2	69
ENTREVISTA AL PORTERO	73
<b>7. DISCUSIÓN: PRUEBA PILOTO</b>	<b>77</b>
LA MUJER MUSULMANA QUE DA A LUZ EN EL PHV	77
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE LA MUJER MUSULMANA	79
EL VÍNCULO DE LA MUJER MUSULMANA CON ENFERMERÍA	80
<b>7. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>81</b>
<b>8. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>82</b>
<b>9. PRESUPUESTO</b>	<b>83</b>
<b>10. CRONOGRAMA</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>
ANNEXO 1: PALABRAS CLAVE Y TRADUCCIÓN	91
ANNEXO 2: RELACIÓN DE LOS APELLIDOS ÀRABES	92
ANNEXO 3: HOJA DE INFORMACIÓN	99
ANNEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	101
ANNEXO 5: BASE DE DATOS	102



## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1:** Términos de búsqueda y sinónimos

**Tabla 2:** Título original: Main countries of citizenship and birth of foreign foreign-birth population, 1 January 2014.

**Tabla 3:** Resumen de los protocolos implantados en el PHV

**Tabla 4:** Tiempo de investigación de los instrumentos cualitativos

**Tabla 5:** Guía para realizar la entrevista semiestructurada a las madres musulmanas

**Tabla 6:** guía para las entrevistas semiestructuradas a los profesionales sanitarios

**Tabla 7:** Criterios de inclusión de madres musulmanas en las entrevistas y grupos focales

**Tabla 8:** Criterios de inclusión de profesionales sanitarios en las entrevistas y grupos focales

**Tabla 9.** Resumen datos extraídos de los nacimientos de 2015 en el PHV

**Tabla 10:** Categorías emergentes de la observación participante

**Tabla 11:** Categorías emergentes de las entrevistas a los profesionales

**Tabla 12:** Categorías emergentes de las entrevistas al portero

**Tabla 13:** Categorías y subcategorías finales de la prueba piloto

**Tabla 14:** Presupuesto del proyecto

## INDICE DE FIGURAS

**Figura 1:** Esquema de la metodología del proyecto

**Figura 2:** Fotografía de la puerta de entrada del hospital. Fuente: <http://www.piushospital.cat/centres-serveis/pius-hospital-valls/>

**Figura 3:** Fotografía aérea de la ubicación de hospital. Fuente: google maps



**Figura 4:** Iglesia de Sant Francesc a la derecha y edificio antiguo del convento donde encontramos el socio-sanitario y los despachos y recursos humanos. En medio hay el antiguo claustro, conocido como el “pati dels tarongers”. Delante se encuentra una plaza y debajo un aparcamiento. Fuente: <http://www.piushospital.cat/centres-serveis/pius-hospital-valls/>

**Figura 5:** A la derecha encontramos el final del edificio de Sant Francesc y al fondo el edificio nuevo desde hace 25 años, cuando se inauguró como el Pius Hospital de Valls. El acceso al hospital es bastante dificultoso, ya que implica una pendiente bastante acentuada. Fuente: <http://www.piushospital.cat/centres-serveis/pius-hospital-valls/>

**Figuras 6 y 7:** Fotografía del pasillo de maternidad y fotografía del control de enfermería desde el pasillo central. Fuente: original

**Figura 8:** Grafico del porcentaje de la nacionalidad de las madres que dieron a luz el 2015 en el PHV

**Figura 9:** Tabla de frecuencias de la edad de las madres de los recién nacidos en el PHV en 2015

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

**PHV:** Pius Hospital de Valls

**OP:** Observación participante

**GiPI:** Gestación y postparto inmediato

**PI:** Postparto Inmediato

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**UE:** Unión Europea



## 1. INTRODUCCIÓN

Los cambios socioeconómicos y políticos que se están produciendo a nivel mundial comportan migraciones entre las poblaciones. Una de las principales consecuencias de esta situación son las sociedades fuertemente marcadas por la multiculturalidad. Los orígenes son muy diversos, pero la mayoría de las migraciones vienen condicionadas por la búsqueda de una vida mejor: la búsqueda del bienestar. En nuestra sociedad, la sanidad tiene un valor muypreciado debido a su fácil acceso y a su amplitud de prestaciones en comparación con la de otros países, especialmente en relación a los países de origen de las poblaciones mayoritariamente migratorias.

La Unión Europea encargó en 2014 a la Organización Mundial de la Salud la realización de un estudio comparativo de sus sistemas sanitarios. Según el estudio, España se sitúa como el país con mayor esperanza de vida, dentro de los diez mejores países en cuanto a los recursos humanos y a la calidad de la atención sanitaria. Además, nuestro sistema de salud se encuentra dentro del sector público (OMS 2014; Carra 2014). En consecuencia, los profesionales de la salud se han encontrado con un cambio en cuanto a la tipología de la población a la que han de prestar sus servicios. Este cambio está marcado por el aumento de pacientes inmigrantes que acuden a estos servicios, solicitando los cuidados y atenciones que precisan en cada momento. Pero, ¿disponemos, los profesionales de la salud, de suficientes conocimientos o de formación específica para poder dispensar cuidados de salud adaptados a las necesidades de estos colectivos?

En España, el crecimiento más elevado de población inmigrante ha sido la musulmana. Las barreras y dificultades con las que se enfrentan los profesionales de la salud en los cuidados a estos pacientes son diversas. Entre ellas encontramos la más común: la barrera idiomática. Esta es una de ellas, pero no es la única. Muchas veces damos por hecho que estos pacientes comprenden nuestras explicaciones y no es así. Corremos el riesgo de adoptar actitudes de etnocentrismo cultural. Leininger<sup>1</sup> (2002) ya en los años 60 conceptualizó un modelo que se adapta perfectamente a esta situación: La enfermería transcultural, Fornons (2010) dice, *“enfermería es una ciencia de lo humano, holística, de lo probabilístico de lo cultural”*.

---

<sup>1</sup> **Madeleine Leininger:** enfermera creadora del modelo transcultural



Los pacientes de cultura musulmana tienen percepciones y costumbres distintas que a veces pasan desapercibidas o son ignoradas por muchos profesionales. Varios estudios demuestran, por ejemplo, que la noción de la propia intimidad es un concepto muy diferente en la cultura árabe (Luque & Oliver 2004; Pons-Vigués et al. 2009). Para muchas personas, incluidas algunas del personal sanitario, los cuidados culturales que puedan necesitar los pacientes musulmanes se reducen a cambiarle la dieta habitual de nuestros hospitales a una de “no carne”.

En relación a las distintas especialidades del campo sanitario, el área de maternidad ha experimentado uno de los mayores crecimientos en cuanto a pacientes musulmanes. La prueba de esto es que ya han aparecido estudios proponiendo la necesidad de crear estrategias relacionadas con el ámbito cultural para favorecer la adhesión al sistema sanitario español de las mujeres musulmanas durante el embarazo, el parto y la maternidad con el objetivo de dar difusión, información, educación y apoyo profesional a este colectivo (Maroto-Navarro et al. 2004; Marín et al. 2008).

La cultura musulmana se basa en premisas que son distintas a las de la cultura occidental. Mientras nosotros cada vez estamos alargando más la edad de iniciar la maternidad, ellas empiezan a concebir a partir de edades muy tempranas (como se hacía hace pocos años en nuestra sociedad). La concepción de tener un hijo, el patriarcado familiar y la herencia de la cultura son aspectos muy importantes para estos colectivos y muy distintos a nuestra percepción actual. Las barreras a las que se enfrentan estas madres son muchas y, además, muy relevantes, tal y como hace referencia Marín (2008) y Luque y Oliver (2004).

Sin duda, el etnocentrismo, del cual no están exentos los profesionales sanitarios, puede provocar múltiples prejuicios en aspectos que nos llaman la atención como, por ejemplo, las edades tempranas de las futuras madres, el apego con el recién nacido, o tradiciones e incluso supersticiones que implican ciertos comportamientos de las madres durante el postparto.

Actualmente, el protocolo de post-parto, los cuidados y atención enfermera (y también médica) a estos colectivos de mujeres presenta unos parámetros muy globales. En los hospitales de la provincia de Tarragona no se tiene constancia de que se personalice la atención de los cuidados teniendo en cuenta aspectos culturales. Sin embargo, se constata que existe un número elevado de mujeres musulmanas que acuden a estos hospitales y que son atendidas durante su proceso de maternidad.



Basta con analizar *grosso modo* algunos de los resultados oficiales publicados en el último año (IDESCAT 2015).

En este trabajo de investigación, nos proponemos profundizar en la cultura musulmana, haciendo una revisión bibliográfica sobre sus creencias y costumbres (relacionados con el proceso de maternidad) con el objetivo de que nos ayude a aproximarnos a estas mujeres. Cuanta más información tengamos sobre su forma de vivir la maternidad o el proceso del parto, mayor capacidad tendremos para diseñar (si es necesario) estrategias que nos faciliten la atención a estas mujeres.

Se buscarán porteros<sup>2</sup> que ayuden a clarificar en qué contexto cultural se encuentran las mujeres musulmanas en Valls y alrededores que deciden vivir su proceso de maternidad en el Pius Hospital de Valls, con el objetivo de contrastar la revisión bibliográfica hecha en este mismo trabajo y poder así hacer una aproximación más adecuada a la realidad actual.

Con esta información se pretende construir un proyecto de investigación cualitativa de calidad para conocer las percepciones y vivencias de este colectivo en el PPI en el Hospital Pius de Valls. Se realizará un trabajo de campo, con observación participante en dicho centro. Después se realizarán entrevistas semi-estructuradas a madres musulmanas que hayan dado a luz en este hospital. También se realizará una parte de investigación cuantitativa, en la cual procederemos a recoger información de las madres que acudieron a dicho hospital en 2015 (nacionalidad, edad de las madres y número de hijos anteriores). También tiene como objetivo conocer mejor a la población de referencia.

Este proyecto nos plantea grandes objetivos que por su envergadura son difícilmente asequibles en este trabajo de investigación, principalmente por las limitaciones temporales. No obstante, en un futuro inmediato, pretendemos profundizar y concluir la investigación.

La aproximación a la cultura musulmana y las percepciones de la mujer musulmana en el PPI se presentan como un objetivo prioritario, pero siempre siendo conscientes de sus limitaciones. Conocer algunas de las experiencias de estas mujeres durante su PPI en el Pius Hospital de Valls, como conjugan la atención que les dispensamos con sus tradiciones, sus vivencias, etc., representa el objetivo

---

<sup>2</sup> **Portero:** Persona representa un informante clave en una investigación, en este caso, una mujer musulmana. Representa una persona que nos sitúa en el campo y nos ayuda en el proceso de selección de participantes en el caso de realizar entrevistas o grupos focales.



principal de nuestra investigación. Esta información nos ha de permitir, en un futuro, diseñar estrategias que mejoraren la percepción de la mujer musulmana de los cuidados recibidos y facilitar a los profesionales enfermeros su labor a través de una visión transcultural.

## **1.1 FINALIDAD DEL TRABAJO**

La primera premisa y motivación de este trabajo está relacionada con la búsqueda de estrategias que ayuden a mejorar la práctica enfermera en relación al modelo transcultural. La enfermera representa un mediador y es impulsadora de una situación de confianza para las mujeres musulmanas. La mayoría de ellas quizá no hayan tenido mucho contacto anteriormente con el sistema sanitario y por la información facilitada por el propio Hospital Pius sabemos que, generalmente, no siguen un buen control durante el embarazo presentando un porcentaje de absentismo elevado a las consultas de control durante el mismo y también en el post-parto.

Los motivos de este absentismo pueden ser varios: desconfianza hacia el sistema sanitario, desconocimiento, miedo e incluso vergüenza. Pensamos que mejorar la visión de la enfermera, haciéndola participe de los resultados obtenidos en esta investigación, proporcionará una mayor sensibilización hacia la diversidad cultural y facilitará la aceptación y adaptación de otras culturas. Se busca la omisión del etnocentrismo y conseguir un relativismo cultural en los profesionales.

El segundo objetivo, íntimamente relacionado con el primero, es encontrar la forma de que estas madres confíen y generen un vínculo más estrecho con nuestro sistema sanitario, que nos ayuden, a los profesionales, a desarrollar nuestro trabajo y, a la vez, que se ayuden a sí mismas mejorando su atención sanitaria, es decir, su propia salud.

Se pretende, como tercera premisa, con los resultados obtenidos iniciar nuevas investigaciones que sean mucho más amplias y que abarquen también otros centros sanitarios del entorno geográfico. Esto nos permitirá proponer nuevos programas de cuidados de salud y estrategias, tanto para los profesionales sanitarios como para la población inmigrante, en este caso mujeres musulmanas. En un futuro tampoco descartamos extrapolar este proyecto de investigación e incluir en el estudio otras culturas distintas a la musulmana.



## 2. MARCO TEÓRICO

### *¿CÓMO SE HA REALIZADO LA BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS?*

En este apartado se presenta en formato resumen cómo se ha diseñado y desarrollado la investigación. Esta investigación es un estudio descriptivo denotativo, inductivo y transversal.

### PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Qué cuidados solicita la madre musulmana en el PI?
- ¿Satisfacen las necesidades de las madres musulmanas en el PI los cuidados de enfermería que reciben?
- ¿Se pueden adaptar los cuidados de enfermería que recibe la madre musulmana en el PI a sus necesidades?

### PREGUNTA PICO

P Mares musulmanas en el PI

I cuidados

C -

O satisfacer necesidades

### TÉRMINOS PRINCIPALES

Para realizar la búsqueda de documentos, se escogieron los siguientes términos y se escribieron sinónimos de estos. También se realizó la traducción a otros idiomas (anexo 2).

PALABRAS	SINÓNIMOS
<b>Madre musulmana</b>	Mamá musulmana
<b>Islam</b>	Islamisme, mahometismo, arabismo, cultura musulmana
<b>Cultura</b>	Civilització, educació
<b>Leaninger</b>	Leaninger
<b>Postparto Inmediato</b>	Després del part



<b>Maternidad</b>	Concepción, engendramiento
<b>Enfermería Transcultural</b>	Enfermería Transcultural
<b>Cuidados</b>	Atención/asistencia
<b>Nacimiento</b>	Parto/alumbramiento

**Tabla 1:** Términos de búsqueda y sinónimos.

#### BASES DE DATOS UTILIZADAS Y MOTORES DE BÚSQUEDA

Para realizar la búsqueda se utilizaron estrategias para optimizar los resultados en las bases de datos. Se utilizaron operadores booleanos (AND, OR, NOT), omisión de los artículos y singular de las palabras así como la traducción a otros idiomas de los términos de búsqueda.

Las bases de datos utilizados fueron “Dialnet” y “Google Scholar”, donde se encontraron varios recursos en lengua española sobre el tema. También se utilizaron bases de datos especializadas como “Cinhal” y “Pubmed”. Para la obtención de libros y revistas sobre el tema, se buscó en “icerc@dorPlus” y en “WorldCat Discovery”.



## 2.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SOBRE IMIGRACIÓN MUSULMANA

Los cuidados a la mujer embarazada durante su gestación y PI (GiPI) engloban varios aspectos. Principalmente podríamos resumirlos en el acceso a la información, tratamiento y acompañamiento de estos dos. El Gobierno de cada país debería poder asegurar que estos cuidados lleguen a todas las mujeres. En España encontramos la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), que tiene por objetivo asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. Se reconoce el principio constitucional de igualdad que garantiza el derecho de protección de la salud, la calidad de la atención y el respeto de la autonomía.

Hoy en día, en nuestra sociedad, nos encontramos con un incremento del número de población inmigrante. Según las bases del Ministerio de Interior (2011), se han ido aprobando leyes y decretos en los que se establecen regulaciones para dar respuesta a este incremento de población extranjera. En todos ellos aparecen apartados en los que se regula el derecho a la atención sanitaria, así como la integración y comprensión del funcionamiento del SNS (Ley orgánica 4/2000 y Ley orgánica 2/2009).

España es el tercer país de la Unión Europea (UE) con mayor número de extranjeros, con un total de 4,7 millones. Según estos datos, en España, juntamente con Chipre, Letonia, Estonia, Austria, Irlanda y Bélgica, el 10% de su población no ha nacido en el país. Por otro lado, España es el país en el que un mayor número de personas extranjeras han obtenido la ciudadanía en 2013, siendo también el país con mayor número de inmigrantes marroquíes que la obtienen (Eurostat 2015).

Según el instituto nacional de Estadística (INE), el número de nacimientos en 2014 en España fue de 426.303, de los cuales 75.748 fueron de progenitores extranjeros, representando un 18% de los nacimientos (INE 2015). Más concretamente, a nivel de Cataluña, nos encontramos que el número de nacimientos de madres extranjeras es mayor que en el resto de España. Nace un niño de madre extranjera cada cuatro de nacionales (71.238 nacionales y 18.352 extranjeras). Al igual que en el resto de España, se ve un predominio de hijos de madres marroquíes (IDESCAT 2015).



Ciudadanos de	(millones)	(%)	Nacidos en	(millones)	(%)
Rumanía	728.3	15.6	Marruecos	712.5	12.0
Marruecos	718.0	15.4	Rumanía	670.1	11.2
Reino Unido	310.1	6.6	Ecuador	429.4	7.2
Ecuador	214	4.6	Colombia	253.2	5.9
Italia	180.8	3.9	Reino Unido	314.4	5.3
Otros	2525.9	54	Otros	3.478.7	58.4

**Tabla 2:** Población extranjera de España. Enero de 2014. Datos extraídos y traducidos de la Comisión Europea.

La presencia de la multiculturalidad es evidente en nuestra sociedad y, consecuentemente, el crecimiento del número de pacientes en la atención sanitaria que procede de otras culturas. Resulta interesante y necesario realizar un trabajo de investigación en el que se profundice ampliamente sobre la procedencia de las mujeres extranjeras que solicitan atención sanitaria en nuestros centros y, concretamente, de las mujeres embarazadas.

## 2.2. MUJER Y MUSULMANA

### *El Patriarcado y la sumisión de ser mujer*

*Caseros con una mujer cariñosa y fértil” (Mahoma)*

Hemos considerado de interés, y a modo puramente introductorio, describir brevemente algunas de las características de la cultura musulmana, concretamente en lo concerniente a la mujer, su papel en la sociedad y sus costumbres y vivencias en relación al proceso de maternidad. Sin duda nos ayudará a destacar las diferencias culturales con las que, en nuestra cultura y sociedad, se tienen que enfrentar.



La religión musulmana se concibe dentro de unos estamentos que regulan un sistema familiar de patriarcado. En él, se estipulan claramente las funciones de cada miembro del matrimonio. Por lo general el Corán va dirigido al hombre y a sus funciones y solo en algunos fragmentos se habla particularmente de hombre y mujer para remarcar que se dirige a los dos. Solo se tiene en cuenta a la mujer exclusivamente en conceptos relacionados con la maternidad como, por ejemplo, la lactancia y el embarazo.

En el sistema matrimonial se estipula que el hombre tiene que sustentar a su esposa, dándole cobijo y comida, y que esta tiene como función el *dar fruto de su vientre así como satisfacer a su marido*. De esta forma pues, se entiende que el hombre tiene que cumplir sus obligaciones fuera del hogar, y que la mujer los tiene que cumplir dentro de él.

Haciendo referencia a De Beauvoir (2005), en su obra el *Segundo Sexo*, se puede considerar que en la cultura musulmana el concepto de mujer se concibe como la *alteridad*<sup>3</sup>. Se crea al sexo femenino nacido de la costilla del hombre; nacida para complacerle. Según Al Sa'dawi, la mujer árabe, sometida como está fuertemente a una represión, sexual y psicológica no tiene otra opción que la pasividad. El que actúa es el hombre y la mujer debe esperar a que actúe. Actualmente en nuestra sociedad, tal y como comentaremos más adelante, el género femenino en la cultura musulmana ha tolerado algunos cambios, pero aún se rige por una fuerte sumisión patriarcal (Boundi Boundi 2012; Hueso & Gemán 2009; Luis 2015; Al-Sa'dawi 1991).

### *La sexualidad y el matrimonio*

En el libro sagrado de los musulmanes, el Alcorán, vemos como sus creyentes son invitados a disfrutar de los placeres de la vida. Hablamos de la forma en la que se invita a hombres y mujeres a satisfacer su libido. Se considera un placer del Paraíso, concedido a hombres y mujeres y que se afirma que lleva a dios (Bramon 2007). Este placer sin embargo, solo se puede llevar a cabo dentro del matrimonio. En otras

---

<sup>3</sup> **Alteridad:** Concepto creado por Simone de Beauvoir para referirse a la mujer. No se nace mujer, se llega a serlo, nos transmite que el género es una construcción cultural sobre el sexo. Y, por tanto, no existe una esencia femenina, algo que caracterice a la mujer como tal. Este llegar a ser está condicionado por una cultura y una sociedad que ha adjudicado a las mujeres el estatus de otras. La alteridad es un concepto del que habla de Beauvoir en su libro y que sirve para indicar como las mujeres están oprimidas y como están en una posición de inferioridad con respecto a los varones.



palabras, según Bellefonds citado por Venezuela (2014), “*el matrimonio musulmán significa la legalización de las relaciones íntimas*”.

Otro concepto a destacar de esta cultura es la poligamia. Surgió de la escasez de hombres musulmanes después de la “batalla de Uhud” en la que murieron muchos musulmanes dejando viudas y huérfanos (Barazangi 2014).

*“...si teméis no ser equitativos con los huérfanos, casaos con las mujeres que os gusten, dos tres o cuatro. Pero si teméis no obrar con justicia, entonces con una sola o con vuestras esclavas. Así evitareis obrar mal” (Corán, Surat 4, Ayat 3)*

En el Alcorán, se especifica que el hombre se puede casar hasta con cuatro mujeres, siempre y cuando su poder adquisitivo se lo permita. Al sobrepasarse de cuatro, a las mujeres a su cuidado se las llama “mulas” o “esclavas”. Actualmente, las legislaciones civiles de los estados islámicos tienden a la restricción de la poligamia o a su prohibición. Esto se debe a la presión del mundo occidental, donde se defiende el papel de la mujer, se intenta evitar la problemática sucesoria para facilitar a la primera esposa la solicitud de divorcio, la de exigir la autorización del Tribunal Religioso, o incluso la de su prohibición (Valenzuela 2014).

Para conocer algunos conceptos interesantes relacionados con la sexualidad de la mujer musulmana podemos indicar, por ejemplo, los referidos a la contracepción, y hablaremos de la *retirada* o *coitus interruptus* como método anticonceptivo. Se practicaba ya en tiempos de Mahoma (570-632 dC), y según Gaber, citado por al-Sa’dawn (1991), se permitió por éste al estar informado de su práctica.

Posteriormente, durante la Edad media, Abu, Bakr al-Razi (865 - 925 dC), el médico más importante de esa época, defendió distintas prácticas anticonceptivas: primero, *el coitus interruptus*; segundo, evitar la eyaculación; y tercero, la introducción de alguna sustancia en el cuello del útero, como supositorios de col, bilis de toro, cera segregada por las orejas de animales, excrementos de elefante y agua con cal. Aun así durante muchos años los métodos anticonceptivos aplicados a la mujer eran mal vistos y socialmente se escondían.

En 1937, Al-Diyan, según al-Sa’dawi, instauró la interpretación de la postura del Islam con respecto a los temas del control de natalidad y el aborto, tanto desde un punto de vista médico como social. En esta interpretación se defienden los métodos



anticonceptivos a decisión de la pareja destinados al control de la natalidad por razones médicas o sociales. También se permite el aborto por estos mismos motivos pero solo antes de los cuatro primeros meses, por lo general.

Se prima también la posibilidad de mantener a la familia y su salud, por eso, actualmente es lícito el uso de preservativo. Por el contrario, creen que la situación de crisis económica o de salud son pasajeras, y que por lo tanto, están prohibidos los métodos de inactividad definitiva: la ligadura de trompas o la vasectomía (Bramon 2007; Al-Sa'dawi 1991; Lacoste-Dujardin 1993).

Según un imam de Madrid al cual entrevista Rodríguez (2009) en su artículo, *“está mal visto no casarse. Hay que hacerlo lo antes posible. Así puedes disfrutar de tu sexualidad”*. A partir de los 20 años a una mujer ya se la considera vieja y difícil de casar. Queremos destacar aquí la importancia que se da a la sexualidad en la cultura musulmana y al poder disfrutar de ella. Los musulmanes no toleran el sexo extramatrimonial, y si alguien opta por quedarse soltero, tiene que renunciar también al sexo.

### *La maternidad y la lactancia materna*

*“El matrimonio islámico es concebido como una doble finalidad: la de satisfacer de manera lícita el deseo sexual y la de perpetuar y aumentar la comunidad musulmana.” (Bramon 2007)*

La mujer nace con un destino: ser madre y cuidar a su marido. En el Corán se remarca la necesidad de perpetuar la cultura promoviendo que las mujeres engendren el mayor número de niños y niñas posible. Lacoste-Dujardin (1993) se refiere a la maternidad en la cultura musulmana como una obligación para la mujer. Defiende que el único momento en el que se valora a las mujeres es en el de la maternidad. Es más, en su libro sagrado, vemos como solo se refiere a la mujer en temas estrictamente del sexo femenino, por temas biológicos: el embarazo y la lactancia materna. Y además, se habla de ella utilizando el término “madre”.

En otros documentos se relata que, por lo general, el hombre premia a su mujer después de dar a luz, comprándole ropa y regalos. Para el autor de este documento, estas actitudes conciernen a la voluntad de controlar y dar un sentido de recompensa por la subordinación (Constantinides 1985). Además, se considera que la mujer



cuando da a luz a un varón, merece una consideración especial, como si hubiese cumplido con un propósito vital que le hace ganar el respeto de sus semejantes.

*“Ha nacido un miembro más en la familia / con él no llenaré la casa / con él no combatiré contra mis enemigos” (Genevois, 1966 en Lacoste-Dujardin 1993)*

El islam concede a las mujeres embarazadas un estatuto particular. La opinión popular de estar en cinta es equivalente al de la “yihad”: el combate por la fe. Aun así a la mujer se la considera como *la tierra a la que se le confía la semilla*. La mujer solo tiene un papel secundario; el hombre es el creador. Aunque la figura de creador del milagro se encuentra en manos de Alá, de ahí el honor de una familia a ser numerosa.

*“Vuestras mujeres son tierra de labranza para vosotros. Venid a vuestra tierra de labranza como queráis, y obrad por vosotros mismos por anticipado...” (II, 223, Corán en Lacoste-Dujardin 1993)*

Según al-Sa’dawi (1991), autora de *La cara desnuda de la mujer árabe*, el problema de la mujer reside en su cuerpo, concretamente en su vientre, que es el único receptáculo en el que la vida humana puede reproducirse. El Corán dicta que la mujer embarazada debe ser bien alimentada y lo mismo sucede si da el pecho a sus hijos. No están obligadas a darlo, pero se recomienda que lo den por un periodo de 2 años.

*“Las madres darán de mamar a sus hijos durante dos años completos, cuando quieran una lactancia completa” (II 233, Corán en Lacoste-Dujardin 1993)*

De todos modos, la decisión de dar el pecho está fuertemente ligada a la decisión de ambos progenitores. Es decir, no es una libre decisión de la madre.

*“Si de común acuerdo el padre y la madre desean destetar al niño, no hay que hacerles ningún reproche” (II, 233, Corán, en Lacoste-Dujardin 1993)*



## 2.3 Creencias en relación a las necesidades

### *Alimentación*

- **Alimentos prohibidos:** a los musulmanes no les está permitido comer cerdo ni beber alcohol. Los alimentos permitidos se llaman *Halal* y los prohibidos *Haram*. Los alimentos considerados *Halal* son aquellos que no forman parte de la lista prohibida, que (en el caso de los animales) han tenido que haber sido sacrificados vivos, en nombre de Alá y con un corte limpio, es decir, que el animal muera desangrado.

La creencia hace referencia a que el animal sacrificado de esta manera no sufre tanto y no segrega toxinas en el momento de morir. Los aditivos y productos procedentes del cerdo también están prohibidos (por ejemplo, la gelatina). Los aditivos de piel de vaca, la grasa de pez, los huesos de animales e incluso algunos procedentes de la leche de vaca (Al-Sa'dawi 1991; Lacoste-Dujardin 1993) también están prohibidos.

- **Cantidad de alimento:** según el profeta Muhammad, se debe comer menos para estar más saludable. Dice *“Nada es peor que aquella persona que llena su estómago”* (El Hamri 2010).
- **Dieta durante el embarazo:** a la mujer embarazada, según el Islam, no le debe faltar comida. Algunos libros nos hablan de la existencia de tradiciones en relación a recetas que se recomienda que debe comer la mujer musulmana. Por ejemplo, se aconseja cocinar con dátiles durante los tres últimos meses del embarazo porque *consolidan los músculos del útero* (Al-Sa'dawi 1991).
- **El Ramadán:** para la cultura musulmana el ayuno es un acto de adoración y purificación. El Ramadán consiste en el ayuno total, con la ausencia de alimentos, bebidas, lenguaje soez e incluso relaciones sexuales. Este se realiza durante el noveno mes del calendario lunar. Estas fechas varían cada año. La duración de este ayuno se establece una hora antes de amanecer hasta la puesta del sol a lo largo de 20 o 30 días (según el ciclo lunar). Las mujeres embarazadas, las que están dando el pecho, junto con las mujeres que están menstruando, así como los enfermos y los viajeros, están exentos. Aunque es



decisión de ellos. No está mal visto que una mujer embarazada ayune. Si no se hace el Ramadán, este se tiene que recuperar, o hacer una ofrenda o compensación a ancianos débiles, enfermos crónicos o aquellos que ejerzan trabajos duros (Petherick et al. 2014).

- **“Tahnukah”**: una práctica habitual de la mujer en el post-parto es la de comer dátiles. Pero la *tahnukah* hace referencia al acto de darle al recién nacido dátiles: se frota el paladar del recién nacido con un dátil blando o masticado. Este acto se considera la bendición del recién nacido. Esta práctica la realiza un Imam se hace durante las primeras horas de vida del recién nacido, si es posible, sino lo puede hacer alguna persona de la familia, incluida la madre y el padre (Bravo 2000).

### *Higiene*

- La pulcritud y la higiene representan un acto de fe para los musulmanes, por eso la higiene es una de las normas principales en su vida diaria. “Se lavan 5 veces al día, enjuagándose con agua pura, manos, boca, nariz, rostro, antebrazos, cabeza, orejas y pies” (Marín et al. 2008).
- **“Ghusl”**: este concepto hace referencia a la purificación de la mujer después de la menstruación, de mantener relaciones sexuales y al finalizar el sangrado en el postparto. Se trata de hacer un lavado con agua en nombre de Alá (diciendo *bismillah*, en nombre de Alá), y a continuación lavarse en el siguiente orden: primero las partes íntimas, después lavar la cabeza tres veces, las orejas, la barbilla, el cuello, los hombros, bajo los brazos, el ombligo y por último la espalda (Vázquez 2010).

### *Seguridad:*

- Durante el post parto, o *nifás* (que tiene una duración de 40 días) se considera a la mujer *enferma* y está exenta de rezar, ayunar y recitar el Alcorán. Se tiene que *purificar*. Las actitudes que se toman en este periodo son semejantes al periodo en que se tiene la menstruación: realizar las oraciones, se les permite no ayunar



durante el ramadán, no se les permite ir a la mezquita, ni tener relaciones sexuales (Vázquez 2010).

- **La muerte:** los familiares querrán que a al paciente fallecido en el hospital no se le lave, ya que serán ellos quienes se encarguen de ello (Alshboul 2012; Generalitat de Catalunya 2015).
- **Eutanasia:** los musulmanes desapruaban cualquier tipo de atención médica que pueda acelerar la muerte de un paciente, incluso por razones humanitarias (Alshboul 2012).
- **Trasplante y donación de sangre:** los musulmanes aceptan las transfusiones de sangre y trasplante de distintos órganos humanos. Es aceptable para los musulmanes donar sangre y órganos, considerándolo un acto de gran virtud (Alshboul 2012; Chamorro 2006; Generalitat de Catalunya 2015).

### *Religión*

- **Rezar:** su fe se expresa en rezar cinco oraciones diarias obligatorias (al amanecer, al mediodía, a media tarde, al atardecer y por la noche), en dirección a la meca y libre de impurezas (en las que se incluye estar menstruando o estar en la *nifás*. Mujeres y hombres suelen rezar en sitios distintos puesto que de no ser así la oración se consideraría inválida: por ejemplo el hombre en la mezquita y la mujer en casa (Rodríguez 2015; Generalitat de Catalunya 2015).
- **Rezar durante el embarazo:** la mujer musulmana embarazada debe seguir rezando aunque esté en cinta. Ahora bien, si la posición del rezo le resulta molesta, se le permite hacerlo sentada (Marín et al. 2008).
- **Alá:** la principal característica del islam es la sumisión total a Alá. No existen sacerdotes, por ello nunca nos pedirán su asistencia en el momento de la muerte ya que su relación con Alá es personal y no existen intermediarios. Sí



que hay Imanes, que son personas encargadas de presidir y dirigir la oración. Entre otras funciones también asume la de guía espiritual o funciones de autoridad como encargado de vigilar que las buenas costumbres islámicas se lleven a cabo en su comunidad. No obstante, no es necesaria siempre la presencia de un Imam. (Álvarez-Miranda Navarro 2005).

- **El feto dormido:** existe una creencia, de la cual nos habla Bramon, sobre el concepto de la duración del embarazo. Supongamos que el marido se muere y al cabo de 1 año la mujer se queda embarazada. Según el islam, ese feto puede ser del marido muerto, llamándose así *el feto dormido*. Para saber si es así, se tiene que acudir a un Imán. Así que si una mujer se vuelve a casar y se queda embarazada, se tiene que decidir si el hijo es del marido actual o del difunto (Bramon 2007).

## 2.4 LA MUJER MUSULMANA EN NUESTRO CONTEXTO CULTURAL. BARRERAS CULTURALES

Según Plaza (2011), tras un estudio cualitativo iniciado en 2007 sobre la competencia comunicativa intercultural de los profesionales de enfermería en Andalucía, se detectaron las siguientes barreras culturales y aspectos a tener en cuenta en los cuidados del paciente musulmán:

1. En general, el paciente extranjero se valora como *complicado*; uno de los motivos se relaciona con la barrera idiomática, el posible choque cultural o la percepción de ser un paciente que da una mayor carga de trabajo.
2. Existe una falta de formación en cuidados culturales para los enfermeros. Esto provoca conflictos culturales, malentendidos, situaciones incómodas y que no se llegue a una relación cordial con el extranjero.

Otro estudio (Marín et al. 2008), también se hizo para determinar los aspectos socio-sanitarios de la mujer inmigrante. Entre ellos encontramos el bajo nivel educacional de estas mujeres, que influye en el control y seguimiento del embarazo, educación sanitaria pre y post parto, dificultad de integración, barreras idiomáticas y diferencias culturales. Por otro lado, y ligado a los pensamientos del feminismo liberal, estas mujeres presentan alteraciones de tipo psicológico relacionado con el funcionamiento patriarcal en su núcleo familiar.



Por último, se detecta en el extranjero el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y sus derechos a una prestación sanitaria. Esto puede ocasionar que las mujeres acudan a los centros sanitarios cuando la gestación ya está avanzada y que no se hayan realizado los controles pertinentes.

## 2.5 CUIDADO CULTURAL DE LEININGER

*«Un área formal de estudio y práctica de enfermería enfocada en el cuidado cultural holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de individuos y grupos, con respecto a las diferencias y similitudes, en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente, sensible, y culturalmente competente a las personas de culturas diversas» (Leininger, 2002)*

Desde la mirada transcultural de Leininger, los cuidados de cada grupo, de cada persona o subgrupo tienen sus particularidades. Todos tienen sus prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado pensando que hay cuidados válidos para todos. La autora nos habla de la necesidad de formar un esquema comprensivo en el que los pacientes son expertos en sus cuidados, de tal forma, que los profesionales, en este caso de enfermería, deben interpretar y conocer. De esta forma se puede entender el mundo social a través de los significados simbólicos observables en la práctica. Muñoz de Rodríguez y Vásquez (2007) citan las características de la teoría de la *Universalidad y diversidad del cuidado cultural* de Leininger:

1. Es una teoría centrada especialmente alrededor de la cultura, del cuidado, del bienestar, de la salud, la enfermedad y la muerte.
2. Es la única teoría centrada en el cuidado comparativo de las culturas.
3. Es la teoría más holística y más multidimensional para descubrir cuidado cultural específico y multifacético, con base en significados y prácticas.
4. Le asigna a la enfermera como principal función descubrir las diversidades y universalidades culturales del cuidado.
5. Es una teoría con un método de diseño específico para la investigación, la etnoenfermería.
6. Tiene abstracciones y características prácticas en los tres modos de acción para entregar cuidado culturalmente lógico.



7. Es la primera teoría que se centra en la cultura, en el cuidado genérico, en el cuidado profesional y que tiene en cuenta los datos relacionados con la visión del mundo, los factores de la estructura social y la etnohistoria en contextos ambientales diversos.

Tal y como nos cuenta Leininger, y con el enfoque de este proyecto, la enfermera representa una figura central en el trabajo de la multiculturalidad. Eso sí, se tienen que trabajar aspectos como el etnocentrismo, en este caso la etnoenfermería, que frena esa visión transcultural de los cuidados (Fornons Fontdevila 2010; Muñoz de Rodríguez & Vásquez s.d.; Leininger 2002).

### 3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LA MUJER MUSULMANA

El crecimiento de la migración musulmana en España ha provocado, también, un crecimiento en el interés por esta cultura. En el ámbito social podemos encontrar múltiples documentos que se remontan a más de dos décadas atrás. Más aún si no nos centramos en el colectivo musulmán. Existe una gran variedad de artículos que hablan sobre la “inmigración”. Lo que resulta curioso es el bajo número de documentos que encontramos en relación a la sanidad, y hablando ya de escasez, en documentos sobre la maternidad musulmana.

Los documentos que se encuentran se podrían agrupar en documentos publicados durante la última década. Parece ser que la preocupación del sector sanitario ha ido despertándose poco a poco y se ha ido haciendo investigación conforme se ha ido observando la incidencia de la creciente población extranjera.

Los artículos de investigación publicados, en general, primero han ido enfocados a observar diferencias, como por ejemplo en el peso de los recién nacidos (Zanconato et al. 2011), hasta que poco a poco se han centrado en dar ya más importancia a los cuidados de estos pacientes, haciendo hincapié en su cultura y percepción de su realidad contrarrestada a la nuestra.



Los artículos más recientes tratan de buscar la simbiosis entre los cuidados que podemos ofrecer y cómo hacer que los perciban más adecuadamente acorde con su cultura (Carro et al. 2009).

Con el objetivo de aportar información que nos ayude a comprender la situación de la mujer musulmana durante su periodo de maternidad, hemos realizado una revisión de los artículos que consideramos que pueden aportar interés al estudio.

Los hemos clasificado en distintos puntos que nos han de permitir visualizar las cuestiones que justificarían el interés que ha despertado y están despertando (en cuanto a su relación o vinculación con el sistema sanitario) los emigrantes en nuestro país y también en otros países.

### 3.1 Integración e identidad

*“Cuando se les ha pedido a los entrevistados que definan el concepto de integración, en general, todos, han hablado de un esfuerzo mutuo tanto por su parte como por parte de la sociedad en la que viven”*

*(Salam Aslbi Sibai, 2009, Identidad e integración: españoles musulmanes de origen sirio de Madrid)*

Varios artículos tratan sobre la integración de los inmigrantes en nuestro país. En el caso de Adlbi (2009), se hizo un estudio para conocer a los jóvenes nacidos en España descendientes de sirios. En el estudio se concluye que no existe un abandono de la religión musulmana y que los miembros de este colectivo tienen un doble sentimiento de pertenencia. Esto les puede ocasionar desacuerdos al compartir la religión con Siria pero no su cultura y al revés con España.

El uso del pañuelo, por ejemplo, se considera un complemento de libre uso para las chicas ya que para ellas no es cuestión de llevarlo, sino de practicar la religión. Pero los chicos, aunque lo respeten así, admiran a aquellas que lo llevan. Por otro lado, en un artículo realizado por el PAÍS (Rodríguez 2015), a la pregunta relacionada con llevar el pañuelo, las chicas de entre 17 y 30 años, respondieron con ironía y fastidio por haber tenido que contestar a lo mismo que *“detrás de cada pañuelo no hay un padre autoritario”*. También expresan con intensidad que han tenido experiencias negativas a la hora de buscar trabajo por llevar el velo.



### 3.2 Familia y religión

*“Queremos encontrar el camino. Buscar el islam de nuestro país”*

*(Rodríguez, artículo del País “El Islam de las mujeres”)*

En el artículo de Adlbi (2009), los entrevistados concluyeron que en España las familias musulmanas, por lo general, tratan igual a niños y niñas. También se llega a la conclusión sobre otro aspecto relacionado con los estudios y el género: las chicas van a la universidad y los chicos no. Según los entrevistados, el motivo es la dificultad de ellas para acceder al mercado laboral y, por lo tanto, de tener más oportunidades.

Otros decían que este hecho estaba relacionado con el apoyo familiar, más concretamente con el proteccionismo de los padres hacia sus hijas para que continúen estudiando. Algunas defienden el papel que tuvo su madre para que ellas estudiaran, y según ellas *“la educación es lo único que puede liberarnos a las mujeres”*. Esta última reflexión fue realizada por una de las entrevistadas en el artículo de Rodríguez (2015). Ellas defienden el esfuerzo de sus padres que, sin estudios, se han preocupado durante tres décadas de sacar adelante a su familia, que no en profundizar en el Corán, más allá de la religiosidad popular y la reglas tribales machistas.

Ellas consideran que el Islam debe ser el que tú estudies e interpretes, el que sientas. Y ahí no hay sitio para la discriminación. Rodríguez hace una reflexión entorno a aquellos que defienden sus conductas o juicio agresivo y misógino justificado por lo que dice el Corán. Comenta el error de administradores de justicia anclados en un pasado que nadie parece cuestionarse. Y es que según estas chicas, el Corán precisa de esfuerzo para hacer una interpretación personal, libre y crítica.

En relación a la soltería, las mujeres entrevistadas por Rodríguez (2009) aceptan la soltería y las leyes del Corán en relación al sexo. No tendrán relaciones sexuales si deciden quedarse solteras, y en caso de noviazgo, no se puede tener contacto físico.

### 3.3 Signos de machismo aun activos y nuevas interpretaciones de género



En el artículo de Rodríguez (2009), se entrevistó a un joven imam de Madrid, que dijo que el velo era obligatorio, y dijo *“me río del feminismo islámico. Esos son cuentos de mujeres conversas”*. En el Corán, el profeta Mahoma sentencia de parte de Alá lo siguiente: *“aquellas cuya rebeldía temáis, amonestadlas, no os acotéis con ellas; pegadlas”*.

En Córdoba, se ha creado la Unión de Mujeres Musulmanas de España. Encabezada por tres activistas musulmanas conversas, se han propuesto realizar una reinterpretación del Corán en clave de género, para transmitírselo a las mujeres del mundo. Luchan por un Islam español que sea normalizado, contemporáneo, basado en los derechos humanos y sin extranjeros al frente; que no sea misógino, jerarquizado ni vertical. En España ya hay imanes que se están adaptando a un cambio, lejos del terrorismo y del trato de inferioridad a las mujeres.

El autor de *Sabias y Predicadoras*, (Ederer 2015), dijo en este artículo que *“para el musulmán, la actitud correcta no es resistir ni rechazar la modernidad, sino aceptarla con nuestra ley divina”*. Existen artículos que relatan la necesidad de un cambio de pensamiento islámico, que adopte actitudes diferentes ante la mujer, la moral islámica. En ellos coinciden en que la clave es la reinterpretación de los textos y permitir a la mujer comprender el Corán, abriéndole las puertas de la cultura y del conocimiento (Barazangi 2014).

### 3.4 Preocupaciones en el campo de la salud

En un artículo de Carro et al. (2009), se propuso como objetivo conocer los condicionantes del paciente musulmán para entender su visión de salud y optimizar la relación enfermera-paciente. Se trata de una revisión bibliográfica con la intención de buscar las necesidades según el modelo conceptual de Virginia Henderson. Los resultados apuntan a la necesidad de hacer una aproximación con respecto a este colectivo. La última frase de sus conclusiones apunta a que el desconocimiento de la cultura musulmana puede provocar reacciones diversas debido a una serie de cuestiones que chocan con nuestra percepción de la realidad.

En Estados Unidos ya se han empezado a publicar documentos enfocados hacia este tema. Concretamente destacar el artículo de Shahawy et al. (2015), en el que se destaca la importancia del conocimiento de las tradiciones y costumbres de los



musulmanes para aproximarlos al sistema de salud. Creen que estudiar las necesidades concretas en cuestiones de salud acordes a su religión nos serviría de herramienta para dar una mejor cualidad a los cuidados para esta población.

### 3.5 La maternidad musulmana en España

La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes, tal y como dice Marín et al. (Marín et al. 2008), supone una preocupación importante en el campo de la salud pública, en relación a las distintas percepciones en relación al embarazo. Se plantea un estudio de este colectivo debido a los mismos motivos de este estudio: por el creciente número de partos de mujeres inmigrantes. En él se dice que las administraciones públicas están tomando medidas aún para evolucionar.

### 3.6 Resumen protocolos actuales del HPV en relación al parto i post-parto

Los documentos analizados dan información poco precisos de los cuidados que se ofrecen en relación al tema de este trabajo, la cultura de la paciente. Se tiene en cuenta la importancia de la vivencia del proceso del parto, pero no se especifica en ese sentido. Pero actualmente el PHV está trabajando para mejorar su protocolo de asistencia al parto e incluirá el procedimiento de asistencia cultural/espiritual. Esto representa un aspecto a tener en cuenta dentro del protocolo ya existente.

Teniendo en cuenta la *Política d'Atenció al Ciutadà* del PHV que dice así:

“El servicio se tiene que adaptar a las características de los ciudadanos y las actividades tienen que estar pensadas para las personas a las cuales fueron dirigidas”

El programa toma sentido al potenciar una competencia que quizás hace unos años no era tan importante. Dada la alta evidencia de pacientes de origen extranjero, parece interesante dar importancia a este colectivo y buscar estrategias de mejora.

---

Título	Año de validación	Que contiene?	Atención cultural/espiritual
--------	-------------------	---------------	------------------------------

---



<b>Atenció d'infermeria al part</b>	2013	<i>Procedimiento técnico del asistente de enfermería al parto (comadrona)</i>	No
<b>Protocol de part al Pius Hospital de Valls</b>	2013	Resumen de los diferentes fenómenos y actuaciones en relación al parto "Però, al mateix temps, el part és una vivència única en la vida de la dona/parella"	Poco específica
<b>Guia d'assistència al part</b>	2016	Resumen de la actuación por parte de cada persona implicada en el proceso de parto	Poco específica
<b>Política d'atenció al ciutadà</b>	2014	Relata el código ético del hospital, la misión, los valores...	No
<b>Protocol d'assistència al part i postpart</b>	En proceso	Guía detallada de asistencia al parto i post parto en el PHV. Actualmente se está realizando. Contará con sentencias específicas en relación a la atención cultural de la mujer	

**Tabla 3:** Resumen de los protocolos implantados en relación al parto en el PHV



## 4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 4.1 Objetivo general:

- ⇒ Conocer la percepción de la mujer musulmana de la atención enfermera recibida durante su proceso del parto en el Pius Hospital de Valls

### 4.2 Objetivos específicos:

- ⇒ Conocer las necesidades de atención enfermera, durante el proceso del parto, de las mujeres musulmanas
- ⇒ Difundir entre el personal enfermero de la unidad de maternidad los conceptos de cuidados establecidos por Leininger
- ⇒ Diseñar estrategias para crear vínculos de confianza entre la población musulmana y el sistema sanitario a través de la fidelización de las madres musulmanas a la atención sanitaria del Pius Hospital de Valls

### 4.3 HIPÓTESIS

Los cuidados enfocados a la madre musulmana en el postparto inmediato tienen que ser observados dentro de su contexto cultural, de tal forma que puedan adecuarse más a sus necesidades.



## 5. MÈTODOLOGIA DEL PROYECTO

En este apartado se explicará el proceso metodológico de la investigación. Debido a que el estudio va enfocado a la atención sanitaria a un sector específico de la población en un hospital concreto, se realizaron 2 etapas:

1. La **primera etapa** corresponde a la parte de la investigación relacionada con la obtención de datos relativos a la población de estudio atendida en el Pius Hospital de Valls. Estos datos facilitados por el centro sanitario que después serán sometidos a un análisis cuantitativo. Estos datos nos permitirán conocer:

- a. Número de partos de madres musulmanas en el HPV
- b. Edades de las madres musulmanas en el momento del parto
- c. Si se trata de una mujer primípara o no

2. En la **segunda etapa**, se recogerá toda la información relacionada con el estudio cualitativo de las pacientes musulmanas. Se incluyen dos grupos de análisis: uno a las madres musulmanas y otro a los profesionales de salud de dicho centro sanitario:

### **a) Madres musulmanas**

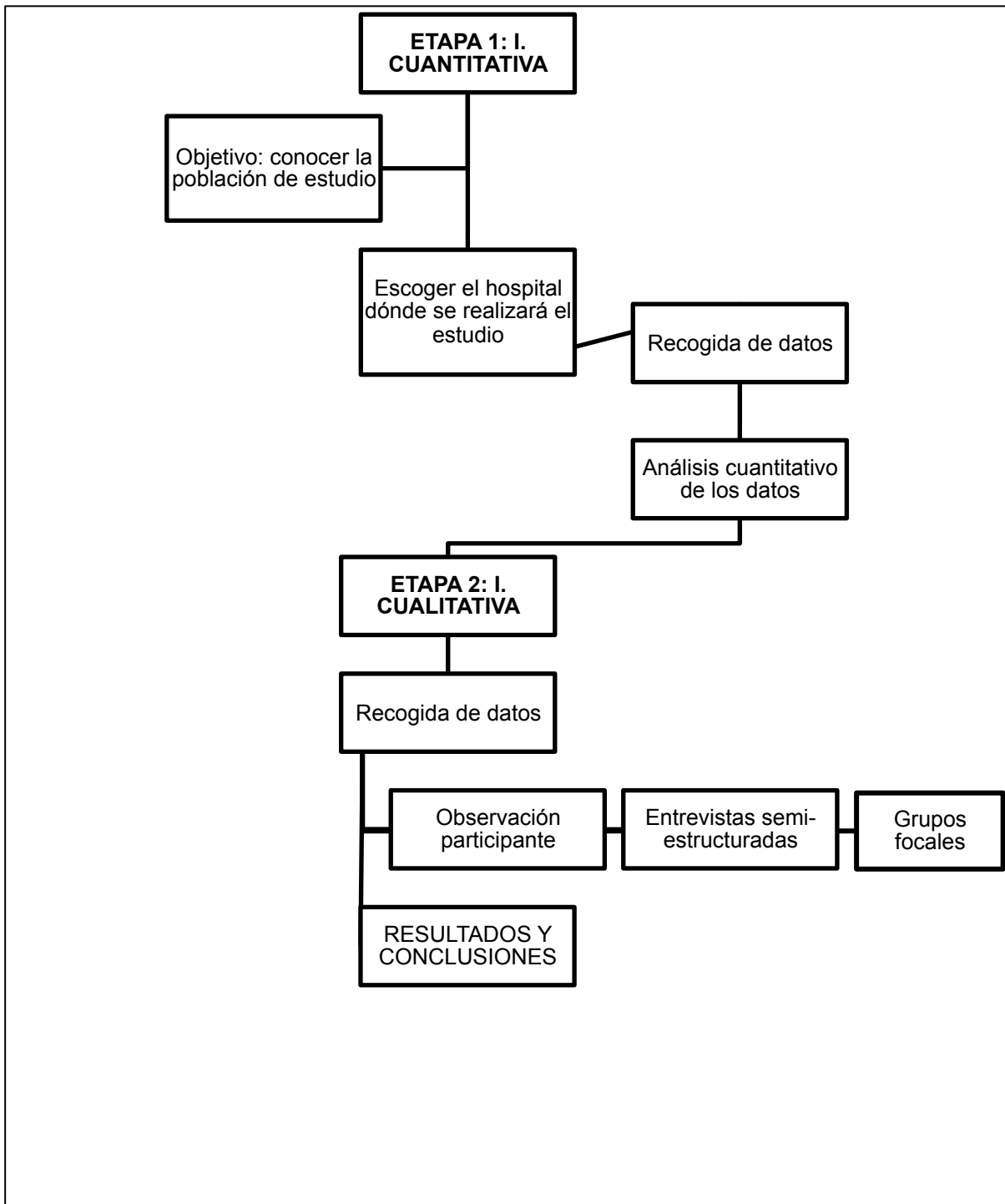
- La observación participante en el HPV durante el postparto en el servicio de maternidad
- Entrevistas semiestructuradas
- Grupos focales

### **b) Enfermeras que trabajan en el servicio de maternidad en el HPV**

- Observación participante en el HPV en el servicio de maternidad
- Entrevistas semiestructurada
- Grupos focales



Figura 1: Esquema general del proyecto





## 5.1 ETAPA 1: METODOLOGÍA CUANTITATIVA

En este apartado realizaremos un estudio de la población, objeto del estudio, que justifica sobradamente la conveniencia de realizar este trabajo de investigación en este centro sanitario.

Los datos estudiados y que permitirán definir la población de estudio serán los siguientes

- Número de partos totales en el Hospital el año anterior a la realización del estudio
- Porcentaje de partos de madres extranjeras
- Porcentaje de partos de madres musulmanas
- Media de edad de las madres musulmanas
- Extremos de edad de las madres musulmanas
- Número de partos anteriores de las madres musulmanas

En este análisis también se contrastará la información obtenida con la del colectivo de mujeres que no son musulmanas.

Toda esta información será tomada además como criterio de decisión de las mujeres que serán entrevistadas en la parte cualitativa, intentado buscar la mayor variedad de mujeres y experiencias vividas durante el parto.

### 5.1.1 MATERIAL

Los datos serán obtenidos de los registros del centro sanitario. Los datos serán analizados individualmente.

Como criterio en el que nos hemos basado para etiquetar que un niño es hijo de madre musulmana será el apellido. En el anexo 3 hemos aportado una lista de apellidos musulmanes que nos resultará útil para dicha identificación.

En el caso de pacientes africanos, si no se tiene la oportunidad de saber si pertenecen o no a la religión musulmana, se tratarán como datos inconcluyentes, y se contabilizará con el porcentaje general de madres extranjeras.



Se utilizara el programa SSPS para realizar un análisis descriptivo de los datos. Se analizará la media más acorde con cada ítem (media, mediana, media recortada o M de Huber).

#### *Criterios de inclusión*

- Nacidos en el HPV
- En el estudio se recogen datos de mujeres musulmanes y no musulmanes

#### *Criterios de exclusión*

- Falta de datos en la historia clínica

### **5.1.2 PERÍODO DE ESTUDIO**

En este caso, el periodo de estudio se ciñe a la recogida de datos y a su posterior análisis. El periodo será independiente a la facilidad de la obtención de datos, ya que en algunos casos sí que se contabiliza automáticamente, pero en otros no. Por lo tanto, no se puede concluir el periodo total de esta etapa, aunque tendrá que ser explicada por parte del investigador la forma en qué ha podido obtener los datos (si el sistema ya los tiene automáticamente registrado, o si se ha tenido que ir uno por uno) y el tiempo que ha tardado.

### **5.1.3 LUGAR DE ESTUDIO**

El lugar de estudio tendrá que ser explicado previamente, haciendo una revisión de:

- Tipo de hospital
- Recursos del hospital
- Camas totales del hospital
- Camas en el servicio de maternidad



## 5.2 ETAPA 2: METODOLOGÍA CUALITATIVA

La segunda etapa de este proyecto de investigación se enfocará al estudio del objetivo principal. Para ello se ha escogido la metodología cualitativa, como estrategia para conocer las necesidades que manifiestan las mujeres musulmanas durante su proceso de atención al parto. Necesidades vinculadas a su cultura y religión que, en algunos casos, pueden diferir de las que nuestro sistema sanitario les ofrece.

Se tratará de un estudio fenomenológico y descriptivo. Para ello se utilizarán tres técnicas de investigación cualitativa:

- Observación participante
- Entrevistas semiestructuradas
- Grupos focales

Posteriormente, en el apartado que dedicamos a las técnicas, se explicará en qué consiste cada una de ellas y qué objetivo se busca obtener.

### 5.2.1 PERIODO DE ESTUDIO

Nuestro trabajo de investigación pretende conocer las madres musulmanas que acuden al hospital donde se realiza el estudio. El objetivo, como ya hemos comentado anteriormente, es profundizar en la percepción que tiene la mujer musulmana de los cuidados que les dispensamos en nuestro centro para establecer estrategias que nos permitan mejorarla. Por ello el período de este estudio se extiende a los 12 meses.

Este periodo se dedicará exclusivamente a la recogida de datos sin contar su posterior transcripción y análisis.



Tabla 4: Tiempo de investigación de los instrumentos cualitativos

TÉCNICA	TIEMPO DE ESTUDIO	OBSERVACIONES
Observación participante	6 meses	Teniendo en cuenta que la observación se realizará durante el su tiempo laboral
Entrevistas a madres musulmanas	2 meses	15 entrevistas
Entrevistas a profesionales sanitarios	2 meses	15 entrevistas
Grupo focal a madres musulmanas	1 mes	3 grupos focales
Grupo focal a profesionales sanitarios	1 mes	3 grupos focales

Después de este periodo, se realizará el análisis de datos. El tiempo que se tarde en concluirlo es independiente de cada investigador.

### 5.1.2 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

En este apartado se explicará la técnica que se utilizará y el objetivo a tener en cuenta en cada una de ellas.

#### Observación participante

**Definición:** esta técnica se basa en la recogida de información que consiste en observar a la vez que participar en las actividades del grupo que se está investigando.

**Personal investigador:** en este caso, las investigadoras tendrán que ser personal de enfermería que trabajen en la planta de obstetricia. Como investigador principal será una enfermera que trabaje en ese servicio, pero como investigadoras colaboradoras, se puede tener en cuenta a las matronas y enfermeras de la planta de obstetricia. Las



observaciones en este caso, serán los cuidados una vez la madre ya haya dado a luz, no antes, ya que este trabajo se trata de focalizar los cuidados en el postparto.

**Lugar de observación:** por lo tanto, concretamente la observación tendrá lugar a partir del momento en que la mujer haya parido. El lugar de observación será el servicio de obstetricia.

**Personal a investigar:** madres musulmanas durante el postparto.

**Qué observar:** las actitudes, necesidades y comportamientos en el post parto. Observar las relaciones que se dan entre padre-madre, madre-hijo, madre-personal sanitario.

**Cómo registrar:** se utilizará un diario de campo para ir registrando las observaciones.

### Entrevistas a las madres

**Definición:** esta técnica se basa en realizar una entrevista al objeto de estudio.

**Personal Investigador:** el investigador puede ser el investigador principal (enfermero/a) o colaboradores.

**Cuándo:** no se realizaran las entrevistas durante el tiempo que las madres están ingresadas. En los criterios de inclusión, se determina que estas madres deben de haber dado a luz en el hospital donde se lleva a cabo la investigación, como máximo hace 1 año. Un plazo más largo puede no se considera adecuado ya que las mujeres pueden haber olvidado detalles que resultarían interesantes para la investigación.

**Lugar:** idóneamente, las entrevistas se realizaran en un lugar cómodo para la persona entrevistada como puede ser su domicilio. Este lugar será pactado entre investigador y entrevistado. Se ofrecerá una sala del hospital si así lo desea la entrevistada.

**Personal a investigar:** madres musulmanas que han dado a luz en el hospital en el que se esté investigando. Se buscará a un **portero** que nos sirva de contacto con madres que quieran ser entrevistadas, o el investigador solicitará, después del alta, a las madres si quieren colaborar y ser entrevistada dentro de unos días, en una fecha que se pactará entre entrevistada y entrevistador/a.

**Tipo de entrevista:** semi-estructurada.



**Como registrar:** se utilizará una grabadora siempre y cuando la persona lo acepte. En caso contrario de tomarán notas. Se realizarán, si se considera necesario, anotaciones en uno u otro caso.

#### Entrevistas a los profesionales

**Definición:** esta técnica se basa en la recogida de información que consiste en observar a la vez que participar en las actividades del grupo que se está investigando.

**Personal investigador:** el investigador puede ser el investigador principal (enfermero/a) o colaboradores (matronas o enfermeras de la planta de obstetricia).

**Lugar:** idóneamente las entrevistas se realizaran en un lugar cómodo para la persona entrevistada como puede ser su domicilio o una sala en el hospital.

**Sujeto a investigar:** profesionales sanitarios. Como preferencia se entrevistará al personal enfermero del servició. También se incluirán a auxiliares, médicos obstetras y matronas.

**Tipo de entrevista:** semiestructurada.

**Cómo registrar:** se utilizará una grabadora siempre y cuando la persona lo acepte. En caso contrario de tomarán notas. Se realizarán, si se considera necesario, anotaciones en uno u otro caso.

#### Grupos focales madres musulmanas

**Definición:** consiste en una reunión de un grupo de personas, entre 6 y 12, con un moderador, investigador o analista. Este será el encargado de hacer preguntas y dirigir la discusión.

**Personal investigador:** el investigador puede ser el investigador principal (enfermero/a) o colaboradores (matronas o enfermeras de la planta de obstetricia).

**Lugar:** se realizarán en un sitio escogido por ellas y que cumpla los requisitos de sitio tranquilo y que permita el registro de audio. A no ser posible, se buscará un lugar en el que las partes estén de acuerdo.



**Sujeto a investigar:** madres musulmanas que hayan dado a luz en el hospital donde se este investigando.

**Cómo registrar:** se utilizará una grabadora siempre y cuando la personas lo acepten. En caso contrario de tomarán notas. Se realizarán, si se considera necesario, anotaciones en uno u otro caso.

### Grupos focales profesionales

**Definición:** consiste en una reunión de un grupo de personas, entre 6 y 12, con un moderador, investigador o analista. Este será el encargado de hacer preguntas y dirigir la discusión.

**Personal investigador:** el investigador puede ser el investigador principal (enfermero/a) o colaboradores (matronas o enfermeras de la planta de obstetricia).

**Lugar:** idóneamente, las entrevistas se realizaran en un lugar cómodo para la persona entrevistada como puede ser su domicilio o una sala en el hospital.

**Sujeto a investigar:** profesionales sanitarios: personal enfermero, auxiliares, médicos obstetras y matronas.

**Cómo registrar:** se utilizará una grabadora siempre y cuando la personas lo acepten. En caso contrario de tomarán notas. Se realizarán, si se considera necesario, anotaciones en uno u otro caso.



### 5.1.3 ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A MADRES MUSULMANAS

Se trata de una técnica de investigación muy utilizada y que la bibliografía consultada avala en la utilización en estudios similares. Podemos citar el trabajo de *Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study* de Alvarez et al (2015). En este estudio se realizaron entrevistas semi-estructuradas en Jaén, Andalucía. En este caso se dividió la entrevista semi-estructurada en 3 aspectos:

- Proceso de migración
- Sexualidad
- Reproducción

Basándonos en este reciente estudio de investigación, que se ajusta mucho al estudio que pretendemos desarrollar, hemos elaborado el guion que utilizaremos en la entrevista semi-estructurada.

Las categorías serán las siguientes:

- A. El proceso de migración
- B. La reproducción y sexualidad en la mujer musulmana
- C. La maternidad: concepto, sentimientos al respecto y motivaciones

**Tabla 5.** Guía para realizar la entrevista semiestructurada a las madres musulmanas

#### DATOS INICIALES:

- **Edad**
- **Lugar de nacimiento**
- **Lugar de residencia actual**
- **Número de hijos**
- **Edad en que tuvo el primer hijo**

#### A) EL PROCESO DE MIGRACIÓN

1. Me gustaría saber como fue su llegada a España, cuál fue el motivo y cómo fue su experiencia
2. ¿Cuáles son sus expectativas futuras, seguir residiendo en España o volver a su país de origen?
3. ¿Se ha sentido discriminada por su condición de extranjera? O destaca algún otro comportamiento. Como por ejemplo, sobreprotector, por ser de otro país?
4. Si trabaja, hableme de su vida laboral en España
5. ¿Cuántos miembros son en su familia?
6. ¿Ha tenido algún problema médico desde su llegada?



---

7. ¿Ha tenido que acudir al Hospital? ¿Por qué?

#### **B. REPRODUCCIÓN Y SEXUALIDAD**

7. ¿Tiene pensado tener más? ¿Por qué motivo?

8. ¿Tienen alguna creencia vinculada con su religión o costumbres en relación a la sexualidad?

9. ¿Qué sucede si una mujer no puede tener hijos?

10. ¿Qué piensa de los métodos anticonceptivos? ¿Usted los utiliza?

11. ¿Ha tenido nunca algún problema ginecológico? ¿Qué ha hecho? ¿Ha acudido a algún centro sanitario?

12. ¿Existe alguna relación entre el número de hijos y la honra para su familia?

#### **C. EXPERIENCIA DEL PARTO EN EL HOSPITAL**

13. ¿Qué recuerdos tiene de ese momento y los días que estuvo ingresada?

14. ¿Tuvo algún problema sanitario usted o el niño durante ese periodo? Si fue así, ¿qué paso? ¿Se sintió apoyada por el personal?

15. ¿Qué papel tuvo su marido durante el parto? ¿Estuvo presente? ¿Y durante los días que estuvo ingresada?

16. ¿Usted hizo lactancia materna? Si fue así, ¿cuál fue el motivo de su elección?

17. ¿Qué concepto tiene usted de la maternidad/de tener hijos?

18. ¿Tiene algún significado para usted diferente tener un niño o una niña?

19. ¿Qué opina de los cuidados que le prestaron las enfermeras en planta?

20. ¿Percibió alguna conducta discriminatoria?

21. ¿Qué le hubiese gustado que fuese diferente?

21. ¿Tienen alguna costumbre, que le hubiese gustado poder practicar durante el proceso del parto?

22. ¿Qué fue lo que menos le gusto o le resulto molesto de la actuación de los profesionales sanitarios durante su atención en el momento del parto?

23. Si ha dado a luz en su país, cuénteme su experiencia.

24. ¿Tienen algún ritual cuando da a luz para usted y su hijo?

25. Si usted pare durante el ramadán, ¿qué sucede?

---

### **5.1.4 ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS PARA LOS PROFESIONALES**

Con el objetivo de poder diseñar estrategias que faciliten a los profesionales enfermeros la atención a las mujeres musulmanas durante su proceso de parto, hemos considerado importante conocer también su opinión. En este caso, no se encontró bibliografía relacionada con el tema de la investigación que nos sirviera de base para definir nuestra entrevista. Sin embargo, y de acuerdo con nuestros objetivos y experiencia, hemos optado por establecer las siguientes categorías:

- Profesional en los cuidados de PI
- Percepción de la cultura musulmana



- Percepción personal de la mujer musulmana y su relación con ella

**Tabla 6:** guía para las entrevistas semi-estructuradas a los profesionales sanitarios

#### DATOS INICIALES

- **Edad**
- **Lugar de nacimiento**
- **Lugar de residencia actual**
- **Años trabajando en el servicio de maternidad**

#### PROFESIONAL EN LOS CUIDADOS DEL PI

1. ¿Elegió usted este servicio o se lo asignaron?
2. ¿Le resulta útil el plan de cuidados que tiene en relación al parto y postparto? ¿Cambiaría alguna cosa?
3. ¿Se siente respaldada por sus compañeros/as a la hora de realizar unos cuidados óptimos a las pacientes en el post parto?

#### PERCEPCIÓN PERSONAL DE LA CULTURA MUSULMANA

4. ¿Sabe qué porcentaje de nacimientos de hijos de extranjeros se atienden en su hospital?
5. ¿Recuerda en que momento empezaron a atender a pacientes de otras culturas?
6. Relátenos alguna anécdota que recuerde como satisfactorio de su atención a pacientes de cultura musulmana. ¿Y otro que le haya creado una situación tensa?
7. ¿Cree que tener conocimientos sobre la cultura musulmana le ayudaría su práctica asistencial a este tipo de pacientes?
8. ¿Ha realizado alguna vez algún curso de transculturalidad? ¿Le gustaría?

#### PERCEPCIÓN PERSONAL SOBRE LA MUJER MUSULMANA Y SU RELACIÓN CON ELLA

9. ¿Tiene alguna amistad con alguna mujer musulmana fuera del ámbito laboral? Como reaccionaría si su hijo tuviese una pareja practicante de esta religión?
10. ¿Qué opina de la relación del instinto maternal de la mujer musulmana en relación a los comportamientos observados en la planta?
11. ¿Qué opinión tiene de la mujer musulmana?
12. ¿Cree que sería una buena estrategia el crear un vínculo de confianza entre la mujer musulmana y enfermero como medida para mejorar su adhesión al sistema sanitario que pudiera repercutir en su salud y la de su familia? Por qué?
13. Cree que las mujeres musulmanas suelen tener más complicaciones relacionadas con el parto y postparto?



### *5.1.5 GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL*

#### *PARA LAS MADRES MUSULMANAS*

Los grupos focales se realizarían a un total de 5-7 personas. El investigador principal sería el moderador. Se escogería un lugar cómodo para las integrantes del grupo. La heterogeneidad del grupo es un aspecto importante, por este motivo, se escogería que al menos hubiese una representante de:

- Madre musulmana nacida fuera de España y que haya dado a luz en el HPV
- Mujer musulmana nacida en España y que haya dado a luz en el HPV
- Mujer musulmana nacida fuera de España en edad fértil y sin hijos
- Mujer musulmana nacida en España en edad fértil y sin hijos

El vínculo con estas mujeres se hará a través de un portero. Los temas a tratar en este grupo serán los siguientes:

- Significado que tiene para la mujer musulmana quedarse embarazada
- Cuidados recibidos durante el embarazo: culturales en su domicilio y asistenciales en el hospital/CAP
- El momento de dar a luz: creencias, percepciones, soporte profesional
- En el postparto: cuidados en el hospital y en casa, atención emocional, información
- Percepción del sistema sanitario: motivos por los que acude a la consulta, atención recibida, experiencias. ¿Qué mejorarías?
- Significado de ser mujer musulmana: sentimientos en relación a ello, percepción de las mujeres y hombres no musulmanes sobre ellas

#### *PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS*

Los grupos focales se realizarían de un total de 5-7 personas. El investigador sería el moderador. Se escogería un lugar cómodo para las integrantes del grupo. La heterogeneidad del grupo es un aspecto importante, por este motivo, se escogería que al menos hubiese una representante de:

- Un enfermera que haya trabajado en el servicio de maternidad desde que entró en funcionamiento el HPV



- Una enfermera que haya trabajado en maternidad del HPV y en otro centro sanitario también en maternidad
- Una enfermera con 10 años de experiencia en maternidad en el HPV
- Una enfermera novel con menos de 3 años de experiencia en maternidad en el HPV

El grupo se formará a través del investigador que trabaja en el centro. Los temas a tratar en el grupo son los siguientes:

- Experiencia con madres musulmanas como pacientes
- Áreas de mejora en los cuidados específicos demandados por la mujer musulmana en el postparto
- Debate sobre la religión musulmana y la figura de la mujer

#### 5.1.6 POBLACIÓN DE ESTUDIO/ACCESIBLE

A continuación se especificaran los criterios de inclusión para las madres musulmanas y los profesionales sanitarios que serán entrevistados.

En relación a los participantes de los grupos focales consultar en el apartado 5.1.5.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Ser mujer	Convertida al islam
Ser musulmana practicante	Convertida al cristianismo
Tener hijos(alguno de ellos nacido en el PHV)	Hacer más de 1 año que dio a luz
Voluntariedad	Haber tenido un hijo con dificultades/complicaciones

**Tabla 7:** Criterios de inclusión de madres musulmanas en las entrevistas y grupos focales



Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Ser enfermera	Ser musulmana practicante
Trabajar en maternidad del PHV	
Voluntariedad	

**Tabla 8:** Criterios de inclusión de profesionales sanitarios en las entrevistas y grupos focales

### 5.1.7 VARIABLES DEL ESTUDIO

#### Variable independiente

⇒ Cuidados realizados en el PI

#### Variable dependiente

⇒ Necesidades de la madre musulmana en el PI

### 5.1.8 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos de la observación participante se harán en un diario de campo. En este caso el diario de campo se substituirá por la aplicación Word del teléfono móvil, dada las siguientes ventajas:

- Transcripción digital directa
- Recurso más actual y que en todo momento llevamos a mano
- Más confidencialidad
- Más comodidad
- Más seguridad

El análisis de los datos se trasladaran al programa MAXQDA. Este programa permite realizar categorías de análisis para facilitar el trabajo.



## 6. RESULTADOS: Prueba Piloto

### 6.1 ETAPA 1

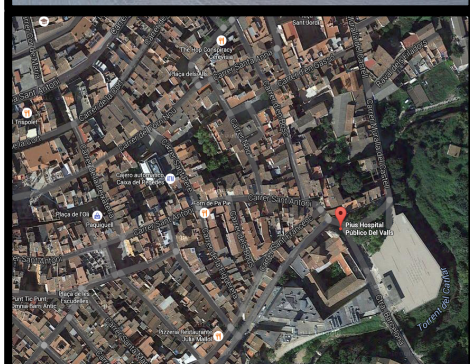
#### 6.1.1 PRESENTACIÓN DEL CAMPO DE ESTUDIO

La ciudad de Valls cuenta con documentación de referencia que demuestra la existencia de un hospital desde 1259. A día de hoy, y desde hace 25 años, el nuevo hospital se ubica al convento de Sant Francesc, el cual había sido el hospital desde 1868. Se encuentra situado junto al torrente, en una de las entradas de Valls, conocida como “la entrada del hospital”.



**Figura 2:** Fotografía de la puerta de entrada del hospital.

Fuente: <http://www.piushospital.cat/centres-serveis/pius-hospital-valls/>



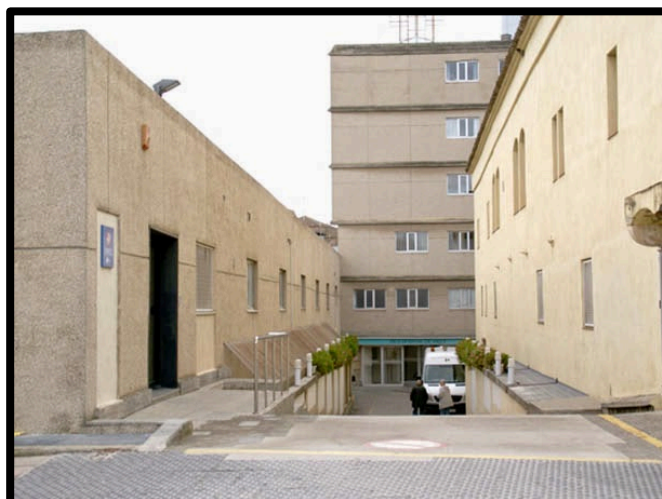
**Figura 3:** Fotografía aérea de la ubicación de hospital.

Fuente: google maps



**Figura 4:** Iglesia de Sant Francesc a la derecha y edificio antiguo del convento donde encontramos el socio-sanitario y los despachos y recursos humanos. En medio hay el antiguo claustro, conocido como el “pati dels tarongers”. Delante se encuentra una plaza y debajo un aparcamiento.

Fuente: <http://www.piushospital.cat/centres-serveis/pius-hospital-valls/>



**Figura 5:** A la derecha encontramos el final del edificio de Sant Francesc y al fondo el edificio nuevo desde hace 25 años, cuando se inauguró como el Pius Hospital de Valls. El acceso al hospital es bastante dificultoso, ya que implica una pendiente bastante acentuada.

*Fuente:*

*<http://www.piushospital.cat/centres-serveis/pius-hospital-valls/>*

Este hospital general básico da cobertura a una población aproximada de 68.000 habitantes. Cuenta con una plantilla de más de 500 profesionales. Ofrece servicios de salud y sociales a la población de la Alt Camp y Conca de Barberà, en un modelo orientado al ciudadano, ofreciendo proximidad, calidad, competencia profesional y eficiencia. Está compuesto por el hospital de agudos, el centro sociosanitario y Residencia Alt Camp.

El centro sociosanitario se encuentra ubicado en el edificio de Sant Francesc y comunica con una pasarela en el último edificio construido. En este encontramos el hospital de agudos, el cual se ha ido adaptando y actualmente una de las plantas se ha modificado el uso. Donde antiguamente había la planta de pediatría y maternidad encontramos consultas externas y la unidad de cirugía sin ingreso.

Las dos plantas de hospitalización se encuentran a la 4ª y 5ª planta. La 5ª planta está destinada a medicina interna. Las dos plantas tienen cada una un total de 13 habitaciones de las cuales 5 son individuales

El hospital cuenta con servicio de urgencias, una sala de partos con 3 habitaciones y dos quirófanos. También cuenta con un servicio de rehabilitación Cuenta con un bar para los trabajadores.



Presentación de la Planta de Obstétrica y Ginecología

La 4ª planta encontramos el servicio de obstetricia y ginecología. Los colores de la planta son azul cielo, azul marino y blanco. Vemos mucha luz, puesto que todas las esquinas tienen contacto con el exterior. Se comparte el espacio con otras especialidades como pediatría, traumatología, cirugía y urología.

En total dispone de 21 camas, 5 en habitaciones individuales y el resto dobles. La unidad forma una "u". En un pasillo, se intenta ubicar los pacientes de obstetricia y ginecología y en la otro los de pediatría.

Los servicios de traumatología, cirugía y urología sueñen los que antiguamente estaban ubicados en esta planta, y se los ubica teniendo en cuenta diferentes criterios en un pasillo u otro. Todas las habitaciones cuentan con ventanas, una butaca y un baño con ducha.



**Figuras 6 y 7:** Fotografía del pasillo de maternidad y fotografía del control de enfermería desde el pasillo central. Fuente: original

El control de enfermería se encuentra al pasillo central de la unidad, al lateral, de tal forma que entra luz solar y con vistas a un pequeño torrente. Este hecho permite un ambiente más agradable para los trabajadores. El control es semi abierto y es el lugar en el que se realiza el cambio de turno y se prepara medicación.



El control de enfermería comunica con el *nido*: este espacio está destinado a los cuidados de los recién nacidos. Encontramos las cunas numeradas para los recién llegados. Estas se etiquetan con el nombre y el número de habitación y cuna. También encontramos una isla donde se llevan a cabo distintas actividades: los pediatras de 9 a 12h visitan los neonatos, las enfermeras realizan analíticas y exploraciones y las auxiliares realizan los baños de los bebés.

En caso de tener que actuar rápido ante una situación de urgencia, se utiliza generalmente por parte de todo el personal esta ubicación, que cuenta con un aspirador y salida de oxígeno, además, es el lugar en el que hay dos focos de luz directa, mientras que en las otras dos zonas no. Una de estas zonas, se utiliza más para la exploración inicial del bebé al nacer, puesto que cuenta con báscula, sistema de oxígeno terapia y todo el material dispuesto ordenadamente en cajones. En este espacio encontramos diversos aparatos dedicados en los cuidados de los bebés y pacientes pediátricos: incubadora, máquina de fototerapia, respiradero, monitores de constantes vitales, etc.

Cuando algún recién nacido precisa observación constante, se le ubica en este espacio, concretamente encarado al ventanal que comunica con el control de enfermería.



**Figura 8:** Fotografía del Nido. Fuente: original

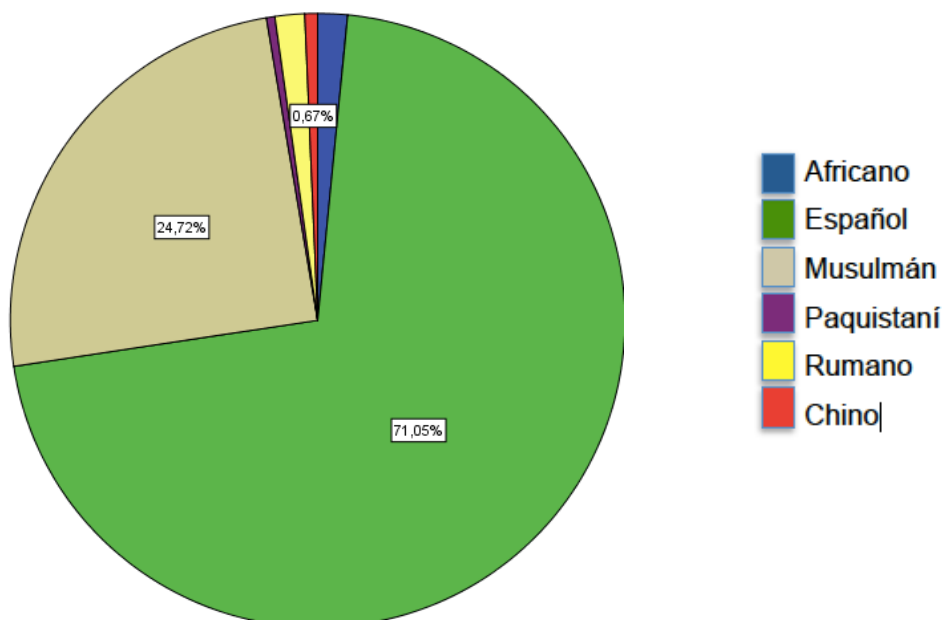
La planta cuenta con alguna decoración destinada a los pacientes pediátricos. Encontramos unos peces de colores colgados al pasillo central. También hay una sala de juegos y en una de las paredes, junto al control de enfermería, hay todos los dibujos que los pacientes pediátricos hacen para el personal sanitario. Curiosamente, la sala de juegos se encuentra ubicada al inicio del pasillo de maternidad, así como la pared en la que se cuelgan estos dibujos de los niños.



### 6.1.2 RESULTADOS ANÁLISIS CUANTITATIVO

El año 2015, en el HPV, hubo un total de 454 nacimientos. En este análisis, se estudió cada historia de los nacimientos a través del GAP<sup>4</sup> del PHV, teniendo en cuenta el apellido como referencia, ya que no se anota la nacionalidad de los padres en las historias clínicas del GAP de los recién nacidos.

Del total de los nacimientos un 29% llevan apellidos extranjeros. Un 24,7% fueron de origen árabe. El resto fueron identificados como apellidos de origen chino, sudamericano, rumano, paquistaní y africano. Según la bibliografía, en África, encontramos religiones como el cristianismo, islam, hinduismo o religiones nativas. Al no poder determinar de qué religión son, no se han incluido. Aun así, podemos afirmar que, aproximadamente, 1 de cada 4 nacimientos atendidos en el HPV en el 2015 fueron de padres de origen musulmán.



**Figura 8:** Porcentaje de la nacionalidad de las madres que dieron a luz en el PHV en 2015

La media de edad de las madres que dieron a luz el 2015 en el HPV fue de 32 años. La media de edad de las madres musulmanas fue de 28 y de las nacionales de 33 años. No se ha calculado la media de edad de las otras nacionalidades porque la muestra es muy escasa. Los extremos de edad en la población total de todas las

<sup>4</sup> **GAP:** programa informático utilizado en el HPV para la gestión de las historias de salud



madres lo encontramos entre 4 casos de edades inferiores a 18 años, en los que no existe significación de ninguna cultura, y de edades de mas de 35, en el que se encuentra el segundo grupo más numeroso. Entre los datos encontramos casos de mujeres que dan a luz a los 42, entre estas no hay significación de que se den más casos en una cultura u otra.

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido <18	4	,9	,9	,9
(18-25]	53	11,8	11,8	12,7
(25-35]	285	63,5	63,5	76,2
>35	107	23,8	23,8	100,0
Total	449	100,0	100,0	

**Figura 9:** Tabla de frecuencias de la edad de las madres de los recién nacidos en el PHV en 2015

En el caso del número de hijos, las madres no extranjeras tienen una media de 2 hijos y las madres musulmanas también de 2. Teniendo en cuenta los datos, en el caso de las mujeres musulmanas nos encontramos con picos de 6 y 7 hijos y también muchas madres primerizas. El 38,8% de todas las madres fueron primerizas y el 10,6% de estas tienen familia numerosa, es decir, más de 3 hijos. Entre las madres que tenían más de 4 hijos encontramos un mayor número de madres extranjeras.

<b>Media de edad de las madres musulmanas</b>	<b>Media de edad de las madres nacionales</b>
28	33
<b>Media de hijos de madres musulmanas</b>	<b>Media de hijos de madres nacionales</b>
2	2
<b>Porcentaje nacimientos de madres musulmanas</b>	<b>Porcentaje nacimientos de madres nacionales</b>
24,7%	71%

**Tabla 9.** Resumen datos extraídos de los nacimientos de 2015 en el PHV



## ETAPA 2

### 6.2 DÓNDE Y CUÁNDO

La observación participante fue realizada durante un periodo de 2 meses en la planta de maternidad del HPV (marzo y abril 2016). La observación se hizo durante mi jornada laboral, que se resume de la siguiente forma durante esos 2 meses:

- 3 turnos de mañanas
- 6 turnos de tarde
- 2 noches
- 3 guardias de fin de semana (12h)
- 9 refuerzos (3 horas por la mañana). Con la función de pasar visita a los recién nacidos, ayudar a sus madres y colaborar con el trabajo asignado al resto de compañeras
- 14 reducciones de jornada de tarde

Las entrevistas se realizaron durante el mes de mayo en el PHV. Se utilizó un despacho de la 4ª planta. Se entregó la hoja de información y el consentimiento informado.



### 6.2.1 RESULTADOS OBSERVACION PARTICIPANTE

La recogida de datos se realizó mediante la aplicación móvil MS Word que se utilizó como diario de campo. Se ha utilizado el programa MAXQDA. A través de la lectura del diario de campo, han surgido las siguientes categorías:

<b>Categorías emergentes de la observación participante</b>
La mujer musulmana atendida en el HPV
Intimidad
Soledad y soporte familiar
Religión
Apego con el recién nacido y lactancia materna
Comportamientos de intolerancia

**Tabla 10:** Categorías emergentes de la observación participante

#### Las mujeres musulmanas atendidas en el HPV

Las mujeres atendidas de religión musulmana en el HPV son mujeres de distintos rangos de edad. Nos encontramos desde jóvenes de 19 años a mujeres de 44 años. La mayoría, para nuestra sorpresa, no presentaba problemas de comprensión idiomática. Todas ellas estaban casadas, y solo dos en ese periodo de observación fueron primerizas. Algunas llevaban velo, otras no. En otras se podía observar que tenían la religión muy presente.

Por lo general, la muestra de pacientes musulmanas que atendí durante ese periodo fue bastante heterogénea en aspectos como la edad, las prácticas de culto, el apoyo familiar, el número de hijos anteriores, etc. Por otro lado, ninguna de las que atendí con apellidos musulmanes era no practicante. Y todas optaron por la lactancia materna.

#### Intimidad

La intimidad la tienen muy en cuenta durante su estada en el hospital. Por lo general en el hospital se procura que en las habitaciones, siempre que sea posible, se junten



dos madres de esa misma religión. Algunos de los criterios para esta conducta por parte de los profesionales es el hecho de facilitar el confort de las pacientes, tanto para la madre musulmana como para la que no lo es.

Llama la atención la coincidencia en comentarios como “*porque hacen un olor...!*” (refiriéndose algunas profesionales sanitarias a las pacientes musulmanas) que refleja alguna de las percepciones erróneas de este colectivo, debido a que el olor fuerte está relacionado con las especias y ungüentos que usan, que se caracterizan por tener un olor fuerte.

El siguiente relato nos evidenció la importancia de preservar la intimidad de estas mujeres si bien entendemos que este aspecto, en general, se cumple:

*“Como tenía problemas para darle el pecho, ya que el bebé estaba muy dormido, fui a ayudarla. En la habitación estaba esta señora y al lado otra madre laica. Con ella había su marido y una mujer mayor con bastón sentada en una silla. Su abuela supuse. Pasé la cortina, le expliqué lo que íbamos a hacer, asintió y me puse a ayudar a la mujer a darle el pecho al bebé. No tenía un dominio de la lengua perfecto, pero nos entendíamos. Me di cuenta de que la mujer estaba un poco nerviosa, imaginé que era por el tema de la intimidad, así que la tape lo máximo que me permitiera preservar su intimidad y ayudarla. Pero aun así vi que no estaba tranquila. Decidí comentar al marido de la mujer de al lado si podía salir un momento de la habitación. Ella se sintió más relajada. Lo vi en su mirada y se destapó un poco más para hacerlo más fácil.*”

Ella necesitaba que no hubiese la presencia de otro hombre mientras enseñaba una parte de su cuerpo aunque este estuviese al otro lado sin poder verla. La presencia de las otras mujeres no le molestaba. Lo mismo sucedió en el periodo en que había un estudiante de enfermería masculino. Dependiendo del tipo de exploración que le hiciésemos, la mujer se sentía incomoda y reticente.

En otros momentos en que mi papel ha sido más observador, he visto como todas esas acciones que nosotros percibimos como normales o sin importancia puedan ser interpretadas como una vulneración de su intimidad. También hay otras situaciones en las que sí que se tiene en cuenta y los procesos se hacen con más cuidado. A continuación relato dos escenas diferentes sobre este contexto:

*“Fui con la compañera a ver a la madre que acababa de subir de sala de partos. Yo me puse a tomarle la tensión y mi compañera la destapó de golpe*”



*para mirarle la sonda y el sangrado y para cambiarle la compresa. La mujer dolorida se quedó perpleja, y le subí la sabana (...) Primero le preguntó que si nos entendía, la mujer hizo un gesto con la mano simbolizando que más o menos sí. Entonces le explicó que le cambiaría la compresa. Tenía todas las cosas preparada, y la destapó lo justo para cambiársela”.*

Dos escenas de índole diferente para la paciente.

### Soledad y apoyo familiar

Esta categoría surgió después de que sucediera el siguiente caso:

*“La compañera vino riéndose a carcajadas y nos contó que la paciente había llamado y que cuando llegó la encontró muy espantada. Esta le dijo que se acercara para mirarle el pecho, se lo apretó y salió calostro. “Mira que me sale! Que es esto?. Qué hago?”.*

La madre musulmana, de tan solo 22 años, primeriza, no sabía lo que era el calostro, ni cuales eran los procesos de la lactancia materna. Según su religión, se tiene que dar el pecho, pero los días que estuvo ingresada solo vimos a su marido, también joven y a otra chica joven. El día siguiente la compañera nos contó que la paciente había llamado a su madre a Marruecos para preguntarle sobre esto.

Según la literatura de esta religión, las mujeres musulmanas cuando tienen hijas saben que en el momento en que esta se case, pasará a formar parte de la familia del marido, y es la madre de este quien. Una compañera musulmana me corrobora esta información. Quizás muchas de las madres que vienen a dar a luz en nuestro hospital de religión musulmana presentan este prototipo de familia, y en algunos casos, el marido tampoco tiene a sus padres con él. Entonces, el apoyo familiar les falta, ya que estos quizás han emigrado solos y su familia está en su país de origen.

Haciendo referencia al soporte familiar, he observado la importancia que tiene para alguna de estas familias el visitarlas en el hospital. Algunas veces esto representa un problema para los profesionales al tener que informar que se deben limitar las visitas y el número de personas que acuden al hospital.

En relación a la información obtenida de la revisión bibliográfica, en cuanto a la importancia de parir un niño o una niña, he observado que existe cierta relación pero consideramos que se precisaría de más observación para contrastarlo. Las visitas



numerosas en el tiempo que estuve observando, fueron más frecuentes en los primeros o segundos hijos y en el caso de ser varones.

También el hecho de tener más apoyo familiar en la misma ciudad, es observable por el número de visitas o presencia de alguien que les trae comida y té. Muchas de estas mujeres tienen en sus habitaciones jarras térmicas de té.

### Religión

Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de las prácticas religiosas en el hospital. Durante la observación no tuvo lugar el periodo del ramadán, por lo cual no se puede valorar su incidencia o influencia en el periodo del PI. Por otro lado, sabemos que la cultura musulmana no permite comer carne de cerdo ni tampoco carnes que no sean *Halal*. Por lo cual, la forma más sencilla es pedir a las pacientes hospitalizadas una dieta “no carne”. Pero durante el periodo de observación, nunca se ha preguntado a una paciente con apellidos musulmanes si quería esa dieta. Es decir, se da por sentado que al tener apellidos musulmanes, serán musulmanes practicantes. De la misma forma pero, nunca ha habido ninguna queja por parte de las pacientes por este hecho.

Referente a la costumbre de dar dátiles a los recién nacidos, en algunos casos, sí que se ha observado que se les da a chupar dátiles, la *tahnukah*. En una ocasión les pregunté:

*“Al niño también le dais dátiles?”. Ella se quedó callada y negó con la cabeza. Insistí, i le dije, que lo había leído, que era como un ritual. También incluí “no pasa nada si lo hacéis, porque solo lo chupa no?” Entonces asintió. Entendí que sí que se lo habían dado, pero que se sentían amenazados por si no lo podían hacer.”*

En esa ocasión no insistí, y en otra ocasión sí que pregunte a una madre si hacia esa práctica. También remarqué el hecho de que la madre entendiese que si solamente se les da a chupar no pasa nada, y contestó que sí. Le pregunté si hacían algo más y me contestó que no.

La religión musulmana considera que la mujer está en cuarentena durante los 40 días post-parto. La observación me ha hecho concluir que hay muchas ocasiones en que tenemos que recordar a las pacientes que se levanten de la cama una vez ya han pasado ciertas horas. También en algunas ocasiones nos sorprende que no se duchen



una vez ya se levantan y observamos que pueden tardar en hacerlo 1 o dos días. En ocasiones incluso se van sin ducharse antes. Esto puede que tenga relación con el *ghusl*. Pero no disponemos de suficiente información para poder afirmarlo.

En el tema del rezo, en el periodo de observación, solo me he encontrado a una mujer rezando en la cama. Las mujeres, según la literatura, en el periodo de post parto, así como durante el embarazo, están exentas de rezar de rodillas.

En una ocasión, mientras pasábamos visita con los pediatras, nos encontramos en la cama de uno de los recién nacidos un mini Alcorán, lo que nos permite observar que la religión es algo muy presente en sus vidas.

#### Apego al recién nacido y lactancia materna

En ocasiones los profesionales de maternidad nos hemos sorprendidos con las actitudes de las mujeres musulmanas con los recién nacidos. La mayoría de veces, a la madre musulmana se le tiene que ir recordando de que durante las primeras horas se tiene que *ir poniendo el bebé en el pecho*. Ellas siempre responden curiosamente lo mismo “*pero si no tengo leche aún*”.

Estas actitudes nos sorprenden, ya que la despreocupación por el hecho de que el bebé no coma y que tampoco la estimule a ella no coincide con nuestras actitudes en estas circunstancias. La interpretación no es que no les importe, sino que a ellas se les ha contado que es “normal” esta actitud y es para ellas un patrón de comportamiento que se repite.

También resulta curioso el hecho de que hay veces que se tenga que suplementar con leche hidrolizada la alimentación del recién nacido y que, en estos casos, presenten pocas dudas sobre ello y se lo den sin rechistar. Por lo general, he encontrado actitudes de confianza respecto a lo que nosotros les decimos.

Otros comportamientos que nos sorprenden es el apego en relación al recién nacido. El concepto de tener un bebé es diferente del nuestro. Según su religión, el hecho de tener hijos es una bendición de Alá y un proceso vital por el que la mujer musulmana está destinada. De esta mismo modo, una mujer con muchos hijos es más respetada. Son múltiples las ocasiones en que nos sorprende la facilidad que tienen de darle el pecho a las pocas horas sin prestar plena atención en ello, sino de estar a la vez hablando con alguien. Quizá las actitudes de normalización del hecho de dar el pecho



influyen en que el proceso sea más sencillo. La mayoría de madres musulmanas tienen al recién nacido en la cuna y solo lo cogen para darle el pecho.

Comportamientos de intolerancia

El hecho sucedió a los pocos días de terminarse el periodo de observación participante: una paciente se negó a los cuidados de un doctor hombre por razones religiosas. Decidieron que no se la visitaría ya que la voluntad del paciente tiene que respetarse. Por otro lado, se descubrió el día siguiente que no era el hecho de ser hombre, sino por el hecho de ser de raza negra.



### 6.2.2 RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS

Al llegar a esta parte del trabajo, pudimos constatar que no habíamos tenido en cuenta un hecho crucial en la investigación: el acceso a las madres musulmanas.

Al inicio de la investigación contacté con una persona a las que nos vamos a referir, en cumplimiento de la confidencialidad de los datos y el anonimato de las personas implicadas en la investigación, como *portero*.

El *portero* en este caso, en el inicio del trabajo, me resolvió dudas de la literatura leída y me dio consejos sobre aspectos que le parecían importantes que referenciara. Más adelante, le propuse que si podía ponerme en contacto con madres que dieron a luz en 2015. Ella aceptó colaborar y encontró a varias mujeres. Sin embargo, resultó que todas ellas se negaron a participar en el estudio argumentando que sus maridos no las dejarían.

Mantuvimos una entrevista en el curso. Le entregué la entrevista escrita y los consentimientos informados para que los viera y los usara para convencerlas de realizar la entrevista. No resultó efectivo. Por ello, en esta parte del trabajo se decidió substituir la entrevista por la siguiente estrategia:

- Realizar la entrevista al profesional de salud
- Descartar, en estos momentos, hacer la entrevista prevista a la madre musulmana
- Substituir la entrevista a las madres musulmanas por una entrevista *al portero*, con el fin de buscar respuestas a algunas de las cuestiones que nos planteábamos y preparar un esquema de cómo y dónde conseguir, en un futuro inmediato, conseguir madres musulmanas dispuestas a participar en las entrevistas

Realicé dos entrevistas a profesionales de salud. Creí interesante poder comparar la percepción que pueden tener dos profesionales y dar una visión más amplia. En este caso, las entrevistadas serán nombradas E1 i E2. En el caso de la entrevista *al portero*, a este se le nombrara simplemente *portero*.

Las categorías emergentes de las entrevistas a los profesionales son las siguientes:



<b>Categorías emergentes de las entrevistas a profesionales</b>
Años de experiencia
Los cuidados en el postparto
Percepción del número de partos de madres musulmanas atendidos en el PHV
Recuerdos de los cuidados con pacientes musulmanes
Apego con el recién nacido y lactancia materna
Conocimientos de la cultura musulmana
Formación en transculturalidad
Opinión de la mujer musulmana
Vínculo con la mujer musulmana

*Taula 11: Categorías emergentes de las entrevistas a los profesionales*

### *Entrevista a E1*

En este caso se entrevistó a una enfermera, de 26 años de experiencia en maternidad. Actualmente tiene 51 años. Nacida en Valls y vecina de esta misma ciudad. Se realizó la entrevista en un despacho del hospital. Se intentó preservar la intimidad y reducir estímulos para conseguir respuestas ricas. Se le dio el consentimiento informado.

#### *Años de experiencia*

Ha trabajado la mayor parte de su carrera profesional en maternidad. Me comenta que desde siempre sabía que quería trabajar en pediatría y en maternidad, que ese era su objetivo desde que terminó los estudios. Tiene experiencia en diferentes hospitales de la provincia de Tarragona y en el PHV lleva trabajando desde que se puso en funcionamiento hace 26 años. Antes había trabajado también de auxiliar de clínica.



Los cuidados en el postparto

E1 cree necesario que exista un plan de parto y postparto para todas las mujeres. Ella ha ayudado en la nueva actualización de los protocolos que se ha hecho en mayo de 2016.

Los cuidados con pacientes musulmanes

Responde satisfactoriamente en el hecho de trabajar en equipo. Hace referencia a que el equipo médico siempre le da respuestas si lo precisa en relación a algún problema médico con algún paciente. También comenta que hay veces que existe diversidad de opiniones con sus compañeras enfermeras en realizar algunas tareas, pero dice que “se respeta la decisión de la que sea la responsable de ese paciente”.

Percepción del numero de partos de madres musulmanas atendidos en el PHV

E1 dice que antiguamente la proporción de nacimientos de madres extranjeras estaba por encima del 60%. Y que actualmente el porcentaje estaría alrededor de un 60% y más del 50% de madres musulmanas.

Recuerdos de los cuidados con pacientes musulmanes

El crecimiento de las madres atendidas en el PHV, nos dice E1, que ha sido progresivo y que no recuerda un momento en que empezase a atender a población extranjera. “Bueno hay veces que ves que ningún nombre es de aquí y dices, donde estoy viviendo? O a veces he venido a trabajar de autóctona yo”. Comenta que en alguna ocasión su compañera haya sido sudamericana, la auxiliar árabe, la ginecóloga también sudamericana, el pediatra y que todos los niños nacidos sean extranjeros.

En su practica, ha incorporado palabras árabes para poderse comunicar con estas mujeres cuando no hablan nuestro idioma. Referente a este tema nos comenta lo siguiente:

*“Me dan pena... Pero bueno si que me monto mi película de que pobrecitas, que están aquí y nadie las entiende, que nadie...sabes? Y por eso aprendí algunas palabras. Pero siempre a cambio les he ofrecido palabras en catalán!”.*



Ella no sabe si las intentan a aprender, pero que cuando se encuentra con una mujer que no sabe hablar en nuestro idioma, que vayan a Casa Caridad, que hacen cursos de catalán, ya que si no cuando vayan al médico no se podrán comunicar. *“Si les dices una palabra en árabe, ya les caes mejor de entrada. Esta demostrado”*

En una ocasión, explica que tuvo un altercado con una paciente musulmana y una china. *“Unos se quejaban(los chinos) de que tenían demasiadas visitas(los árabes) y que hacían demasiado ruido. ¡Y el árabe se enfrento al otro! ¡Pero es que llegaron a volar sillas!”*.

#### Apego al recién nacido y lactancia materna

*“Quizás diría que las de allí, las árabes son más frías, como si no lo quisieran tanto. Y las de aquí somos como más maternas. Después cuando los niños son mayores ya no. Tienen más apego las musulmanas que las de aquí”*.

Cree que la vivencia de la maternidad en las mujeres musulmanas es diferente a nuestra porque ellas pueden estar todo el día en casa y no lo tienen que llevar a la guardería. Lo compara con lo que ser hacia aquí hace 1 o 2 generaciones: *“quizás estaría mejor si hiciéramos lo mismo”*.

#### Conocimientos de la cultura musulmana

*“El Corán dice, que si una mujer esta enferma, tiene que comer, y que no tiene que hacer el Ramadán. Y el señor ese que viene, el rabino o como será... si eso, Imam, los tiene que dejar estar a ellos, a decidir lo que quieran”*.

Comenta que en estos momentos, había un niño ingresado que es diabético, y que los padres no le dejan comer el pavo que le suben de cocina. Al final se ha permitido que los padres lo traigan de fuera. Ella no está conforme con esto:

*“Yo creo que esto esta muy mal montado... Dejamos que nos coman. Yo respeto que estén aquí y su cultura. Pero que ellos respeten nuestras normas”*.

*“¡Las parteras a veces nos vienen raquítics y los niños salen anémicos!”* Hay situaciones en que se ha encontrado con mujeres que practican el ramadán en el postparto y que ella les informa de que tienen que comer, pero que estas le contestan que sí y a la hora de recoger la bandeja de la comida, está llena. *“Pero por la noche... ¡por la noche les traen de todo! Hubo una vez, que entré en una habitación, ¡y me*



encontré una olla enorme de caldo en medio de la habitación! Estaban allí las patas del pollo flotando, con el asco que eso da.” Al preguntarle qué hizo en esa situación, nos cuenta que informó de que eso no lo podían tener en la habitación y que estos asintieron y se lo llevaron.

E1 habla de la práctica de darle un dátíl al recién nacido. “Lo mordían, y se lo untaban en el pezón. Y como si fuera entonces suero glucosado, el niño se cogía mejor. Las mujeres de aquí esto no lo hacen, te piden primero el biberón”.

#### Formación en transculturalidad

Ha estado presente en un fórum de enfermería en que se hablaba de transculturalidad y también realizo un curso de salud joven en que se trato el tema de la sexualidad en los adolescentes. Estos cursos los encontró muy enriquecedores y útiles en su práctica asistencia. Cuenta que estos cursos fueron realizados por mujeres árabes.

Responde lo siguiente cuando se le pregunta por si tiene relación con otras mujeres árabes fuera del ámbito laboral: “No. Pero si voy por la calle me saluda. Y incluso si me he cortado el pelo te lo dicen”. Dentro del trabajo, afirma tener amistad con una compañera auxiliar que es árabe.

#### Opinión de la mujer musulmana

Opina que actualmente hay más parejas con edades similares. Dice que cree que ahora ya no hay tantos matrimonios obligados, que son más por amor. En relación a este tema, comenta:

*“Creo que se tendrían que rebelar más no? Que no se tendrían que dejar llevar por los hombres. Que tendrían que ser más ellas”*

#### Vínculo con la mujer musulmana

E1 nos explica que antes había una traductora del árabe dentro del hospital y que después, esta figura pasó a ser *un chico que venia de Casa caridad y que iba 2 veces por semana*. Habla de lo útil que les ha sido este recurso en el pasado, haciendo referencia a que antes les era más difícil comunicarse y que ahora ha ido adquiriendo estrategias. Desconoce si actualmente hay esta persona disponible.



### *Entrevista a E2*

La entrevistada tiene 52 años. Residente y nacida en Valls. Tiene 31 años de experiencia en maternidad. Se realizó la entrevista en un despacho del hospital. Se intentó preservar la intimidad y reducir estímulos para conseguir respuestas ricas. Se le dio el consentimiento informado.

### *Años de experiencia*

Ha trabajado desde siempre en maternidad. Cuenta que empezó en Joan XXIII, donde sin que lo pidiera, la pusieron a trabajar en pediatría. Después cuando abrió el hospital, sí que pidió que la pusieran en la planta de maternidad y pediatría.

### *Los cuidados en el postparto*

E2 ha sido la encargada de actualizar el plan de cuidados del PHV de la mujer en el postparto. Ella considera que es una herramienta de gran utilidad y que era preciso actualizarla. Cree que ahora está muy completa. El motivo de esta actualización, cree que tiene relación con el proceso de acreditación, donde deben haber revisado los protocolos.

### *Los cuidados en pacientes musulmanes*

Cree que todo el equipo da respuesta y resuelve dudas en relación a los cuidados. Lo explica de la siguiente forma:

*“La mayoría de las veces creo que sí. Solo en algún momento puntual, que quizás ha sido algo muy nuevo que no ha estado estipulado. Pero todo lo general que pone en el protocolo sí”.*

### *Percepción del número de partos de madres musulmanas atendidos en el PHV*

E1 cree que en un año en el PHV nacen un 20% de extranjeros, y que un 16% son de cultura musulmana.



Recuerdos de los cuidados con pacientes musulmanes

E1 opina que ahora hay menos nacimientos de mujeres musulmanas. “Quizás se haya estancado, ya no aumenta igual”. En relación a vivencias en su práctica, dice que no recuerda en particular ninguna situación satisfactoria en la atención de pacientes de cultura musulmana. Por el contrario nos comenta:

*“No he tenido problemas en la maternidad, quizás he tenido algún problema en la pediatría... Solo quizás ha sucedido con el médico. Qua hayas ido a pasar visita y que los pacientes no quieran que los visite. Te sientes un poco, no se, como violento pero un poco decepcionado. Y tu como solo vas de acompañante del médico, pues no te lo tomas como algo personal, pero te pones en la piel del médico y empatizas. Quizás al ser una mujer yo a mi esto no me ha pasado. Pero he visto estas situaciones con el médico. He vivido esta situación en que se ha rechazado a un compañero por ser hombre. En estas situaciones se ha aceptado la decisión del paciente y no se la ha visitado”*

Apego al recién nacido y lactancia materna

E2 nos relata una información que le llegó una vez pero no recuerda exactamente quien era esa persona:

*“No demuestran muchos afectos hacia el recién nacido porque no saben... su trayectoria, o su experiencia como colectivo que los niños tenían mucha mortalidad infantil y entonces tienen miedo de perderlos. Que si tiene una unión con el niño y que se muera por una enfermedad y que sea más doloroso. Entonces, retrasan esta unión para cuando el niño crece.”*

También cuenta que tiene información, que ella admite que realmente tendría que comprobar si es cierta ya que son cosas que ha oído, que los matrimonios son concertados, y que por lo tanto los niños no son igual de deseados como en nuestra cultura.

*“Nosotras nos quedamos embarazadas, y es la ilusión de nuestra vida. Y ellas no lo sienten como nosotras o que se frenan y no lo demuestran. Yo creo que como mujeres que son si que tienen que tener esos sentimientos pero la expresión al exterior debe ser diferente”*



Conocimientos de la cultura musulmana

*“Yo creo que no conozco muchas cosas. Conozco lo que te dejan ver en su relación con la sociedad de aquí. Pero no he indagado más en esta cultura ni en otra por el hecho de tener que trabajar con ellos.”*

Formación en transculturalidad

*“En mi caso he hecho algunos estudios de comunicación intercultural por el hecho de haber realizado los estudios de máster (Esta formación fue una asignatura de un máster de investigación en enfermería) y me han podido enseñar algunas cosas de las diferentes visiones de salud. Pero no porque yo haya... no conozco muchos aspectos puntuales de la cultura. Solo se lo que conoce la gente de la calle y de los problemas en la barrera lingüística que puedan tener”.*

E2 comenta que si hubiese algún curso que se le ofreciera de transculturalidad lo realizaría por el hecho de conocer más cosas, pero no por el interés particular de realizar un curso sobre ello.

Opinión de la mujer musulmana

E2 no tiene relación fuera del ámbito laboral con una mujer musulmana, pero en su discurso se da cuenta de que una compañera auxiliar es musulmana y con ella sí que tiene una relación cordial.

En relación a su opinión con la mujer dentro de la cultura musulmana dice:

*“A veces nos dejamos llevar por lo que oímos por la sociedad, que si son personas que están dominadas por el hombre. A veces también crees que no tienen interés en conocer nuestro idioma. A veces las vemos como víctimas y otras como que ellas mismas no quieren esforzarse. Yo creo que son víctimas de su cultura. De una cultura muy radical. Y que quizás si que te puedes despegar de esto pero pagando un precio que no todas las mujeres pueden o están dispuestas pagar. Y que no debe ser fácil apartarse al grupo”*

Ella cree que la muestra que viene aquí no se puede extrapolar. Porque quizás te vas a una gran ciudad de allí y ves a las mujeres más integradas. *“Incluso aquí, muchas mujeres que creemos que vivimos en una sociedad muy avanzada, también hay muchas mujeres que dependen del hombre. Ellas lo tienen mejor visto, pero aquí aun*



*hacemos cosas que estamos condicionadas".* Según E2, cree que la mujer atendida en el PHV, es una mujer sumisa a su marido.

Vinculo con la mujer musulmana

E2 cree que sería interesante crear un enlace con estas mujeres. Opina que quizás ellas nos miran con envidia y que esto puede ser un problema para relacionarse con nosotras.



### *Entrevista al portero*

La persona entrevistada es una joven de 23 años que trabaja en sanidad desde hace 4 años. La entrevista se realizó en un despacho del hospital. Se intentó preservar la intimidad y reducir estímulos para conseguir respuestas ricas. Se le dio el consentimiento informado. Las categorías que emergieron de la entrevista fueron estas:

<b>Categorías emergentes de la entrevista al portero</b>
Motivo de la migración
La mujer musulmana antes y ahora
Patriarcado
Apoyo familiar
Religión
Integración
La relación de los musulmanes con el sistema de salud

**Taula 12:** *Categorías emergentes de la entrevista al portero*

#### Motivo de la migración

Ella ha sido criada en Marruecos, concretamente en Al Aioun Sidi Malouk, provincia de Taourirt, hasta el 2002. Su padre hace más de 20 años que vino a Europa. Primero estuvo trabajando en Francia, y después en España. En 2002 vino ella con su madre y hermanos.

Me cuenta que vinieron por falta económica ya que no había trabajo y que aunque estudies, si no tienes contactos ni dinero no puedes, ya que allí las practicas las tiene que pagar el alumno: *“si no tienes buenos conocidos, no trabajas... Allí el jornal era de 5 euros diarios trabajando 8 o 9 horas. Ahora se ve que ha aumentado a 7 o 8 euros.* Han vivido siempre en un pequeño pueblo cerca de Valls. Ella es la 3ra hermana de 7. En total son 2 niñas y 5 chicos de diferentes edades. El mayor tiene 26 y la menor 6 años.



### La mujer musulmana antes y ahora

Habla de la mujer que ella quiere ser y de lo que su religión le dice que debería hacer. En su caso dijo “yo ya soy una vieja!, a los 20 años y sin casar ni planes hay gente que te mira mal”, pero ella lo dice sin preocupación “No me importa lo que digan, si no lo quiero hacer no lo hago”. Considera que su madre es una mujer moderna en relación a las otras mujeres de su edad. Nos explica que incluso estuvo una temporada llevándola a clases de catalán que hacían en su pueblo, pero que se terminaron.

### El patriarcado

En relación a la relación entre hombre y mujer ella habla muy segura de si misma. Considera que todos somos iguales. Las obligaciones de hombres y mujeres para ella están en consonancia con los occidentales, aunque hace referencia a situaciones cotidianas que la perturban a veces por su forma de actuar inconscientemente:

*“quizás haya un montón de platos por lavar y mis hermanos pequeños estén todos jugando a la consola y a mi lo primero que me viene es decirle a mi hermana pequeña que vaya a lavarlos... y porque no se lo digo a uno de ellos?” o “Ellos siempre me piden favores de las tareas de casa y parece que cuando ellos pidan no te lo tengan que devolver pero si eres tu quien se lo pide ay! Ya se lo puedes devolver ya...”*

En relación a su padre, dice que no ha sido una figura autoritaria, pero sí que es la persona que decide en su casa ante todo. No le insisten para que se case.

Nos habla de que el marido en su cultura es quien lleva la casa y toma las decisiones como norma. Pero nos cuenta que esto ya no sucede de la misma forma en su generación y que esta figura de autoridad se va perdiendo. Cree que se están defendiendo cada vez mas los derechos de la mujer en su cultura pero dice “Es un proceso lento y a los hombres les cuesta de aceptar”.

### Apoyo familiar

Ella vive con sus dos hermanos mayores en un piso fuera de la residencia familiar. Comenta que ella en el piso es una más: “si que hay veces que yo hago más, pero



*cada uno sabe lo que tiene que hacer y que sino no se hará!*". Vive contenta con sus dos hermanos con los que se lleva bien.

Siempre la han animado a que siga estudiando. Actualmente esta estudiando asignaturas de selectividad para presentarse y conseguir plaza en enfermería.

### Religión

Ella se define como musulmana practicante. Comenta que se ha leído el Corán y que sí que existen textos machistas, pero que esas son cosas que pasan a formar parte de la historia y que ahora no se tienen que seguir, que son otros tiempos: *"Cada uno interpreta lo que quiere, pero lo correcto es leérselo de forma que tenga sentido en la actualidad"*.

Ella no lleva pañuelo. Considera que lo que dice su religión es que es su voluntad llevarlo o no. *"Llevarlo hay gente que piensa que es para preservar tu respeto hacia los demás y otras cosas... pues yo no creo en eso de esa forma"*. Nos explica una historia de una amiga suya que se tenía que casar. Un día estaban paseando por Tarragona y resultó que se cruzaron con la tía del novio. La amiga corrió al baño y le dijo que le ayudará a ponerse el pañuelo. Con las prisas, salió con el pañuelo puesto al revés: *"Que risa me dio! Ella toda nerviosa, y esa mujer mirándosela con una cara rara, y cuando le dijo que lo llevaba al revés se me escapó una risa..."*. Nos explica que la chica no quiere llevarlo, pero que en la familia del novio, todo el mundo lo lleva y que se lo pone para no llamar la atención.

### Integración

Al igual que yo, se sorprendió de que no pudiese encontrar personas para realizar la entrevista. Comenta que todas personas que pudo contactar que eran madres que dieron a luz el 2015 le dijeron que no. Algunas al principio le respondían a medias y después se dio cuenta de que la cuestión era que tenían que pedir permiso a su marido. Buscó mujeres que hablasen bien español o catalán y estaba convencida de que ese no iba a ser el problema. Comenta que quizás el problema fue que utilizó en algunos de los casos a su tía, que también es madre y conocida de estas como informante y que no sabe exactamente que es lo que se dijo.

Me comentó que sobre una de las mujeres que le dijo que no lo siguiente: *"es que es rifeña y estos son muy cerrados"*. Me explicó que en Marruecos se dividen en tribus.



*“Existen los rifeños, los benibuzagu, bniyasnasen... Existen muchísimos y yo no los conozco todos”. Cada tribu tiene sus características sobre la cultura, la gastronomía, el papel de la mujer y del hombre.*

*“En el caso de los rifeños, la mujer tiene que ser más obediente y más reservada. Casi todas las veras tapadas, no hay una explicación pero siempre irán tapadas de arriba a bajo. No salen mucho. Depende de el hombre. El hombre es quien toma las decisiones de la vida de la mujer. Hay algunos casos de rifeños que han cambiado su forma de actuar, pero muy pocos, unos 3 de 50 quizás. Y en el caso de mi tribu la benibuzagu serian 32 por decirte algo entre 50”*

Relata las características de otra tribu, la Zwa, que tiene como característica principal que es muy machista. Las chicas se pueden casar a los 16 años. *“Esto lo sé porque lo conozco de bien cerca...”*, nos dice con tristeza. La mujer en esta tribu no decide nada, solo está con el marido en casa, cocinando para él y para los niños. *“Y de estos quizás hayan cambiado unos 10 de cada 50”*.

#### La relación de los musulmanes con el sistema de salud

Explica de la siguiente forma cómo está la situación de sanidad en Marruecos:

*“La sanidad en Marruecos es muy complicada... Solo aquellos que cotizan pueden tener un seguro y pueden acceder a la sanidad privada. Aunque vayas a un centro público tienes que pagar las pruebas, la medicación y si tienes que ir al especialista también. Esto sucede en las ciudades menos desarrolladas, en las principales la cosa es diferente”*



## 7. DISCUSIÓN: Prueba piloto

Para realizar la discusión se han cogido todas las categorías emergentes de las entrevistas y observación participante y se han creado nuevas categorías y subcategorías como vemos a continuación:

LA MUJER MUSULMANA QUE DA A LUZ EN EL PHV	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA MUJER MUSULMANA	EL VÍNCULO DE LA MUJER MUSULMANA CON ENFERMERIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivo de migración</li> <li>• Religión</li> <li>• Patriarcado</li> <li>• Soporte familiar</li> <li>• La mujer musulmana antes y ahora</li> <li>• Apego con el recién nacido y lactancia materna</li> <li>• La mujer musulmana atendida en el PHV</li> <li>• Soledad y soporte familiar</li> <li>• <b>Datos extraídos de la investigación de la etapa 1</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cuidados en el postparto</li> <li>• Percepción del número de partos de madres musulmanas atendidos en el PHV</li> <li>• Recuerdos de los cuidados con pacientes musulmanes</li> <li>• Conocimientos de la cultura musulmana por parte de enfermería</li> <li>• Formación en trasluculturalidad por parte de enfermería</li> <li>• Intimidad de la mujer musulmana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración</li> <li>• La relación de la mujer musulmana con el sistema de salud</li> <li>• Opinión de la mujer musulmana por parte de enfermería</li> <li>• Vínculo con la mujer musulmana por parte de enfermería</li> </ul>

**Tabla 13:** Categorías y subcategorías finales de la prueba piloto

En este caso, en la prueba piloto, nos hemos encontrado con una limitación en relación a captar madres musulmanas que dieron a luz en 2015 para hacerles la entrevista. Se plantean alternativas en el apartado de limitaciones de la investigación.

Por otro lado, a partir de la prueba piloto se ha obtenido información interesante para hacer un análisis de la realidad que se vive en el PHV en relación a la maternidad de la mujer musulmana y de los profesionales que las atienden. A continuación realizaré la discusión de cada categoría en relación a la información del marco teórico y antecedentes.

### *La mujer musulmana que da a luz en el PHV*

La mujer que es atendida en el PHV que sigue la religión musulmana es considerada una mujer, por lo general, joven y con dificultades con la lengua.



Algunas enfermeras han realizado adaptaciones a su forma de interactuar adquiriendo algunas palabras para crear un vínculo. Aun así, no encontramos actitudes de frustración en el momento de interactuar con una persona que no comprende del todo lo que se les intenta transmitir. Esta mujer presenta, por lo general, actitudes poco autónomas y parece ser que se rigen por lo que los hombres dicen. Los profesionales consideran esta actitud de la mujer musulmana como la de una paciente que no plantea dudas y que asiente a toda la información. Eso sí, no pueden afirmar siempre entiendan la información que se les proporciona.

En ocasiones, las creencias religiosas han provocado conflictos en relación a la salud de la paciente. Se relatan historias en relación al ramadán y a las mujeres que en su embarazo y postparto lo practican y, como consecuencia, los niños y ellas mismas padecen anemia. El confortamiento con estas actitudes se plantea como un conflicto para los profesionales. También en relación al trato de un ginecólogo hombre en que la mujer musulmana se niega a ser explorada, si no es en presencia de su marido.

Por lo general, el número de nacimientos ha disminuido a lo largo de los años y actualmente el crecimiento de número de nacimientos de madres musulmanas se ha estabilizado. Se podrían plantear varias cuestiones en relación a este cambio: actitudes de adaptación y imitación de conductas autóctonas o quizá motivos socioeconómicos.

Uno de los principales motivos para la migración son los problemas económicos. En Marruecos, tal y como he relatado en el marco teórico, el sistema de salud es diferente al de España, siendo este último accesible a los ciudadanos.

Las mujeres musulmanas tienen apoyo familiar, por lo general. Algunas pertenecen a tribus, las cuales estipulan su modo de comportamiento. Esto podría explicar algunas actitudes de frialdad entre dos madres en una habitación y en otras ocasiones de mucha cordialidad. Aunque existen casos en que dejan de seguir las actitudes de una tribu y pueden estar en soledad. El caso de la chica que no conocía el proceso de la subida de la leche, parecía el caso de una mujer que no tenía apoyo próximo de otra mujer mayor que ella.

El hecho de que existan varias tribus explica que se observen actitudes muy marcadas de comportamientos más rígidos y otros más occidentales. Por eso en ocasiones vemos a mujeres que sí que realizan el *tahnukah* o el *ghusl* y otras que no.



También el hecho de que algunas lleven el pañuelo justo después de haber dado a luz.

### *Cuidados de enfermería en relación a los cuidados de la mujer musulmana*

Los cuidados ofrecidos en el PHV en el postparto se resumen en un protocolo de postparto. Este protocolo se actualizó hace menos de un mes. Las enfermeras consideran este protocolo muy útil para su práctica, ya que estandariza los cuidados y resume todos los pasos a seguir para ofrecer cuidados óptimos.

Curiosamente, las enfermeras entrevistadas no tenían la misma percepción de los pacientes extranjeros que se atendían en el PHV. Mientras una pensaba que los nacimientos de madres extranjeras estaba alrededor del 60% y de musulmanes 50%, la otra apuntaba mucho más bajo, siendo un 20% de bebés nacidos de madres extranjeras y solo un 16% de estos de madres musulmanas. La cifra real se encuentra alrededor del 25%. Es sorprendente como la percepción de la atención de madres musulmanas puede ser vista de estas dos formas tan diferentes. En el caso de la enfermera que considera que hay un porcentaje más alto de nacidos extranjeros que de aquí, también destaca su experiencia trabajando en ocasiones con un equipo asistencial en que todos son nacidos en otros países. Este hecho podría ser investigado en relación a la importancia que se le da a tratar a pacientes de otros orígenes.

En relación a los recuerdos, una enfermera considera que trata a todo el mundo igual y que realmente no recuerda situaciones que salgan de su rutina normal que destaquen. En cambio, la otra enfermera define perfectamente dos situaciones o actitudes diferentes que a ella le han marcado en su trato con pacientes musulmanes. Las dos actitudes son significativamente distintas. De la misma forma sucede en los conocimientos de esta cultura, por un lado una no tiene especial interés por conocer más cosas y la otra ha aprendido incluso palabras para poder iniciar un vínculo.

Aun así, encontramos conductas en que tratar con pacientes musulmanes le han supuesto un problema por otras cuestiones o de no entender ciertas actitudes que se permiten por parte de la enfermera que presenta más actitudes para acercarse a este grupo de personas. A diferencia de la otra enfermera, que trata de forma homogénea y no se refiere a situaciones más conflictivas que la empatía por el sufrimiento por el rechazo a un médico por el hecho de ser hombre por parte de una mujer musulmana.



En la observación participante existen actitudes mejorables. Quizá pueda ser relacionada con la falta de sensibilización. Se observan actitudes que infligen la intimidad de la paciente, en este caso musulmana, la cual demuestra en múltiples ocasiones que su intimidad es derecho que tiene connotaciones más fuertes que para nosotros.

### *El vínculo de la mujer musulmana con enfermería*

Se observan actitudes en que las mujeres musulmanas asienten a los cuidados pero que no se sabe exactamente si estas los han comprendido. Las actitudes de enfermería generalmente no son de insistir en que estas lo comprendan. Actitud que puede ser relacionada con el hecho de no tener tiempo para poder comunicarse con la carga asistencial con los demás pacientes. En las entrevistas se habla de una figura de mediador cultural, que actualmente ya no se usa.

La mujer musulmana, a diferencia de otras pacientes que no siguen esta religión, no acostumbra a hacer muchas preguntas, hecho que hace que el profesional no le dedique mucho más tiempo.

Debido al rechazo a la hora de hacer entrevistas a mujeres musulmanas, se plantea la idea de conseguir otro modo de convencer de la participación en esta actividad. Actualmente el vínculo con enfermería es escaso, además, existen actitudes de desconocimiento delante de algunas conductas o de incomprensión.



## 7. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En este caso, en la prueba piloto nos hemos encontrado con la primera limitación de la investigación. La colaboración de las mujeres musulmanas que dieron a luz en 2015 no ha sido posible a partir de una primera toma de contacto a partir de *un portero*. No obstante, el mensaje fue a su vez delegado por una conocida del *portero*.

Nos planteamos, pues, en un futuro, que para realizar la investigación incluyendo las entrevistas a las madres musulmanas será necesario buscar estrategias para conseguir su colaboración, muy importante para la realización de este trabajo. Se plantean soluciones como crear la figura de una enfermera que sirva de enlace con estas mujeres, conseguir su confianza explicando más detalladamente nuestro proyecto e intentando conseguir su participación en otras etapas del postparto, por ejemplo, cuando acuden a la consulta en relación a las curas del cordón, a la lactancia materna u otras situaciones de duda respecto al cuidado de sus bebés o de sí mismas. Quizá en esos momentos sería más adecuado pedirles su participación en estas entrevistas.



## 8. ASPECTOS ÉTICOS

En este estudio se seguirán los principios de la bioética: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. Para ello, los participantes en la investigación serán voluntarios, siendo en todo momento su decisión seguir o no en la investigación. Se les entregará un documento de consentimiento informado y hoja de información.

La información será tratada de forma confidencial y anónima. Esto se hará cambiando los nombres por números y la información se almacenara en dispositivos de memoria extraíble encriptados (se harán copias de seguridad también encriptados). Esta información solo estará disponible para el investigador y la información será destruida en el momento que ya no se le de uso.

Para respetar el principio de la beneficencia, al tratarse de una investigación cualitativa que profundiza sobre la vivencia subjetiva y personal en este caso del colectivo de mujeres musulmanas en el PPI, se pretende buscar la mejora y desarrollo de las condiciones de estas a través del conocimiento de su condición. Finalmente, la no maleficencia y justicia serán reflejadas por la imparcialidad del trato de la información sin influencias de alguna ideología.

Siguiendo las pautas del documento de la Declaración de Helsinki (1946), las personas participantes en la investigación serán tratadas con el máximo respeto y centrando su mayor interés en el bienestar del individuo y priorizándolo ante los intereses de la ciencia y la sociedad. Se tendrá en cuenta también su derecho de autodeterminación y su derecho a tomar decisiones informadas, así como la protección de la salud y vida, dignidad, intimidad y derechos del individuo. Este podrá dejar de participar en la investigación cuando lo vea conveniente y sin consecuencias, siendo la información ya recogida usada o no según la decisión del individuo.

Finalmente, según el código de Nuremberg (1947), los beneficios de este estudio son de interés ciudadano, y permitirán obtener información útil para la mejora de estas personas. Se trata de una investigación científica ética totalmente centrada en el bienestar del individuo y de la sociedad en general. En esta investigación se pidieron los permisos y autorizaciones a la Dirección del Pius Hospital de Valls. Los resultados de la investigación serán dados a conocer a la Dirección del centro.



## 9. PRESUPUESTO

Referencia del gasto	Precio en euros
Gastos tesis	800
Compra de programas de análisis de datos:	
MAXQDA plus	500
SPSS	600
Transporte	300
Útiles de oficina	200
	<b>TOTAL</b>
	<b>2.400</b>

Tabla 14: Presupuesto del proyecto



## 10. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
		Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Índice											
Introducción											
Marc teórico											
Objetivos y/o hipótesis											
Metodología											
Desarrollo del trabajo											
Conclusiones											
Bibliografía y anexos											
Prueba piloto											
PARTS DEL TREBALL											
Crear presentación											
Presentación y defensa											



## BIBLIOGRAFIA

Adlbi Sibai, S., 2009. Identidad e integración: españoles musulmanes de origen sirio de Madrid. *Revista de Estudios Internacionales Mediterráneos ( REIM )*, (7), p.97-115. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3045776> [Accedido en octubre 5, 2015].

Al-Sa'dawi, N., 1991. *The hidden face of Eve* 2ª edición., Madrid: Horas y horas.

Alshboul, A., 2012. La cultura del cuerpo en el Islam (Nacimiento y muerte del cuerpo y la circuncisión). *Nómadas*. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/75a44c0ec1105a506ad22546e351da3e/1?pq-origsite=gscholar> [Accedido en abril 15, 2016].

Álvarez-Miranda Navarro, B., 2005. La religiosidad de los inmigrantes musulmanes: marroquíes en Madrid, turcos en Berlín y bengalíes en Londres. *Panorama social*, (2), p.129-143. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1456637> [Accedido en octubre 5, 2015].

Barazangi, N.H., 2014. The self-identity of Muslim women. *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social*, 14(4), p.355-365. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5051611&info=resumen&idioma=SPA> [Accedido en febrero 21, 2016].

De Beauvoir, S., 2005. *El Segundo Sexo* Feminismos, ed., Catedra.

Boundi Boundi, M., 2012. Participación e integración de la mujer marroquí en Madrid. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, (14), p.171-180. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4152901&info=resumen&idioma=SPA> [Accedido en octubre 5, 2015].



- Bramon, D., 2007. Ser Dona i Musulmana F. J. Maragall, ed.
- Bravo, J., 2000. Algunas especies arbóreas y arbustivas presentes en el Corán. *Philologia hispalensis*. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=630961&orden=425362&info=link> [Accedido en abril 15, 2016].
- Carra, A., 2014. La Sanidad Española, entre las mejores de la UE, según la mayoría de los indicadores - ABC.es. ABC. Disponible en: <http://www.abc.es/sociedad/20140906/abci-comparativa-espana-salud-201409052318.html> [Accedido en febrero 22, 2016].
- Carro, C. et al., 2009. Adaptación de Enfermería al Cuidado del Paciente Musulmán. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/pdf/pdf.php?p=035p> [Accedido en octubre 6, 2015].
- Chamorro, S.T., 2006. Ritos funerarios en el islam: la praxis entre los musulmanes de Sevilla. *Zainak*. Disponible en: [http://www.academia.edu/download/30184610/2006-Rituales\\_funerarios\\_islamicos.pdf](http://www.academia.edu/download/30184610/2006-Rituales_funerarios_islamicos.pdf) [Accedido en abril 15, 2016].
- Constantinides, P., 1985. Women heal women: spirit possession and sexual segregation in a Muslim society. *Soc Sci Med*, 21(6), p.685-692. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=4059951](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=4059951).
- Ederer, J., 2015. Sabias y predicadoras en el Islam. *Mezquitavirtual*. Disponible en: <https://mezquitavirtual.wordpress.com/2015/08/27/sabias-y-predicadoras-en-el-islam/> [Accedido en abril 25, 2016].
- Eurostat, 2015. *Migration and migrant population statistics*. Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/extensions/EurostatPDFGenerator/getfile.php?file=85.57.228.99\\_14477](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/extensions/EurostatPDFGenerator/getfile.php?file=85.57.228.99_14477)



90120\_93.pdf [Accedido en noviembre 17, 2015].

Fornons Fontdevila, D., 2010. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 19(2), p.172-176. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3430886&info=resumen&idioma=SPA> [Accedido en febrero 22, 2016].

Generalitat de Catalunya, 2015. *Guia per al respecte a la diversitat religiosa en centres sanitaris de Catalunya*, Disponible en:  
[http://governacio.gencat.cat/web/.content/afers\\_religiosos/documentos/Guia\\_Creences\\_Centres\\_Sanitaris.pdf](http://governacio.gencat.cat/web/.content/afers_religiosos/documentos/Guia_Creences_Centres_Sanitaris.pdf) [Accedido en abril 20, 2016].

Generalitat de Catalunya, 2005. *Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari* ARGRA. Salut de Departament, ed., Disponible en:  
<https://www.tauli.cat/tauli/images/InfoCorporativa/documentos/guiaplurireli.pdf> [Accedido en abril 20, 2016].

El Hamri, N., 2010. Approaches to family planning in Muslim communities. *The journal of family planning and reproductive health care / Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*, 36(1), p.27-31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20067669> [Accedido en octubre 19, 2015].

Hueso, F. & Gemán, C., 2009. Vivencias de Mujeres Musulmanas, en su Relación con el Sistema Sanitario de Navarra. Un Estudio Fenomenológico. Disponible en:  
<http://www.index-f.com/para/n9/pdf/pdf.php?p=i036> [Accedido en octubre 6, 2015].

IDESCAT, 2015. *Estadística de naixements. 2014*, Disponible en:  
[http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/docs/2015/10/19/10/35/44c50f07-511a-4b50-97f5-f5008d6279c0.pdf](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2015/10/19/10/35/44c50f07-511a-4b50-97f5-f5008d6279c0.pdf) [Accedido en noviembre 10, 2015].



INE, 2015. *Fenòmenos Demogràfics. Estadística de Nacimientos*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e304/&file=inebase> [Accedido en noviembre 17, 2015].

Lacoste-Dujardin, C., 1993. *Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Magreb* 1<sup>a</sup> ed., La Découverte.

Leininger, M.M., 2002. *Transcultural nursing : concepts, theories, research, and practice*, New York [etc.] : New York

Luis, C., 2015. «Queremos mostrar a la mujer musulmana en estado puro» | Sociedad EL MUNDO. Disponible en: <http://www.elmundo.es/espana/2015/03/28/5515ae6fca4741096b8b456b.html> [Accedido en octubre 6, 2015].

Luque, M.A. & Oliver, M.I., 2004. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index de Enfermería*, 14(48-49), p.9-13. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es) [Accedido en octubre 19, 2015].

Marín, N., Morales, A. & Quirante, N., 2008. La salud reproductiva en la mujer inmigrante: diferencias entre culturas. *Enfermería Docente*, 89, p.10-14. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/89/r891014.php> [Accedido en octubre 19, 2015].

Maroto-Navarro, G., García-Calvente, M. del M. & Mateo-Rodríguez, I., 2004. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18, p.13-23. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es) [Accedido en noviembre 17, 2015].

Ministerio Interior España, 2011. *Real Decreto 557/2011, de 20 de abril - Ministerio del*



Interior, Disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/normativa/reales-decretos/real-decreto-557-2011-de-20-de-abril>  
[Accedido en enero 26, 2016].

Muñoz de Rodríguez, L. & Vásquez, M.L., Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(4), p.98-104. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342007000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342007000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=es) [Accedido en abril 15, 2016].

OMS, 2014. *Los Sistemas Sanitarios de la Unión Europea del siglo XXI*. Disponible en:  
[https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist\\_san.UE.XXI.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf)  
[Accedido en febrero 22, 2016].

Petherick, E.S., Tuffnell, D. & Wright, J., 2014. Experiences and outcomes of maternal Ramadan fasting during pregnancy: results from a sub-cohort of the Born in Bradford birth cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), p.335.  
Disponible en:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4261761&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accedido en octubre 19, 2015].

Plaza del Pino, F.J. & Veiga del Pino, M., 2011. Vision de los Pacientes Musulmanes de la Competencia intercultural de los Profesionales de Enfermería que les Cuidan. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/064p.php> [Accedido en octubre 6, 2015].

Pons-Vigués, M. et al., 2009. [Strategies to recruit immigrant women to participate in qualitative research]. *Gaceta sanitaria*, p.90-2. Disponible en:  
<http://www.gacetasanitaria.org/es/estrategias-reclutar-mujeres-inmigrantes-participar/articulo/S0213911109003161/> [Accedido en octubre 19, 2015].

Rodriguez, J., 2015. El islam de las mujeres. *El País*. Disponible en:  
[http://elpais.com/elpais/2015/10/29/eps/1446131577\\_808813.html](http://elpais.com/elpais/2015/10/29/eps/1446131577_808813.html) [Accedido en febrero 22, 2016].



Shahawy, S., Deshpande, N.A. & Nour, N.M., 2015. Cross-Cultural Obstetric and Gynecologic Care of Muslim Patients. *Obstetrics and gynecology*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26444117> [Accedido en octubre 19, 2015].

Valenzuela, A., 2014. El matrimonio musulman y su eficacia en Espana..pdf. Disponible en: [http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/389/El matrimonio musulman y su eficacia en Espana..pdf?sequence=1](http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/389/El%20matrimonio%20musulman%20y%20su%20eficacia%20en%20Espana..pdf?sequence=1) [Accedido en octubre 6, 2015].

Vázquez, A., 2010. La henna y la sangre de las mujeres: Antropología del cuerpo e Islam en Marruecos. *Desvelando el cuerpo* Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=ca&lr=lang\\_es&id=tbt27f8ev9oC&oi=fnd&pg=PA317&dq=ghusl&ots=aYX8ZxX0AZ&sig=-Sx9HTgpuCggC36cebjYQMtL2IA](https://books.google.es/books?hl=ca&lr=lang_es&id=tbt27f8ev9oC&oi=fnd&pg=PA317&dq=ghusl&ots=aYX8ZxX0AZ&sig=-Sx9HTgpuCggC36cebjYQMtL2IA) [Accedido en abril 15, 2016].

Zanconato, G. et al., 2011. Pregnancy outcome of migrant women delivering in a public institution in northern Italy. *Gynecologic and obstetric investigation*, 72(3), p.157-62. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/328318> [Accedido en octubre 19, 2015].

## ANEXOS

### ANEXO 1: PALABRAS CLAVE Y TRADUCCIÓN

CASTELLANO	CATALÀN	INGLÉS	FRANCÉS
<b>Madre musulmana</b>	Mare musulmane	Muslim mothers	Mère musulmane
<b>Islam</b>	Islam	Islam	Islam
<b>Cultura</b>	Cultura	Culture	Culture
<b>Leininger</b>	Leininger	Leininger	Leininger
<b>Postparto Inmediato</b>	Postpart Immediat	Postpartum period	Post-partum
<b>Maternidad</b>	Maternitat	Maternity	Maternité
<b>Enfermería Transcultural</b>	Infermeria Transcultural	Trascultural nurse	Infirmierie transculturelle
<b>cuidados</b>	cuidats	care	Soin
<b>Nacimiento</b>	naixement	chilbirth	naissance



## ANNEXO 2: RELACIÓN DE LOS APELLIDOS ÀRABES

Lista de apellidos obtenida del Club Unión Árabe Quillota.

Abaid	Amain, Amin	Chait
Abara, Apará	Amame	Chama
Abdallah	Amaza	Chappa
Abdulmalak	Amir	Cehade, Chejade
Adbul.Mesih	Anaís	Chocair
Abochacra	Anich	Chomali, Chomalí
Abu-Abbarah	Anuch, Hannusck	Chuaqui
Abu-Abbar	Apara	Dabdoub, daddub
Abugoch	Apud	Dabed
Abugoh	Arab	Dabiké
Abu-Gosch	Arabia	Dacaret
Abu-Gosh	Arcuch, Hodalí	Dacre
Abu-Kalil, Abu-Jalil	Asín	Dagach
Abudoj	Asis	Daher
Abuffón, Abufom, Abufón	Asmán	Daire
Abufehle	Asún	Darwich
Abugarade	Atala, Atalah	Deij
Abugattas, Gatta, Ghattas	Atue	Deik
Abujatum	Aude	Dibar
Abukalil, Abujalil, Abukhalil	Ayma	Dihmes
Abumohor	Azán	Egnem, Egnen
Abusabal	Azzar	El-Chartouni
Abusleme	Bachur	El Kantar
Acleh, acle	Badal	El Moro
Acha	Bader	Eltit
Acharán	Barake, Baraké	Esber, Esbir, Esper, Espiro
Adad, Hadad, Haddad, Jadad	Bard	Esgep
Afife	Barral	Facuse, Facusse
Agar, Allar, Haggar	Baru	Fadel
Aguad, Ahuad, Awad	Berr	Fajuri
Ahués	Bichara	Fara, Farah, Faraj
Aiquel	Bitar, Bittar	Farcuch
Ajras, Jures, Juris	Bijalil	Farran, Jabbaz Japaz
Akal, Akel, Akil	Buneder	Fawaz
Akra	Caba, kaba	Fuad
Al-Hayek	Cabach	Gafar
Alaluf	Cabal	Galeb
Alamar,	Cadi	Gandur
Alamo	Cafati, cafatti	Ganem
Alanis	Cahuas, Kawas	Garib, Gorayeb
Alarja, Larach	Calas	Gassep
Alauy	Catán, Kattan	Gazaleh, Ghazaleh
Alawanlí, Alleuanlí, Aluanlí	Cobaise	Gazali
Albala	Comandari, comandary	Gazani
Alcaide	Costa	Giacamán
Alcalde	Cumsille, Cumsillo	Giadala
Alcántar, Alcántara	Cuncar, Kuncar	Gidi, Gidy
Alcázar	Cura, cury, Jure, Juri, Jurie, Jury	Greibe
Aldayuz	Chacur	Guala
Aldea	Chade	Guarda
Alid	Chadid	Habach, Habash
Al-Khatib, Al-Jatib	Chaer	Habib
Alles	Chafic	Habibe, Habibeh
Allup, Ayub	Chagra	Habit
Almizri	Chahin, Chaín	Hachim
Amad, Hammad	Chahuán	Hadue



Halabí	Misle	Sekul
Halasa	Mobarek	Semir
Hales	Mohajar	Sfeir
Hamamé	Mohamad, Mohamed	Shahin
Hamed, Hamede, Mahmoud,	Mohod	Shaktur
Mahmud	Mohor	Tabak
Hamati	Muajad	Tabba
Hasbún, Hazbún	Mualim	Tacla
Hasfura	Mubarak	Tahan
Hassán	Mukarker	Tala
Hazin	Musleh	Talep
Hechem	Musre, Musri, Musrri	Tame
Herane, Hirane	Nacer, Nazer	Tarud
Herezi	Nacif, Naciff	Thumala
Hodalí	Nachar, Nallar	Yacamán, Yagman
Hola	Naim	Yakich
Husein	Najle	Yapur
Husní	Najum	Yarra
Itaim	Nasar, Nazar	Yarur
Iza	Naser, Nazir, Nazur	Yoma
Izam	Nasiff	Yousef
Jabes	Nayar	Zaid
Jacir	Nazarala, Nazrala	Zajir
Jachram	Nazif	Zalada
Jaddour, Jadur	Nehme	Zamur
Jadue	Obaid, Obeid	Zaror
Jalil	Paluz	Abaid
Jamed	Piddo	Abadie
Jarad	Pichara	Abara
Jarami	Pouluán	Abaud
Jarufe	Puali	Abd
Jatip	Quintar	Abbu-Abbarah
Jer	Rabaji	Abdala
Jorrat	Rabajille	Abdallah
Kaba	Rabié	Abbag
Kahwagi	Raed	Abdale
Kaid	Rafide	Abd-el-Kader
Kameid,	Rasase	Abedrapo
Kamel	Readi, Ready, Reyadi, Riadi	Abedrápo
Karque	Riff	Abeid
Kattan	Riscalla	Abeleida
Kettlum	Rumie	Abeleida
Kifafi	Sabag, abbag, Sabbag, Sadach,	Abi.Saab
Kort	Sapaj	Abdaza
Kumar	Sabah, Sabaj	Abdo
Laban	Sackel, Saquel	Abdul
Lahsen	Sahlie	Abdul-Malak
Lama, Lamas	Said	Abdulmalak
Larach	Saide	Abdul-Mesih
Latrach	Saieg, Saieh	Abochacra
Maher	Saiem	Abogabir
Mahfuz	Salah	Abogair
Mahla	Salama	Abogassi
Majlis	Saleh	Abogasi
Majluf	Samaha	Aboid
Mansor, Mansour, Mansul,	Samamé	Abourbih
Mansur, Manzor	Samek	Abogarade
Manzul, Manzule, Manzur	Samit	Abogaráde
Marzouka, Marzuca	Sarrá, Sarras, Sarraz	Abú gara
Medina	Saúl	Abu-Abbarah
Menech	Sedán, Sidan, Zedán	Abbar



Abugoch	Ahuad	Almuna
Abugoh	Awad	Altuna
Abu-Gosch	Ahues	Aluanlli
Abu-Gosh	Aid	AmadHammad
Abu-Eid	Ahués	Amain
Abu-Hanak	Aiquel	Amin
Abud/ abúD	Ajib	Amamé
Abuauad	Ajras	Amame
Abuawad	Akal	Amar
Abu-Awad	Akel	Amat
Abu-Kalil	Akil	Amin
Abu-Jalil	Akra	Amaza
Abudinen	Al-Arja	Amir
AbudineN	Alacid	Amira
Abudoj	Alaff	Anaís
Abuffón	Al-Hayek	Ananías
Abufom	Alam	Anjarí
Abufón	Alaluf	Anich
Abufehle	Alamar,	Anush
Abugarade	Alamo	Anuch
Abugattas	Alanis	Anza
Gatta	Alard	Apara
Gattas	Alaro	Apari
Ghattas	Alarja	Apud
Abujatum	Alauy	Arab
Abukalil	Alawanllí	Arabia
Abujalil	Alleuanlli	Arama
Abukhalil	Aluanlli	Arán
Abo-Mohor	Alabarrán	Arcuch
Abuman	Albala	Ash-Shinar
Abumohor	Alcaide	Asfura
Abuhabda	Alcaíno	Asín
Abuid	Alcahino	Asis
Abuadba	Alkaíno	Asisis
Abusabbah	Alcalde	Asmad
Abusada	Alcántar	Asmán
Abuton	Alcántara	Asuar
Abusabal	Alcócer	Assaf
Abu-Thum	Alcázar	Asyé
Abuyeres	Alcarraz	Asún
Abusleme	Aldayuz	Atal
Aeituno	Alé	Atala
Acle	Alí	Atalah
Acleh	Aldea	Atán
Acha	Alid	Atue
Acharán	Alfageme	Audala
Achelat	Alhaj	Auil
Acid	Alucema	Auad
Adarmes	Aljara	Aure
Adarme	Alfán	Aude
Adauy	Allar	AwadT
Afani	Allel	Ayma
Adad	Aller	Aynar
Hadad	Al-Khatib	Ayub
Haddad	Al-Jatib	Ayyach
Jadad	Alleuanlli	Azán
Afife	Alles	Azagra
Agar	Allup	Azar
Allar	Ayub	Azares
Haggar	Almizri	Azzad
Aguad	Almonacid	Azzar



Baador	Cahis	Chomal
Baar	Cahuas	Chomalí
Baboun	Calas	Chuaqui
Babul	Canahute	Dabdoub
Badal	Cabra	Daddyb
Bachur	Carmi	Dabdub
Badal	Carmy	Dabed
Baden	Carraha	aber
Badía	Casis	Dabiké
Bahna	Cassis	Dacaret
Bader	Catán, Kattan	Daccarett
Bahr	Cattán	Dable
Barake	Celume	Dablé
Baraké	Cid	Dacre
Balach	Cifra	Dagach
Balada	Cifras	Daher
Bandak	Cifres	Dahtal
Banduc	Cobaise	Daire
Bandur	Comandari	Daud
Banus	Comandary	Darwich
Balut	Costa	Deij
Bajar	Cumsille	Deik
Baraja	Cumsillo	Dibar
Barake	Cuncar	Dibár
Baraké	Cuzmar	Diban
Bard	Cura	Diban
Barham	Cury	Diuana
Barja	Chaban	Dihmes
Barral	Chacra	Divana
Barna	Chacur	Duk
Baru	Chade	Dukes
Barqui	Chadid	Egnem
Berr	Chadud	Egnen
Barral	Chaduan	El-Cader
Bathich	Chaer	El-Chartouni
Bate	Chafic	El-Far
Bazán	Chagra	El-Hayeck
Bendek	Chahin	El-husein
Betinyani	Chain	El Khatib
Berr	Chahuán	El Kantar
Bishara	Chahud	El Masou
Bichara	Chait	El Moro
Bitar	Chala	Elías
Bittar	Chalhub	Elsaca
Bitrán	Chalma	Eltit
Bijalil	Chamas	Esber
Bizama	Chama	Esbir
Blas	Chamy	Esper
Bujalil	Chappa	Espiro
Bulo	Charme	Escaff
Bulos	Chat	Escandar
Buneder	Chaud	Esgeb
Butto	Chauriye	Esguep
Caba	Charad	Esper
Cabach	Cheguan	Espiro
Cabal	Chogada	Esgep
Cadi	Cheul	Faba
Cafati	Chegade	Facuse
Caffatti	Chejade	Facusse
Cahuas	Chible	Fadel
Cahbar	Chocair	Fajre



Fajreldin	Hadjes	Husein
Fajuri	Hadue	Iduan
Falaha	Hadwa	Husní
Far	Hadweh	ide
Fara	Halabí	Issa
Farah,	Halabit	Itaim
Farah,	Halaby	Itain
Faray	Halal	Iza
Farcuch	Hagar	Izam
Fares	Haggar	Jabbaz
Farji	Halasa	Jabes
Farran	Hales	Jabr
Farru	Halim	Jabra
Fawaz	Hális	Jabre
Ferez	Ham	Jacir
Ferj	Hamamé	Jachram
Fuad	Hamed	Jaddour
Fune	Hamede	Jadur
Funes	Hamate	Jadad
Funez	Hamati	Jadue
Gabasa	Hamawy	Jalaf
Gafar	Hamel	Jalaff
Gaibur	Hammad	Jear
Galeb	Hamuy	Jaldín
Gandur	Hanna	Jalil
Garda	Hananía	Jalilie
Ganem	Hananías	Jaliliye
Garib	Hannud	Jalffín
Gorayeb	Hannusch	Jamasmíe
Gassep	Hannusck	Jamasmiyé
Gassibe	Hasbún	Jamed
Gatta	Hazbún	Jamis
Gatta	Handal	Japaz
Ghattas	Hani	Jara
Gattas	Hanede	Jarad
Gazaleh	Hakim	Jardua
Ghazaleh	Harb	Jarami
Gazali	Harbin	Jaramillo
Gazani	Harcha	Jarufe
Giacamán	Hasbún	Jascham
Giadala	Hasfura	Jatip
Giadalah	Hassán	Jativa
Gidi, Gidy	Hazan	Jaume
Gorayeb	Hazin	Jazme
Greibe	Hazboun	Jemarne
Guala	Hazbún	Jer
Gualda	Hechem	Jorrat
Gurab	Helo	Jotar
Guarda	Heran	Jurdi
Habash	Herane	Jure
Habach	Hirane	Juri
Habib	Hirmas	Jurie
Habibe	Hiza	Jures
Habibeh	Herezi	juri
Habit	Hodadí	Jury
Hachim	Hodali	Jurie
Hachisis	Hidar	Jures
Hadad	Hola	Juris
Haddad	Holas	Jusarí
Haddjerí	Huazan	Jusid
Hadjda	Humud	Kaba



Kadis	Manzuca	Nasar
Kahwagi	Medina	Nazar
Kaid	Mehech	Nakossi
Kameid,	Melaj	Nakouzi
Kamel	Melej	Nakouzzi
Kandora	Melhem	Naser
Karam	Menech	Nazir
Karmi	Michel	Nazur
Karque	Milad	Nasiff
Kattan	Misle	Nallar
Kashy	Mislej	Name
Kassis	Misleh	Namur
Kawar	Mitre	Nanjari
Kauak	Mobarek	Nasabun
Kawas	Mohajar	Nasal
Kawis	Mohamad	Nassar
Kawles	Mohamed	Nasar
Kettlum	Mohana	Naser
Kifafi	Mohod	Nash
Khalil	Mohor	Nasiff
Khalilie	Mohrez	Nassuh
Khaliliyeh	Momares	Naum
Khalilyh	Muajad	Nayar
Khamis	Mualim	Nazal
Kifafi	Mubarak	Nazzal
Kort	Mubaharak	Nazar
Kumar	Mufdi	Nazarala
Kuncar	Mukarker	Nazrala
Lahr	Musa	Nazer
Laban	Musalem	Nazif
Lahsen	Muzalem	Nazir
Lama	Mussalem	Nazur
Lamas	Muzza	Nehm
Larach	Musé	Nehme
Letrach	Muse	Neome
Libano	Musleh	Neomi
Lolas	Musre	Nome
Lues	Musri	Numair
Macías	Musrri	Numan
Mahaluf	Mussa	Obaid
Mahana	Muza	Obeid
Maher	Nacer	Odeh
Mahfuz	Nazer	Olas
Mahjas	Nacif,	Paluz
Mahla	Naciff	Param
Mahamoud	Nachar	Parham
Mahamud	Nallar	Piddo
Majlis	Nachari	Pichara
Majluf	Nahgme	Pouluán
Majul	Nacrur	Puali
Masud	Nadal	Qesille
Mansor	Nadales	Quintar
Mansour	Naim	Rabah
Mansur	Nader	Rabaji
Manzor	Nadi	Rabajille
Mansul	Nadjar	Rabié
Manzul	Nail	Rabié
Manzule	Naim	Raed
Manzur	Nahas	Rafide
Matar	Najle	Rahal
Manzouka	Najum	Rasase



Readi	Sarras	Tame
Ready	Sarraz	Tapba
Reyadi	Saúl	Tapia
Riadi	Sapag	Tarud
Riff	Sapaj	Thumala
Riscalla	Saquel	Tuane
Rizik	Sarah	Tuma
Rumie	Sarquis	Tumani
Saad	Sarrá	Tumayán
saady	Sarrás	Turchan
Sabag	Sarraz	Uarac
Sabbag	Saud	Uauy
Sadach	Sauma	Valech
Sapaj	Saíl	Yabar
Sabbagh	Sedán	Yaber
Saba	Sidan	Yagman
Sabah	Scaff	Yacamán
Sabaj	Schain	Yakcich
Sabal	Secul	Yamal
Sabja	Sekul	Yanine
Sabaha	Skul	Yanini
Sacaan	Selame	Yapur
Sabat	Selamé	Yaquich
Sacre	Selemé	Yarad
Sadá	Selman	Yarra
Sadach	Semir	Yarur
Sackel	Sfeir	Yauad
Saquel	Shahin	Yazigi
Sahlie	Shain	Yeber
Sahid	Shair	Yoma
Said	Shahwan	Yomas
Saide	Shaked	Yuma
Sade	Shara	Yuri
Saed	Shehade	Yurie
Safa	Shejade	Yusari
Saffie	Shaktur	Yury
Safie	Siade	Yousef
Said	Sidan	Zaid
Saide	Sifri	Zabib
Saieg	Sirhan	Zabra
Saieh	Sirk	Zacarías
Saihe	Slebe	Zacur
Sagurie	Sleman	Zafe
Saiem	Tabak	Zahara
Salah	Smock	Zahr
Saleh	Srur	Zafira
Salim	Sufán	Zaid
Salin	Sumar	Zajir
sakan	Sura	Zajjur
Salma	Tabba	Zala
Salama	Tabach	Zalada
Samhan	Tabalí	Zalame
Saleh	Tabja	Zalaquett
Samaha	Tabkha	Zamara
Samamé	Tabak	Zamur
Smek	Tacla	Zahr
Samek	Tafur	Zarhi
Samit	Taha	Zaror
Samur	Tahan	Zarzar
Sammur	Tala	Zedán
Sarrá	Talep	Ziede

### **ANNEXO 3: HOJA DE INFORMACIÓN**

Estimado/a Señor/a:

Usted ha sido invitada a participar en la investigación “percepción de la atención en el proceso de maternidad en la población musulmana atendida en el Pius Hospital de Valls: conocer para cuidar mejor”, cuyo objetivo principal es explorar las vivencias y percepciones de la mujer musulmana en España en el postparto inmediato para mejorar sus cuidados por parte del colectivo de profesionales sanitarios.

Por medio del presente documento se le está solicitando que participe en esta investigación, dado que reúne los criterios de inclusión del presente estudio: mujer inmigrante musulmana residente en España que ha dado a luz a un hijo en el Pius Hospital de Valls

El propósito de esta investigación es generar conocimiento que busca la sensibilización transcultural con el reconocimiento de las características culturales de la mujer musulmana, para comprender mejor al paciente y ofrecer unos cuidados más óptimos.

El estudio permitirá conocer la manera en que la cultura modela en el cuidado a los demás, ayudara en orientar la definición de políticas sanitarias dirigidas a promocionar y proteger la salud de las personas inmigrantes; el desarrollo de programas psicosociales de apoyo a mujeres inmigrantes, profundizar en el conocimiento de los valores específicos y personales que priman en la relación entre mujeres inmigrantes y el sistema sanitario Español. Con todo ello se conseguirá una mayor calidad en la atención de los profesionales sanitarios con las mujeres musulmanas en el postparto inmediato.

Su participación es voluntaria, consistirá en la realización de entrevistas semi estructuradas y la observación participante del investigador, que se realizara en el hospital elegido.

El hecho de que Ud. Decida participar en esta investigación no conlleva riesgos para su salud, ni persona.

Su participación en esta investigación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental y es voluntaria. Ud. puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio



no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial y anónima, y será guardada por el investigador responsable.

Una vez haya finalizado la investigación los participantes tendrán derecho a conocer dichos resultados, esta información será difundida a través de seminarios dirigidos a profesionales, familiares e inmigrantes, así como mediante la publicación en revistas científicas españolas e internacionales y la presentación de resultados en congresos.

La información que proporcione tendrá su privacidad garantizada por los investigadores responsables. Se le asegura por la **Resolución 466/12** su privacidad y confidencialidad. La grabación se transcribe y se almacenará durante cinco años bajo la responsabilidad de los investigadores responsables. Después de este período se destruirá el material.

Los investigadores se comprometen a seguir los lineamientos de la Resolución 466/12, que regula las normas para la investigación con seres humanos.

Ud. no se beneficiara de participar en el estudio a través de una compensación monetaria, sin embargo la información que se pueda obtener a partir de su participación será de gran utilidad para los objetivos y propósitos planteados anteriormente.

Si tiene alguna duda o consulta respecto a la participación de la universidad puede contactar con los investigadores responsables del presente estudio.

Parte del procedimiento formal en este tipo de investigaciones es informar a los participantes y solicitar autorización (consentimiento informado).

Agradecemos su colaboración, Un saludo cordial.

**Para cualquier duda contacte con:**

Laia Raigal (responsable de la investigación)

[l.raigal93@hotmail.com](mailto:l.raigal93@hotmail.com)

638419018



## ANNEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en la investigación de “estudio sobre la vivencia de la maternidad musulmana para conocer las necesidades en el postparto inmediato”

Entiendo que para el presente estudio participaré en la observación participante llevada a cabo por el investigador, y posteriormente seré entrevistada.

He sido informada de que los riesgos de esta investigación.

Tengo constancia de que no recibiré ningún tipo de compensación, sin embargo contribuiré en una mejora de la situación estudiada.

Se me han proporcionado los datos del investigador, para poder comunicarme con él en caso de resolución de dudas.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas realizadas.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento si así lo deseo.

Nombre del Participante:

*Firma del participante*

Fecha:



ANEXO 5: BASE DE DATOS

Nacionalitat mare	Sexe nadó	Nº de fills	Tipus de part	Pes	Talla nadó	PC nadó	Setmanes gestació	Edat Mare
A	F	1	PE	3125	49	33	39	22
A	M	1	PI	3435	52	35	39	18
A	F	1	PI	2785	47	35	41	32
A	M	2	PE	3430	49	34	39	32
A	M	3	PE	3855	51	35	40	28
A	F	3	PE	3840	51	34	39	36
A	F	4	PE	3300	51	34	39	37
E	M	2	PE	3255	57	34	39	29
E	F	2	PE	2960	47	34	39	38
E	F	2	PE	4115	52	34	42	42
E	M	1	PE	3355	52	35	39	36
E	M	2	PE	3660	51	33	40	28
E	F	1	PI	3680	52	33	40	37
E	F	1	PE	3165	50	32	39	35
E	F	1	PE	2395	49	30	39	30
E	F	1	C	2840	49	32	38	36
E	M	3	C	3525	50	34	40	42
E	F	3	PE	3975	53	36	40	31
E	M	3	C	2850	50	34	41	38
E	F	2	PE	3680	47	32	42	32
E	F	1	PE	3275	50	33	40	30
E	M	4	PE	3545	50	35	40	37
E	F	2	C	3050	47	32	40	20
E	F	5	PE	3800	51	33	40	29
E	F	1	PE	3245	49	34	39	32
E	F	4	PE	3735	49	35	40	24
E	M	4	C	4590	53	38	41	26
E	M	1	PE	3330	48	34	38	27
E	F	1	PE	3760	51	35	42	37
E	M	2	PE	2605	46	34	36	29
E	M	2	PI	2535	47	32	37	38
E	F	1	PE	3060	49	32	39	25
E	M	1	PE	2860	48	35	38	30
E	M	1	PE	3485	49	36	39	27
E	F	1	PE	2685	48	32	37	26
E	M	4	PE	3275	49	35	40	37
E	M	3	PE	3140	50	34	39	30
E	M	1	PE	2885	46	32	38	16
E	F	1	PE	3240	50	34	41	26
E	M	2	PE	4130	51	36	39	30
E	M	3	C	3100	48	34	39	34
E	M	1	PE	3285	51	34	39	34
E	M	3	PE	3845	50	34	38	26
E	F	2	PE	3805	52	35	38	41
E	M	4	PE	3900	50	35	39	26
E	F	2	C	3490	50	34	38	36
E	F	1	PE	2985	47	33	40	21
E	F	3	PE	3525	50	35	39	37
E	M	1	PE	3875	51	35	40	27
E	F	3	C	2765	46	32	38	35
E	M	2	PE	3450	50	34	41	32
E	F	1	C	3965	52	31	39	41
E	F	1	PI	3445	49	35	41	28
E	M	2	PE	3310	49	34	41	30
E	F	4	C	3385	49	35	41	45
E	M	1	PE	3545	50	36	38	33
E	F	2	PE	2475	51	34	40	26
E	F	2	PE	2915	48	33	40	30
E	M	2	PE	3215	50	32	39	25
E	M	1	C	2600	44	33	37	20
E	M	3	PE	3320	48	33	39	34
E	M	4	PE	3500	50	36	40	35
E	M	1	PI	3800	52	35	40	28
E	F	1	PI	3300	48	35	39	34
E	F	1	PI	2990	48	33	41	30
E	M	2	PE	3905	51	34	40	32
E	M	1	C	3665	51	35	42	38
E	F	1	PE	3345	48	33	41	29
E	F	1	C	3305	49	35	39	16
E	F	2	PE	3160	49	34	41	32



E	F	1 PI	2730	48	33	41	31
E	F	PE	3200	50	35	40	39
E	F	2 PE	3280	49	34	39	42
E	F	1 PE	3585	51	34	42	39
E	F	2 C	3640	48	34	39	35
E	M	2 PE	3790	50	36	40	26
E	F	2 PE	4185	51	36	41	28
E	M	1 C	2690	46	33	38	32
E	M	2 PE	2725	49	32	39	33
E	F	1 PE	3145	48	34	40	26
E	F	1 PE	2595	48	28	41	28
E	F	1 PI	2910	47	34	39	29
E		1 PE	3560	50	35	39	29
E	M	2 PE	3105	49	34	40	38
E	F	1 C	3220	48	33	39	34
E	F	1 PE	2940	47	33	38	31
E	F	2 PE	3200	50	34	39	38
E	F	1 PE	2850	47	34	39	31
E	F	2 PE	3500	50	35	39	38
E	F	3 PE	3155	49	34	41	24
E	M	3 PE	3340	49	36	42	23
E	M	1 PE	2950	47	35	38	35
E	F	2 C	3565	52	35	40	30
E	M	3 PE	3645	52	36	41	37
E	F	1 PE	3740	51	36	41	31
E	F	1 PE	3545	48	35	38	35
E	F	1 C	3075	49	34	38	26
E	F	1 C	2515	44	33	38	36
E	F	2 PE	3435	51	36	41	31
E	M	4 PE	4360	53	38	41	33
E	F	2 PI	3040	49	32	38	34
E	M	1 PI	3300	49	36	40	29
E	F	2 PE	2900	49	34	40	25
E	F	3 PE	3175	49	33	38	34
E	M	1 PE	3675	51	33	39	38
E	M	1 PE	2815	48	35	39	29
E	M	1 PE	3365	50	33	40	27
E	F	5 PE	3310	50	33	41	29
E	M	2 PE	2965	49	32	40	37
E	M	2 PI	4305	53	37	42	31
E	M	2 C	4035	52	36	41	28
E	F	3 PE	3620	51	36	42	38
E	M	1 C	2880	48	34	38	34
E	F	2 PE	3320	50	35	41	37
E	F	2 PE	2685	49	35	40	37
E	M	2 PE	3005	49	35	42	34
E	F	1 PE	3125	48	34	39	37
E	F	1 PE	3475	49	35	39	25
E	F	1 PI	3585	52	32	41	35
E	F	1 PI	4300	54	36	41	28
E	F	1 C	3450	49	35	41	28
E	M	4 C	4235	52	36	41	30
E	F	1 PE	3245	48	34	39	28
E	M	1 PE	3580	49	34	42	27
E	M	2 PE	2650	47	33	39	31
E	M	3 PE	3170	47	35	40	28
E	F	1 C	3525	48	32	41	22
E	M	2 C	3560	52	36	42	41
E	F	3 PE	3110	50	34	40	38
E	F	1 PE	2950	46	32	37	35
E	F	1 PE	3240	48	35	41	32
E	M	1 C	3480	49	34	38	37
E	F	2 PE	3310	47	35	39	35
E	M	1 PE	2950	47	35	38	32
E	M	1 PE	3520	51	35	39	28
E	F	1 PE	2965	47	33	39	33
E	F	2 PE	2545	46	33	38	41
E	M	1 PE	4245	53	36	40	23
E	M	1 PE	3070	49	34	37	30
E	F	5 C	3180	49	33	39	41
E	M	2 PE	3960	51	34	39	34



E	F	2 PE	3330	48	36	39	32
E	F	2 C	3480	51	34	39	35
E	F	5 PE	3630	50	35	40	39
E	F	3 PE	3610	49	35	40	30
E	F	3 C	3900	47	34	39	35
E	M	2 PE	3020	48	34	41	21
E	M	1 PE	3050	49	32	41	33
E	F	2 PE	3145	48	34	40	35
E	F	2 PE	3190	51	35	41	33
E	F	2 PE	3140	47	34	40	33
E	M	2 C	3955	49	37	38	38
E	F	1 C	3145	49	34	36	36
E	M	2 PE	3270	48	34	39	34
E	M	3 C	2470	46	32	38	30
E	M	3 PE	2910	47	34	39	34
E	F	2 PE	3440	49	35	42	30
E	F	2 PE	2710	49	31	41	22
E	F	4 C	3380	48	35	38	38
E	F	1 PE	3280	49	33	40	28
E	M	2 C	3230	49	34	39	32
E	F	3 PE	3720	51	35	42	29
E	M	6 PE	3630	49	35	40	43
E	M	1 PE	3170	49	35	38	19
E	M	1 PE	3410	49	37	40	33
E	M	2 C	3155	48	35	40	35
E	F	3 PE	3780	51	33	40	34
E	F	3 C	3190	47	35	39	40
E	M	2 PE	3400	50	36	40	36
E	F	1 C	2760	48	34	37	35
E	M	2 C	3905	50	36	40	41
E	M	4 PE	3505	53	33	41	29
E	M	1 PI	3195	49	35	39	30
E	M	2 C	3465	50	36	39	34
E	M	2 PE	2960	48	33	38	32
E	M	2 PE	2850	48	35	39	35
E	F	2 C	2860	48	34	39	34
E	M	2 PE	3315	49	35	40	21
E	M	1 C	3235	47	36	40	26
E	M	2 PE	3385	50	33	40	29
E	M	4 C	2800	47	33	41	38
E	F	1 PE	2970	48	34	39	18
E	M	2 PE	3705	50	35	40	33
E	M	2 PE	2810	47	33	39	42
E	F	2 PE	3155	47	32	37	32
E	M	2 PE	3590	51	34	39	38
E	F	1 PE	3190	49	35	39	32
E	F	1 PE	3455	49	33	41	24
E	M	1 PE	3015	48	33	40	31
E	F	1 PE	3435	50	33	40	31
E	M	4 PE	2980	48	33	39	36
E	F	1 PE	2725	46	32	40	35
E	F	1 PE	2745	49	32	40	27
E	M	3 C	3455	50	36	37	40
E	F	1 PE	3260	50	34	40	28
E	F	1 PE	2845	49	31	40	29
E	M	2 PE	2740	47	33	37	40
E	M	1 PE	3645	51	34	42	36
E	F	2 PE	2625	46	32	40	31
E	F	1 PE	3510	51	35	40	35
E	M	3 C	3830	53	37	42	34
E	M	1 PE	2685	46	33	39	29
E	M	2 PE	3325	50	37	38	35
E	F	1 PE	2410	47	32	38	31
E	M	2 PE	3575	51	33	41	34
E	F	3 PE	2440	46	33	40	37
E	M	1 PE	3510	50	35	38	37
E	F	3 PE	3220	48	33	39	36
E	M	2 PE	2765	48	34	41	34
E	M	2 PE	3300	49	33	38	35
E	M	2 PE	3315	50	35	39	26
E	M	1 PE	3940	53	37	42	31



E	M	2 PE	3960	50	36	41	38
E	F	3 C	2875	46	33	37	30
E	M	2 PE	4430	51	37	41	34
E	F	3 PE	3920	52	36	41	34
E	F	3 C	2370	49	32	39	35
E	F	2 C	3480	50	34	39	35
E	F	2 PE	3055	48	34	40	34
E	F	2 PE	3055	48	34	40	34
E	M	2 PE	3175	51	34	41	36
E	M	3 PE	3565	51	34	40	33
E	F	1 C	2780	47	33	39	33
E	M	1 PI	3700	51	34	41	36
E	F	1 PE	2975	47	32	39	35
E	F	1 PE	3180	49	34	40	35
E	F	1 PE	2285	49	34	41	41
E	M	1 PE	3315	49	34	39	30
E	M	1 C	3695	49	34	40	32
E	F	4 PE	2825	47	35	40	36
E	M	2 C	2020	43	32	36	36
E	F	3 PE	3595	52	35	40	45
E	F	3 PE	2750	47	32	39	33
E	F	3 PE	3205	48	34	40	32
E	F	2 PE	3815	50	34	41	26
E	M	1 PE	3855	51	35	39	26
E	F	1 PE	2710	46	33	38	36
E	M	3 PE	2200	43	32	36	34
E	M	1 PI	3305	49	34	40	33
E	M	1 PE	3295	49	34	39	35
E	M	2 C	3735	49	34	40	30
E	M	1 PE	3210	50	33	39	25
E	F	1 PE	2015	47	31	38	31
E	F	2 PE	3195	50	34	40	21
E	F	1 PE	3575	49	35	40	39
E	M	4 PE	3215	49	34	38	38
E	F	2 PE	3610	51	35	40	30
E	M	3 PE	3780	51	36	40	36
E	M	2 C	3590	52	35	40	35
E	F	3 PE	3960	49	37	41	27
E	M	2 C	3420	49	37	37	34
E	M	2 PE	3705	50	36	40	34
E	F	3 PE	3515	49	35	39	29
E	F	1 PE	3060	48	35	39	35
E	F	1 PE	3190	49	34	39	26
E	M	5 PE	3185	50	32	38	37
E	F	3 PE	3295	50	33	39	37
E	F	2 PE	3625	51	36	40	41
E	M	1 PE	3080	47	32	37	30
E	M	1 C	3725	51	36	41	30
E	M	1 C	3085	49	33	38	28
E	F	1 PE	2925	46	32	41	29
E	F	3 PE	2745	48	32	38	34
E	M	1 PI	3420	52	36	41	32
E	M	1 PE	3100	47	32	39	20
E	F	2 C	2220	45	33	37	31
E	M	1 PE	3020	48	33	40	28
E	M	2 C	3655	51	37	40	32
E	F	2 PE	3225	49	32	42	22
E	M	2 C	3860	52	37	40	34
E	F	2 PE	3595	49	36	41	35
E	F	4 PE	3220	48	34	39	28
E	F	1 PE	2515	46	33	41	27
E	M	1 C	2140	46	32	39	40
E	M	1 PE	3185	49	35	38	30
E	M	1 C	2885	48	34	39	40
E	F	1 PE	3325	47	32	36	35
E	M	1 C	2930	50	35	39	39
E	M	2 PE	3695	51	34	40	36
E	F	2 C	3175	47	36	40	37
E	F	3 PI	3815	51	36	41	32
E	M	3 PE	3810	50	36	41	39
E	F	1 PE	2605	46	34	41	33

CONOCER PARA CUIDAR MEJOR

Laia Raigal Aran



E	M	1 PI	4095	54	36	41	35
E	M	1 PE	4000	51	36	40	28
E	F	2 PE	3105	48	33	41	29
E	F	3 C	1785	43	30	37	36
E	M	1 PE	3335	48	33	41	36
E	F	3 C	2875	47	35	38	39
E	M	2 C	3735	51	37	41	35
E	F	4 PE	2670	46	32	38	28
E	F	2 C	3160	49	34	40	21
E	F	1 PE	3060	49	33	41	29
E	F	2 C	3940	51	36	42	38
E	M	1 C	3375	50	35	42	36
E	F	3 PE	3640	51	36	40	35
E	M	3 C	3235	49	34	39	37
E	M	4 PE	2840	48	34	40	40
E	M	1 PE	2695	49	34	39	29
E	M	2 PE	2960	47	33	40	33
E	M	1 PI	2760	47	34	38	34
E	M	1 C	2235	44	35	38	37
E	M	1 PE	3440	50	35	40	33
E	M	5 PE	3600	50	36	41	42
E	M	2 PI	3890	52	36	40	22
E	M	1 C	3360	41	34	41	30
E	F	2 PE	4060	52	35	40	32
E	F	1 PE	1990	42	32	34	40
E	M	1 C	3935	52	36	42	34
E	F	1 C	2955	48	34	37	40
E	M	1 PI	2885	47	34	38	29
E	F	1 PE	3000	48	31	40	30
E	M	1 PE	2795	47	34	40	29
E	F	1 PE	2780	46	31	39	24
E	F	3 PE	4020	50	35	41	39
E	F	2 C	3000	46	33	39	35
E	M	1 PE	2940	49	34	42	37
E	F	1 PE	2610	46	33	37	24
E	M	2 PE	4030	52	36	40	34
E	F	4 PE	4315	50	34	39	40
E	M	3 PE	3425	52	35	42	35
E	F	1 PE	3510	51	35	42	36
E	F	2 PE	3420	50	34	40	29
E	M	2 PE	3705	52	36	41	34
E	M	2 PE	3395	51	35	39	34
M	F	5 C	3490	51	37	41	35
M	M	6 PE	3140	48	35	39	36
M	M	1 C	4415	55	34	41	26
M	F	2 PE	2720	46	33	38	27
M	F	3 PE	3430	49	33	39	27
M	M	2 PE	3705	51	35	39	27
M	M	6 PE	4135	53	37	39	27
M	M	4 PI	4000	52	37	40	25
M	M	2 PE	2905	47	35	38	36
M	M	4 PE	3820	50	36	41	33
M	F	3 PE	2820	47	35	40	25
M	M	3 C	3515	49	36	37	26
M	M	4 C	3285	48	35	39	42
M	F	2 PE	2730	48	33	38	36
M	M	2 PE	3260	49	34	39	24
M	F	4 PE	3310	50	34	38	28
M	M	5 C	3850	50	36	38	33
M	M	3 PE	3750	52	37	41	27
M	M	2 PE	2545	46	34	40	27
M	F	2 PE	3045	49	33	35	34
M	M	1 C	3255	48	35	39	26
M	M	3 PE	3280	49	33	37	35
M	M	1 PE	3255	48	35	38	28
M	M	1 C	3110	49	35	40	22
M	M	3 PE	3395	49	49	40	32
M	M	1 PE	3835	50	35	40	30
M	M	3 PE	3645	52	37	40	27
M	M	2 PE	3390	49	34	40	20
M	M	3 PE	3590	50	34	41	24

CONOCER PARA CUIDAR MEJOR

Laila Raigal Aran



M	F	3 PE	3535	49	34	39	30
M	M	1 C	3375	50	36	39	27
M	F	4 PE	3855	51	35	39	26
M	M	1 PE	3240	50	35	36	27
M	M	2 C	3845	50	36	39	22
M	F	4 PE	3785	51	35	39	39
M	F	3 PE	3750	52	34	40	42
M	F	3 PE	3416	50	35	41	20
M	M	1 PE	2950	47	35	39	31
M	F	3 C	3330	50	35	39	27
M	M	1 C	3595	51	35	41	33
M	M	2 PE	2985	48	32	38	29
M	F	2 PE	3575	51	36	41	29
M	M	6 PE	3660	51	36	41	36
M	M	2 PE	4410	51	35	40	27
M	F	2 PE	2525	48	35	37	22
M	M	1 PE	3450	52	35	40	31
M	F	2 PE	3780	51	35	42	23
M	M	3 PE	4075	53	37	39	28
M	F	3 PE	3180	49	33	40	29
M	F	2 PE	3440	48	33	39	25
M	F	2 C	2630	46	34	39	34
M	F	2 C	2580	48	34	39	34
M	F	4 C	3180	50	33	39	26
M	M	1 C	3650	49	34	40	34
M	M	1 PE	2880	49	32	38	23
M	F	1 PE	3830	51	36	40	39
M	M	1 PI	3830	52	34	41	27
M	M	3 C	3315	51	34	39	30
M	F	1 PI	3140	48	35	40	35
M	F	1 PE	3620	51	33	40	28
M	F	3 PE	3720	50	36	40	24
M	M	2 PE	3535	47	34	38	33
M	F	1 PE	3935	51	37	40	35
M	F	4 C	4135	53	38	41	38
M	M	4 C	2945	49	35	38	33
M	F	1 C	2960	49	35	40	19
M	F	2 PE	3210	50	35	41	32
M	M	5 PE	3275	51	34	40	22
M	M	2 PE	3625	50	33	39	26
M	M	3 PE	3280	50	33	39	31
M	F	1 PE	3475	49	36	40	20
M	M	3 PE	3410	50	39	39	39
M	M	2 PE	4230	52	35	39	26
M	M	3 PE	3545	50	35	41	30
M	M	3 C	2975	49	35	38	39
M	F	1 PE	3160	51	34	41	26
M	M	7 PE	4435	53	36	39	32
M	F	3 C	3855	54	36	41	35
M	M	1 PE	3575	48	34	39	20
M	F	7 PE	2570	44	33	38	35
M	M	3 PE	3280	48	33	40	26
M	F	2 PE	3325	50	34	40	30
M	F	2 PE	3160	48	34	40	30
M	F	3 PE	3340	50	35	40	23
M	F	3 C	3890	51	36	39	28
M	F	3 PE	2505	49	34	36	26
M	M	3 PE	3790	51	36	40	32
M	F	2 PE	3745	51	36	39	27
M	M	1 PE	4045	50	35	40	24
M	M	2 PE	3260	47	34	41	36
M	M	2 PE	3225	50	35	38	29
M	F	4 PE	4005	49	34	39	32
M	F	3 C	3850	51	36	40	20
M	F	3 PE	3875	52	35	41	20
M	M	1 PE	3680	52	35	40	26
M	F	3 PE	3080	48	33	40	24
M	F	2 PE	3165	49	34	40	28
M	M	2 PE	3105	49	35	40	26
M	F	3 PE	3395	50	35	40	31
M	M	4 PE	2575	46	32	36	34



M	M	1 PE	2965	49	33	39	25
M	F	3 PE	4065	54	34	40	28
M	F	2 PE	3480	49	35	38	33
M	F	3 C	3220	50	36	38	30
M	F	1 PE	3080	46	34	40	30
M	M	1 PI	3005	50	32	39	38
M	M	3 PE	3765	50	34	39	34
M	M	3 PE	3495	49	34	39	31
M	F	2 C	3460	51	36	42	21
M	F	3 C	3780	51	35	38	32
M	M	3 PE	4025	51	36	39	37
P	M	2 PE	3555	51	33	41	31
P	M	1 C	2510	45	33	37	42
R	F	1 PE	3905	52	37	40	23
R	F	1 PE	3260	48	34	41	34
R	F	3 PE	3415	50	33	39	24
R	F	1 C	2435	45	33	38	31
R	M	3 PE	3895	50	34	39	32
R	M	1 C	3130	49	37	39	26
R	F	5 PE	3280	50	33	40	27
S	F	2 PE	3070	47	33	39	35
X	M	1 PE	4815	54	37	41	28
X	M	2 C	3740	51	36	40	36
X	F	1 PE	3930	53	36	40	19

**CONOCER PARA CUIDAR MEJOR**

*Laia Raigal Aran*

---

