

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Percepción del paciente diabético musulmán acerca de
las consideraciones a tener en cuenta durante su
ayuno en Ramadán.***

Alumna: Cristina González Huerta

Director: Dr. Carlos Valencia Rodríguez

Madrid, 24 de abril de 2024

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen.....	3
2. Abstract.	4
3. Presentación.....	5
4. Estado de la cuestión.....	6
4.1. Fundamentación.....	6
4.1.1 Aspectos demográficos.....	7
4.1.2 Aproximación al islam.....	10
4.1.3 El Ramadán.....	12
4.1.4 Fisiología del ayuno.	13
4.1.5 Diabetes mellitus.....	15
4.1.6 Paradoja entre la práctica del ayuno y la diabetes mellitus	16
4.1.7 El ayuno en Ramadán y la diabetes mellitus en España y en el mundo	18
4.2. Justificación.....	21
5. Objetivos e hipótesis.....	22
5.1. Objetivo general.....	22
5.2. Objetivos específicos	22
5.3. Hipótesis	23
6. Metodología.....	23
6.1. Diseño del estudio	23
6.2. Sujetos de estudio	23
6.2.1 El grupo humano	23
6.2.2 La familia y el parentesco.....	24
6.2.3 Las normas sociales.	25
6.2.4 La religión.....	25
6.2.5 La economía y la formación.	26
6.2.6 El lenguaje.....	27
6.2.7 Las políticas sanitarias.	27

6.2.8 El concepto de salud y enfermedad.....	29
6.2.9 El lugar de realización del estudio.....	29
6.2.10 Criterios de inclusión y exclusión.....	30
6.3. Variables.....	30
6.4. Procedimiento de recogida de datos.....	30
6.5. Fases del estudio y cronograma.....	31
6.6. Análisis de datos.....	32
7. Aspectos éticos.....	32
8. Limitaciones del estudio.....	32
9. Bibliografía.....	33
10. Anexos.....	39
Anexo 1. Documento de información al paciente	39
Anexo 2. Documento de consentimiento informado.	40
Anexo 3. Ficha de recogida de datos	41

1. Resumen.

Introducción:

La práctica espiritual del ayuno en Ramadán que realizan las personas musulmanas implica la abstención de ingesta de alimentos sólidos y líquidos desde la salida del sol hasta su puesta. En el caso de musulmanes con diabetes mellitus, representa un grave compromiso para su salud haciéndoles objeto de estudio a la hora de lograr identificar la atribución que otorgan a los cambios que han de generar para minimizar el impacto del ayuno en su salud.

Objetivo:

Conocer cómo perciben los musulmanes diabéticos, durante el Ramadán, los cambios que han de implementar para poder llevarlo a cabo de forma segura para su salud.

Metodología:

Estudio de metodología cualitativa descriptiva con un enfoque de investigación etnográfico que pretende sumergirse en la cotidianidad de los pacientes diabéticos musulmanes, durante su ayuno en Ramadán, ahondando en las impresiones de los mismos.

Implicaciones para la práctica enfermera:

Producir un acercamiento a la comprensión que, para una persona musulmana con diabetes, implica la realización del ayuno en Ramadán se torna indispensable a la hora de ofrecer una atención sanitaria profesional de calidad, así como el soporte adecuado a las necesidades de estos pacientes durante su ayuno de Ramadán.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Ramadán; Ayuno Intermítente; Islam; Manejo de la Enfermedad, Calidad de Vida.

2. Abstract.

Introduction:

The spiritual practice of fasting in Ramadan by Muslims involves abstaining from solid and liquid food intake from sunrise to sunset. In the case of Muslims with diabetes mellitus, it represents a serious compromise for their health, making them the object of study when it comes to identifying the attribution they give to the changes they have to generate to minimize the impact of fasting on their health.

Objective:

To find out how diabetic Muslims during Ramadan perceive the changes they have to implement in order to carry it out in a way that is safe for their health.

Methodology:

A descriptive qualitative methodology study with an ethnographic research approach that aims to immerse itself in the everyday life of Muslim diabetic patients during their fasting in Ramadan, delving into their impressions.

Implications for nursing practice:

Producing an insight into the understanding that, for a Muslim person with diabetes, the performance of fasting in Ramadan implies becomes indispensable in providing quality professional healthcare, as well as adequate support for the needs of these patients during their Ramadan fasting.

Key words:

Diabetes Mellitus; Ramadan; Intermittent Fasting; Islam; Disease Management; Quality of Life.

3. Presentación.

A la par que nuestro mundo se muestra cada vez más diverso y complejo, atendemos a pacientes culturalmente diferentes con una interpretación propia de la realidad que viven e incluso del proceso salud y enfermedad que experimentan. Es entonces cuando la enfermería necesita ser competente culturalmente para llevar a cabo unos cuidados basados en el respeto a las diferentes creencias culturales de los pacientes que atiende en donde no debe de tener cabida el etnocentrismo, las barreras en el lenguaje y la comunicación, los estereotipos y prejuicios, la falta de apoyo o de capacitación espiritual y cultural.

La salud, la enfermedad, la vida y la propia muerte son objeto de estudio en todas las culturas y pueden considerarse experiencias universales, pero la percepción de cada individuo es única y diferente, determinada por su cultura y también por su religión. Una muestra de esto último es la realización del ayuno, durante el período del Ramadán, por parte de personas de religión musulmana exentas de llevarlo a cabo por presentar una patología, a priori, incompatible con esta práctica como lo es la diabetes mellitus.

Se trata de una práctica espiritual crucial para este grupo de personas que poseen un gran arraigo religioso que me ha servido de inspiración a la hora de reflexionar acerca del papel que juega la enfermería en ello a la hora de poder elaborar unos cuidados enfermeros individualizados, de calidad y culturalmente adaptados con la finalidad de que esta muestra sustancial de personas pueda mantenerse fiel a su religión en condiciones de seguridad para su salud.

La situación de ayuno prolongado en el tiempo en personas de religión musulmana con patología diabética representa un desafío a los cuidados que puede traducirse en una oportunidad de acercamiento a la cultura musulmana, de afianzamiento de la relación terapéutica con el profesional de enfermería y de una mejora en el estilo de vida de las personas musulmanas.

4. Estado de la cuestión.

4.1. Fundamentación.

Este trabajo pretende observar el significado que, una persona musulmana con diabetes mellitus, otorga a la realización del ayuno diurno durante el período de Ramadán a pesar de encontrarse descrita la exención de ser llevada a cabo por personas con patología y de poseer indicación terapéutica que desaconseja esta práctica. El objetivo es propiciar la búsqueda de herramientas necesarias para poder implementar y posibilitar llevar a cabo unos cuidados de enfermería que les permita cumplir con su religión de forma segura para su salud. Para ello, se describen aspectos demográficos, se realiza una aproximación al islam, se define el Ramadán, la fisiología del ayuno y las características y tipos de diabetes mellitus, así como la paradoja existente entre la práctica del ayuno y el poseer la patología descrita, observando las condiciones en que es llevada a cabo en España y en el mundo.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de referencia como Academic Search Complete, CINAHL Complete, eBook Nursing Collection, E-Journals, Pubmed, MEDLINE Complete, SciELO y la Biblioteca de la Universidad de San Juan de Dios donde se obtuvieron los diversos artículos que fundamentan el estado de la cuestión. Se han utilizado los términos DeCS y MeSH (tabla 1), así como las combinaciones de búsqueda siguientes (tabla 2) utilizando el operador booleano “and”:

Lenguaje libre	Términos DeCS	Términos MeSH
Diabetes mellitus	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus
Ramadán		
Ayuno intermitente	Ayuno Intermitente	Intermittent Fasting
Calidad de vida	Calidad de Vida	Quality of Life
Planificación de cuidados del paciente	Planificación de Atención al Paciente	Patient Care Planning
Musulmán	Islamismo	Islam
Evaluación del impacto en la salud	Evaluación del Impacto en la Salud	Health Impact Assessment
Control de la enfermedad	Manejo de la Enfermedad	Disease Management

Tabla 1. Términos DeCS y MeSH. Elaboración propia.

Combinaciones de búsqueda
Diabetes Mellitus AND Ramadán
Diabetes Mellitus AND Ramadán AND Intermittent Fasting
Diabetes Mellitus AND Ramadán AND Islam
Diabetes Mellitus AND Ramadán AND Disease Management

Tabla 2. Combinaciones de búsqueda y operador booleano utilizado. Elaboración propia.

No se ha utilizado filtro en la fecha de obtención de fuentes bibliográficas por considerarse todas ellas igualmente originales y relevantes para el trabajo, si bien han sido elegidos mayormente artículos recientes. El idioma filtrado ha sido el de artículos en inglés y español.

4.1.1 Aspectos demográficos.

Alrededor del 2'3 % de la población mundial vive fuera de su país de nacionalidad y debido a las divergencias demográficas y al cambio climático, la migración será cada vez más necesaria en las próximas décadas para los países de todos los niveles de ingresos¹.

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), a finales de 2022, 108'4 millones de personas tuvieron que desplazarse por la fuerza en el mundo debido a conflictos, persecuciones, violencia, violaciones de derechos humanos u otros eventos².

En España, los extranjeros más numerosos³ a 1 de enero de 2023 fueron los procedentes de Marruecos (893.953), Rumanía (629.755), Colombia (453.911), Italia (301.791), Reino Unido (284.037) y Venezuela (278.159). Esta notable presencia numérica de migrantes musulmanes en España, ha despertado expectación y centrado profundos debates acerca de la integración de este colectivo en nuestro país.

Atendiendo al estudio demográfico de la población musulmana del 31 de diciembre de 2022, del Observatorio Andalusí⁴, existen en España 2.349.288 de musulmanes viviendo en España entre (Argelia, Bangladesh, Gambia, Guinea, Malí, Marruecos, Nigeria, Pakistán, Senegal y otros). Se destacan cuatro zonas geográficas de origen:

- El Magreb Árabe
- África Occidental
- Oriente Próximo
- Oriente Medio

Los musulmanes, por tanto, representan aproximadamente el 4% de la población total de ciudadanos que habitan en España. El 44% de los musulmanes es español mientras que el 56% es inmigrante (37% marroquíes y 19% de otra nacionalidad).

Atendiendo a su implantación geográfica, el número de ciudadanos musulmanes más elevado por autonomías se sitúa en Cataluña, seguido de Andalucía, la Comunidad de Madrid y Valencia (figura 1).



Figura 1. Musulmanes por CCAA. Elaboración propia a partir de Herrero, A⁴.

A continuación, se detalla por provincias (figuras 2 y 3) el número mayoritario de ciudadanos musulmanes en cada una de ellas y, atendiendo a la comunidad autónoma perteneciente, en orden de mayor a menor número en cuanto a personas musulmanas que residen en las mismas.



Figura 2. Musulmanes por provincias 1/2. Elaboración propia a partir de Herrero A⁴.



Figura 3. Musulmanes por provincias 2/2. Elaboración propia a partir de Herrero A⁴.

Con respecto a la población extranjera y española empadronada en la Comunidad de Madrid, según datos del Informe de población extranjera⁵ a 1 de enero de 2021, el 15% de la población residente son extranjeros frente al 85% que tienen nacionalidad española

En cuanto al origen de los extranjeros con mayor presencia se encuentran las nacionalidades: rumana (17,7%), marroquí (8%), colombiana (6,5%), china (6,3%), venezolana (6,3%), peruana (4,4%) e italiana (4,1%), que suponen más del 53% del total de población extranjera en nuestra región tal y como se muestra en la figura 4.

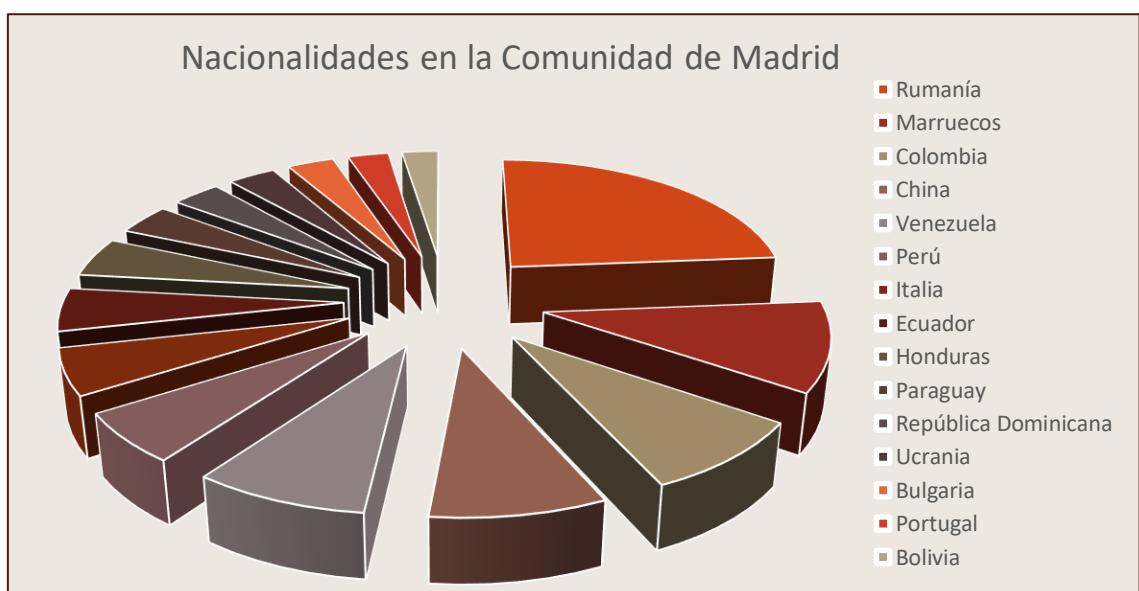


Figura 4. Nacionalidades de personas extranjeras en la CAM. Elaboración propia a partir de https://www.comunidad.madrid/sites/default/informe_de_poblacion_extranjera_enero_2021_1.pdf⁵.

Si nos ceñimos a la comunidad musulmana residente en la Comunidad de Madrid, existen 314.451 ciudadanos musulmanes de diferentes nacionalidades (figura 5).



Figura 5. Nacionalidades de musulmanes en la CAM. Elaboración propia a partir de Herrero A⁴.

La diversidad cultural genera cambios en la composición de nuestra sociedad proyectando la necesidad de adaptar la asistencia sanitaria a la nueva realidad social que surge. La atención enfermera a la población musulmana se traduce en la superación de todo un reto a la hora de administrar adecuados cuidados, máxime en la esfera de la necesidad de valores y creencias de este colectivo.

4.1.2 Aproximación al islam.

Se ha de realizar una aclaración entre los siguientes términos clave con la finalidad de ayudarnos a discernir y a adoptar una postura crítica acerca del islam ya que las muestras de rechazo hacia la población musulmana se suceden, originando el cierre a las inestimables aportaciones que pueden ofrecer a la humanidad. A pesar de tratarse de términos etimológicamente parecidos y que pueden confundirse a menudo, poseen significados muy distintos que procedemos a analizar⁶.

- Islam: se encuentra referido a la religión monoteísta que practican las personas musulmanas en la que su dios es Alá, su profeta es Mahoma y su libro sagrado es el Corán. Practicada por millones de personas en el mundo que realizan durante un mes al año un ayuno en las horas centrales del día denominado Ramadán⁶.
- Musulmán: es la persona que profesa la fe del islam, que se ha de distinguir con el término árabe que se encuentra referido al pueblo originario de la península

árabiga cuya lengua es la árabe y en donde un elevado número de personas practican el cristianismo, a parte del islam. El 80% de los musulmanes no habla la lengua árabe y únicamente el 15% son árabes. Se encuentran presentes en el norte de África, África subsahariana, Europa, Sudeste asiático y Oriente Medio⁶.

- Islamismo: puede encontrarse referido a dos aspectos. En primer lugar, a los preceptos y creencias del islam y, en segundo lugar y más generalizado en la opinión pública, a la ideología que subyace desde el fundamentalismo islámico. El *islamismo radical* se refiere al ideario político que proclaman los yihadistas de corte extremo, llevando a cabo prácticas de terrorismo en el nombre de Alá y bajo la religión del islam⁶.
- Islamista: es la persona seguidora del integrismo musulmán, en línea con la segunda acepción descrita anteriormente. Crucial pues, no confundir islamista con las personas que practican el islam que corresponden a las personas musulmanas⁶.

El islam, junto con el cristianismo y el judaísmo, constituye una de las grandes religiones monoteísta del mundo. Actualmente, una de cada cinco personas en el mundo profesa el islam que se encuentra basado en 5 pilares:

1. La fe: es creer con convicción en la existencia de un solo Dios, Alá, cuyo profeta es Mahoma. En el islam, no existen los sacerdotes porque se considera la relación directa con Dios y cualquier persona puede ser imán o quien dirige la oración⁷.
2. La oración: es el deber más importante mediante la que se ofrece la gratitud a Dios por todo lo poseído y por la vida misma. Se reza de forma privada en cualquier momento y de forma pública cinco veces al día. Se han de lavar cara, manos, brazos y pies antes de orar purificando cuerpo y alma mostrándolo digno a Dios. Se descalzan, cubren la cabeza y rezan posicionados hacia La meca. Las mujeres se han de ocultar de los hombres⁷.
3. La limosna: es la donación del 2'5% del patrimonio de la persona cada año con la finalidad de hacer frente a las necesidades de los que menos poseen⁷.

4. El ayuno: durante el Ramadán comienza el noveno mes del calendario lunar musulmán, en el que Dios se reveló al profeta Mahoma por primera vez. Durante este mes, todas las personas a excepción de los niños, los enfermos y los que se encuentren en viajes largos, deberán de ayunar durante las horas de sol como señal de acercamiento a Dios y al padecimiento de los más pobres. Tampoco se permiten las relaciones sexuales ni fumar⁷.
5. La peregrinación: el último pilar del islam obliga a realizar una peregrinación a La Meca, al menos una vez en la vida, en el duodécimo mes del calendario lunar y su motivo es la de seguir los pasos del profeta Mahoma en el lugar donde tuvo sus primeras revelaciones⁸.

4.1.3 El Ramadán.

En el islam, el Ramadán es el mes sagrado del ayuno, fundamento de la vida musulmana, obligatorio de llevar a cabo por las personas adultas sanas durante 29 o 30 días y que, cada año, se adelanta 11 días debido a que el calendario islámico se basa en la luna y posee 354 días. Este periodo está destinado a celebrar el recuerdo de la revelación a Mahoma de los pasajes del Corán y representa una prueba de autodominio, paciencia y compasión, además de cumplir una importante función de cohesión social. El ayuno consiste en abstenerse de tomar alimento sólido o líquido, fumar y practicar cualquier acto sexual desde el amanecer hasta la puesta de sol, suponiendo en algunas partes del mundo hasta 20h. Alrededor de 116 millones de personas en el mundo ayunan durante el Ramadán⁹.

Se realizan dos comidas únicamente, una antes del amanecer y otra cuando anocchece que marca el final del ayuno en el día. No todas las personas musulmanas pueden participar del ayuno. Los niños, ancianos, mujeres embarazadas y/o en período de lactancia y personas enfermas, frágiles y/o con comorbilidades se encuentran exentos de realizarlo si bien pueden participar del Ramadán aportando caridad a quienes lo necesitan. A pesar de ello, sienten un ferviente deseo por participar en el ayuno.

4.1.4 Fisiología del ayuno.

Con un correcto aporte calórico: la ingesta de nutrientes ocurre de manera intermitente. El organismo amortigua la variabilidad en la concentración plasmática de glucosa mediante mecanismos fisiológicos. En el estado postprandial (absortivo) producido tras la digestión de los nutrientes ingeridos, la glucosa sérica se eleva produciéndose una hiperglucemia que se mantiene amortiguada gracias a la labor de la insulina, hormona encargada de transportar la glucosa a las células para que pueda ser utilizada en forma de energía. El excedente de glucosa es almacenado en forma de glucógeno hepático y se favorece el anabolismo lipídico y proteico. En el estado postabsortivo, ocurrido a las 4 a 6h de la ingestión del alimento o tras el ayuno nocturno de 10 a 14h, se generan estados de hipoglucemia que son igualmente compensados por el organismo con mecanismos de obtención de energía¹⁰.

Con un aporte calórico insuficiente: el organismo consume energía a partir de sus reservas energéticas que en el ejemplo de un varón de 70 kg se distribuyen atendiendo a la siguiente distribución:

- 300 gr de glúcidos generan 1200 Kcal y duran 24h
- 11 kg de lípidos generan 99.000 Kcal y duran más de 40 días.
- 10 kg proteínas generan 40.000 Kcal que apenas llegan a consumirse.

El ayuno posee tres fases atendiendo a la fuente principal de energía que utilice:

1. Primera fase: en donde los glúcidos son el combustible principal. La glucosa sérica en primer lugar y, cuando ésta es insuficiente, se utilizan las reservas de glucógeno hepático y muscular. Con esta glucosa circulante y almacenada, el organismo obtiene energía para unas 24 a 48h y, pasado este tiempo, se presentará clínica asociada en forma de astenia, mareo, sudoración fría, etc. La glucemia disminuye durante el ayuno, debido a la depleción del glucógeno hepático y el retardo en producirse la gluconeogénesis, alcanzando una meseta en torno al tercer día. Durante los primeros días de ayuno, la glucosa ha de dirigirse al tejido glucodependiente por excelencia que constituye el sistema nervioso central. Cuando el aporte se torna insuficiente, se desencadenan mecanismos de compensación. Uno de los más importantes es la activación del sistema nervioso simpático, liberando catecolaminas que permiten abastecerlo de glucosa a partir de la degradación de lípidos y proteínas¹⁰.

2. Segunda fase: la situación de hipoglucemia pone en marcha mecanismos sobre el hipotálamo, terminaciones nerviosas, glándulas suprarrenales y páncreas, dirigidos al consumo de lípidos como fuente de energía.

- Hipotálamo: libera factores estimulantes como la somatotropa (STH) que posee acción lipolítica, cetogénica e hiperglucemiantre. La adrenocorticotropa (ACTH) produce glucógenolisis y formación de glucosa-6-fosfato. La tirotropina (TSH) contribuye a la disminución de la insulina estimulando el metabolismo general. Estas tres hormonas se comportan como lipolíticas y adipocinéticas.
- Terminaciones nerviosas: estimulan el sistema parasimpático.
- Glándulas suprarrenales: la elevación de las catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, inhiben la captación de glucosa en el músculo acentuando la lipólisis en el tejido adiposo. Elevación de los glucocorticoides que estimulan la neoglucogénesis.
- Páncreas: disminuye los niveles de insulina (hormona antilipolítica) y eleva los de glucagón (hormona lipolítica) que actúa sobre el tejido adiposo incrementando en él la hidrólisis de los triglicéridos que origina ácidos grasos libres que se mantendrán elevados durante esta segunda etapa del ayuno.

Además de ello, en esta segunda fase, el organismo sufre un proceso de adaptación al ayuno en el que se reduce el metabolismo basal y la actividad física¹⁰.

3. Tercera fase: el organismo que ha consumido la totalidad de sus reservas, comienza a utilizar como fuente de energía las proteínas esenciales para la vida. La utilización de la albúmina como combustible origina una disminución de la presión oncótica y una clínica edematosa generalizada en el sujeto (anasarca). Se trata de una etapa en donde los mecanismos de compensación del organismo se encuentran muy comprometidos poniendo en riesgo la vida debido a la inanición.

4.1.5 Diabetes mellitus

- Concepto y tipos de diabetes:

La denominación de diabetes mellitus comprende un grupo de enfermedades metabólicas crónicas que se caracterizan por presentar niveles elevados de glucosa sérica de forma persistente (hiperglucemia), como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina, encontrándose afectado además el metabolismo del resto de hidratos de carbono, lípidos y proteínas¹¹.

Los dos principales tipos de diabetes son:

- Diabetes mellitus tipo I: responsable de < 10% de los casos de diabetes. Se produce debido a la ausencia en la producción de insulina en el páncreas originado por la destrucción autoinmune de sus células beta. Aparece mayormente en la etapa infanto-juvenil pero también puede hacerlo en la etapa adulta y se denomina *diabetes autoinmunitaria latente de la adultez*.
- Diabetes mellitus tipo II: responsable de > 90% de los casos. Producida por una secreción inadecuada de insulina favorecida por el desarrollo de resistencia a la misma inhibiendo la supresión de la producción de glucosa hepática y la absorción periférica de glucosa, originando hiperglucemia basal y postprandial. Aparece en adultos y se eleva su frecuencia con la edad. Su incidencia en población infantil es cada vez mayor debido a la obesidad¹².

Existen otros tipos de diabetes, así como situaciones diabetógenas como son:

- Diabetes LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults): comparte características de la diabetes tipo 1 y 2. De inicio en adultos mayores de 30 años y con una clínica similar a la diabetes tipo 2, pero con un componente autoinmune y un curso clínico más lento que la diabetes tipo 1 clásica.
- Diabetes MODY: de inicio temprano menores de 25 años y ante la presencia de antecedentes familiares de diabetes. Asociado a mutaciones en genes específicos que afectan a la función de las células beta pancreáticas.
- Condiciones que afectan al páncreas: fibrosis quística, pancreatitis, hemocromatosis y pancreatectomía.
- Endocrinopatías: Síndrome de Cushing, feocromocitoma y acromegalia.
- Acción de fármacos: glucocorticoides, betabloqueantes, inhibidores de la proteasa, antipsicóticos atípicos, inhibidores del punto de control inmunitario e inhibidores de la calcineurina.
- El embarazo: que origina cierto grado de resistencia a la insulina en las mujeres, pudiendo desarrollar diabetes gestacional¹³.

- Prevalencia de la diabetes mellitus en el mundo:

La diabetes mellitus es considerada una de las enfermedades crónicas más graves y comunes que origina una elevada morbimortalidad a nivel mundial y necesita de un elevado volumen de recursos. Su prevalencia mundial alcanzó el 9% (463 millones de adultos) en 2019. En el año 2021 su prevalencia se incrementó hasta alcanzar el 10'5% (536'6 millones de personas con diabetes) entre adultos de 20 a 79 años en 215 países. En 2045, se prevé que el 12'2% (783'2 millones personas) sufrirán diabetes. Este incremento de la prevalencia obedece a una disminución de la mortalidad de las personas con diabetes debido a la mejora de las prestaciones sanitarias recibidas y a la presencia de factores de riesgo como la obesidad. Las estimaciones detalladas para cada país quedan representadas a continuación (figura 6) en donde se observa un incremento generalizado del número de personas diabéticas de orden global.

Las estimaciones globales son esenciales a la hora de formular políticas sanitarias y de implementar planes de salud. La continua propagación mundial de la diabetes representa un desafío para la salud pública y los datos sobre la trayectoria de la diabetes en las próximas décadas son muy valiosos para diseñar un abordaje holístico que minimice la amenaza que representan¹⁴.

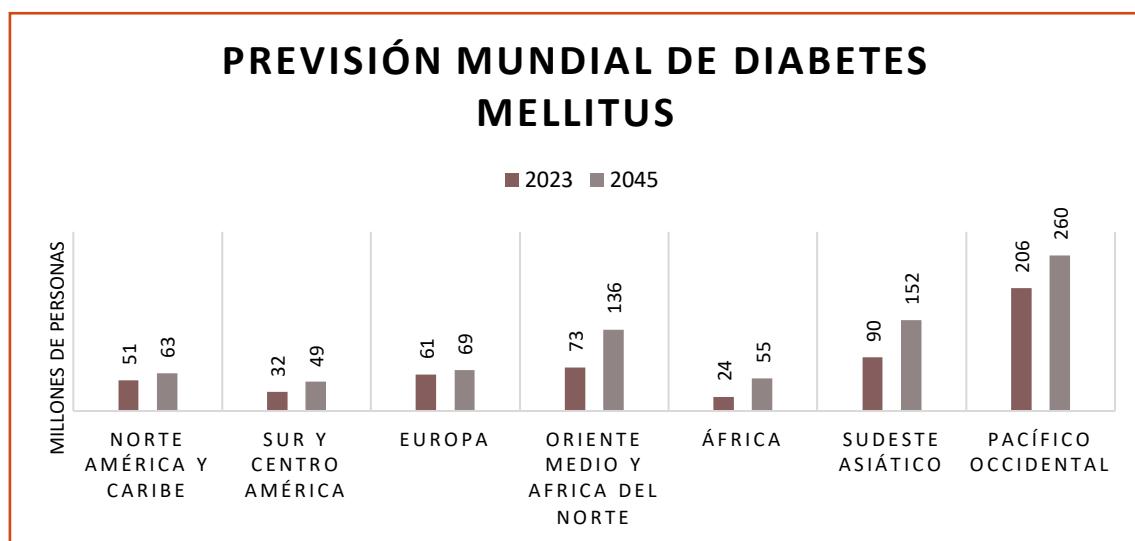


Figura 6. Estimación de diabetes mellitus detallada por territorios. Elaboración propia a partir de IDF Diabetes Atlas¹⁴.

4.1.6 Paradoja entre la práctica del ayuno y la diabetes mellitus

Uno de los pilares básicos de control en la diabetes mellitus es el de la alimentación siendo crucial llevar a cabo una dieta individualizada prestando atención especial al control de los carbohidratos y a la distribución a lo largo del día de las comidas, con la finalidad de evitar la aparición aguda de hiperglucemias que pueden asociarse a eventos graves.

La diabetes mellitus se encuentra caracterizada por estados de hiperglucemia permanentes o intermitentes causados por el déficit insulínico. Debido a la ingesta postprandial (sobre todo del *Iftar*) se producen estados hiperglucémicos que en su versión más aguda pueden desembocar en un coma cetoacidótico ocasionado por la acumulación de cuerpos cetónicos fruto de la degradación de los ácidos grasos (lipólisis) para la obtención de energía. Y puede originar otra complicación grave que es el coma hiperosmolar o hiperglucémico no cetósico en donde se establece un bucle infinito producido por la deshidratación (generada por la restricción hídrica durante 12 a 16h) que favorece el *estado hiperglucémico* ($\text{glc}>800 \text{ mg/dl}$) generando diuresis osmótica que conlleva a megapoliuuria ($>5\text{l}/24\text{h}$) que alimenta nuevamente la deshidratación¹⁵.

Durante el *Suhur*, son fundamentales los farináceos, carne roja, leche, huevos, cereales, sémola de maíz y alimentos ricos en fibra que ayudan a mantener estable el índice glucémico. La ingesta del *Iftar* consiste principalmente en dátiles y zumos de frutas que se trata de carbohidratos sencillos susceptibles de provocar estados de hiperglucemia. Se acompaña de arroz de grano largo, pasta, queso, pollo, carne roja, espinacas y revuelto de verduras.

El Ramadán se da por concluido disfrutando de tres días (*Id-Iftar*) en donde son consumidas comidas y bebidas basadas en carbohidratos de elevado índice glicémico ocasionando una elevación del riesgo de hiperglucemia postprandial.

La hipoglucemia puede representar otra complicación en la diabetes mellitus. El exceso de insulina generado como respuesta a la resistencia celular hacia la misma, origina que el organismo interprete que existe una elevación glucémica y, en consecuencia, se genere un aumento de insulina. De entre los estados que incrementan el riesgo hipoglucémico se encuentran el ayuno, el insuficiente aporte de carbohidratos, la intensa actividad física o una posología inadecuada de los fármacos hipoglucemiantes pautados.

Su prevención se encuentra basada en la planificación dietética y el ajuste farmacológico. El programa de alimentación de una persona con diabetes mellitus se organiza en torno a cinco ingestas diarias con un intervalo de 2 a 3 h entre las mismas y mediante un sistema de raciones de alimentos.

En contraposición a lo descrito se sitúa el ayuno llevado a cabo durante la celebración del Ramadán en donde se mantiene una abstención absoluta en la ingesta de líquidos, sólidos y fármacos orales, desde la salida del sol hasta su ocaso representando ello una duración entre 12 a 16 h. Las ingestas quedan reducidas a dos momentos, uno de ellos antes del amanecer (*Iftar*) y el otro tras la puesta del sol (*Suhur*). El Corán permite dividir

el *Suhur* en 3 o 4 ingestas de menor entidad para aquellos fieles con enfermedad crónica. Esta práctica puede contribuir a estados hipoglucémicos que deriven en la aparición de coma hipoglucémico¹⁵.

En conclusión, representando la alimentación uno de los pilares en el control de la diabetes mellitus, el ayuno y la distribución de las ingestas llevadas a cabo en la celebración del Ramadán pueden llegar a ocasionar un problema de salud grave para aquellas personas musulmanas diabéticas que deseen llevarlo a término resumiéndose los mismos en la tabla 3.

CAUSA	PROBLEMA DE SALUD
Ayuno diurno	Hipoglucemias. Cetoacidosis.
Ejercicio diurno sin suplemento dietético	Hipoglucemias.
Déficit de ingesta hídrica	Deshidratación y trombosis. Hiperglucemias.
Ingesta nocturna abundante	Hiperglucemias postprandial.

Tabla 3. Complicaciones del ayuno en Ramadán en personas con diabetes mellitus. Elaboración propia a partir de https://www.redgdps.org/gestor/upload/file/Diabetes_y_Ramadan.pdf¹⁵.

4.1.7 El ayuno en Ramadán y la diabetes mellitus en España y en el mundo

A nivel mundial, la literatura nos muestra estudios de metodología cuantitativa observacional descriptiva junto a alguno de corte analítico, estudios cualitativos observacionales y revisiones sistemáticas con un hilo argumental confluente en afirmar que, para los musulmanes, la salud y la religión están indisociablemente unidas, considerando la enfermedad como un obstáculo de Alá que, cuando es superado, les fortalece y dota de mayor fe. Presentan un concepto propio de enfermedad crónica y de los aspectos de su prevención considerando que, una vez que la clínica aguda desaparece, se pueden abandonar los cuidados a los que se sometieron. Debido a ello, la educación sanitaria se erige como una pieza clave en el manejo de este perfil de personas.

Un gran estudio epidemiológico observacional descriptivo retrospectivo de la diabetes en el Ramadán (EPIDIAR)¹⁶ realizado en el año 2004 en Estados Unidos, observó a más de 12.000 individuos de 13 países islámicos que realizaron ayuno durante el Ramadán mostrando evidencia de ser el ayuno una práctica habitual entre los musulmanes con diabetes y de presentar este hecho una elevada tasa de eventos

agudos. A partir de los datos de este estudio se establecieron recomendaciones que intentaran minimizar los riesgos derivados de esta práctica.

En el año 2018, en un estudio desarrollado en California, de metodología cuantitativa observacional descriptiva y transversal¹⁷ se afirmó que la educación sanitaria sobre diabetes puede mejorar y guiar a los pacientes hacia un cambio de estilo de vida durante el Ramadán.

En 2019, otro trabajo de similar metodología que el anterior, pero de carácter retrospectivo y realizado en Malasia¹⁸, determinó que la posesión de conocimiento sobre los fármacos para la diabetes se encontraba asociado a la práctica de un ayuno controlado que favorecía el manejo de la diabetes durante el Ramadán en un contexto de limitación de acceso a los recursos sanitarios y saturación de los mismos. En ese mismo año, un estudio cuantitativo de corte analítico, observacional y de cohortes retrospectivo realizado en Cukurova (Turquía)¹⁹ analizó la tendencia a sufrir hipo e hiperglucemias por parte de los pacientes que ayunaron siendo necesaria la educación previa al Ramadán para mantenerlos en un rango seguro y aceptable respecto a conductas dietéticas adecuadas y manejo de medicamentos. Una vez más, la educación como eje clave.

Ya en el año 2021 se publica un estudio en Indonesia²⁰ en la línea de los anteriores en cuanto a metodología, que concluyó afirmando la existencia de un déficit en el conocimiento y la actitud de los agentes de salud sobre el autocontrol de la diabetes durante el ayuno y que, para minimizar este hecho, se recomendaba que fuera impartido periódicamente un programa formal de capacitación sobre el manejo del ayuno en Ramadán para poder así, brindar unos cuidados adecuados.

Un año después, se publicó un estudio de metodología cuantitativa-observacional-descriptivo, transversal en USA²¹ en el que se analizaron 1468 documentos relacionados con la diabetes y el ayuno en Ramadán que concluyó que, aunque el volumen de investigaciones sobre el tema ha ido creciendo, se necesitan investigaciones más fiables para ayudar a los profesionales de la salud a brindar atención específica al paciente.

Ciñéndonos a la publicación de trabajos de metodología cualitativa, en el año 2015 en Reino Unido se realizó un estudio²², mediante entrevistas semiestructuradas, que exploró la percepción sobre el papel desempeñado por el médico/a de familia y el personal de enfermería a la hora de apoyar en la decisión de ayuno de 23 personas musulmanas diabéticas del sur de Asia atendidas en un centro de salud de Manchester. Quedó reflejada la existencia de cierta tensión entre el deseo personal de ayunar o no

del encuestado y la opinión de su familia al respecto, con una fuerte reticencia a revelar el ayuno al médico de cabecera y/o enfermera.

En 2017, un estudio cualitativo de grupo focal realizado en Malasia²³ concluyó afirmando que las personas diabéticas que llevan a cabo el ayuno en Ramadán mantuvieron una percepción optimista hacia el mismo por considerarlo beneficioso, que no se consideraron personas enfermas, que presentaron dificultad en el manejo de la dieta por miedo a la hipoglucemia y al significado social colectivo del ayuno, que los intentos de discusión con sus médicos sobre el ayuno, autoajuste de medicación y síntomas durante el periodo, eran limitados y, por último, que se debiera colaborar con las autoridades religiosas para garantizar una educación adecuada antes del Ramadán.

En 2022, fue llevado a cabo un estudio cualitativo en USA²⁴ con 15 grupos focales que puso en valor la autonomía de la que gozaron las personas musulmanas diabéticas en su toma de decisiones acerca del ayuno del Ramadán una vez alcanzaron sus límites físicos. Puso en relieve la importancia de la toma de decisiones compartidas y bien informadas y de la educación sobre la diabetes.

En 2021 se publicó una revisión sistemática en el Reino Unido²⁵ sobre la orientación práctica en la educación de personas con diabetes mellitus tipo II antes del ayuno del Ramadán con la finalidad de minimizar su impacto. La Federación Internacional de Diabetes y la Alianza Internacional de Diabetes y Ramadán actualizaron los programas educativos sobre dieta, ejercicio y medicación incluyendo planes de nutrición culturales y menús para diferentes países.

Si se realiza un análisis de la literatura encontrada a nivel nacional, se podrá afirmar que se encuentra basada en estudios de metodología cuantitativa observacional, descriptiva y en estudios de revisión sistemática. Entre ellas, destacamos un estudio, en el año 2003, de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal retrospectivo realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital del Poniente en El Ejido (Almería)²⁶ en el cual se pretendió comprobar si el Ramadán influía en el motivo de consulta en pacientes musulmanes y si el facultativo adecuaba la posología del tratamiento a dicho período. El resultado que mostró fue que, durante el Ramadán, el motivo más frecuente de consulta fue el dolor abdominal debido al ayuno prolongado junto a ingesta abundante de alimentos. Y una de las complicaciones que se presentó fue la omisión de dosis en los tratamientos antidiabéticos prescritos durante el ayuno diurno.

Se destaca otro estudio de similar metodología, en el año 2008 y realizado en tres centros de Atención Primaria de Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)²⁷ cuyos resultados fueron recogidos en la *Guía Práctica Diabetes y Ramadán* y de donde se

desprendía que los pacientes diabéticos musulmanes, aun encontrándose exentos de cumplir con el ayuno, lo deseaban realizar. He aquí la relevancia que adquiere la identificación de este perfil de pacientes y de la capacitación del personal sanitario con la finalidad de aportarles consejos terapéuticos individualizados encaminados a una buena adaptación del tratamiento en este periodo.

Realizar una reseña a estudios de metodología revisión sistemática como uno publicado en el año 2007 de título *Tratamiento de la diabetes mellitus durante el Ramadán*²⁸ en donde se expone la prevalencia de la diabetes en las diferentes etnias y las posibles complicaciones de la diabetes relacionada con la fisiopatología del ayuno, así como los estudios realizados para el manejo adecuado del paciente con diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 durante el Ramadán. Otro estudio de título *Diabetes e inmigración*²⁹ que, mediante una revisión de la literatura, afirma que el perfil de paciente diabético inmigrante es joven, con pocos años de evolución de la enfermedad diabética y presentan un tórpido control metabólico, todo ello nos proporciona una buena oportunidad preventiva.

En el año 2016, una revisión sistemática narrativa de título *Ramadán y diabetes mellitus en población musulmana adulta*³⁰ concluye que los creyentes diabéticos que desean realizar el Ramadán deben de acudir antes a su profesional sanitario de referencia, con la finalidad de que les realicen un tratamiento individualizado atendiendo a la composición y la cantidad de alimentos que vayan a ingerir.

4.2. Justificación

Debido al incremento en la incidencia de diabetes mellitus a nivel mundial (figura 6) y del ascenso de la inmigración de población musulmana en países occidentales como España³, sirve de gran ayuda poder abordar en un estudio, el impacto que genera el ayuno y el manejo de la diabetes durante el Ramadán ya que esta representa la principal celebración religiosa islámica. Su ayuno, uno de los cinco pilares del islam, es obligatorio para todos los musulmanes sanos desde la pubertad en adelante⁷. Existen exenciones para personas con afecciones médicas graves incluida la diabetes, pero un gran número de fieles participará, en ocasiones, en contra del consejo médico²⁴. Garantizar la atención óptima de estos pacientes durante el Ramadán es crucial. La Federación Internacional de Diabetes (FID) y la Alianza Internacional de Diabetes y Ramadán (DAR) se han unido para ofrecer directrices integrales sobre este tema. Las áreas clave incluyen epidemiología, fisiología del ayuno, estratificación de riesgos, asesoramiento nutricional y ajuste de medicación. Las Directrices Prácticas de la FID-DAR deberían mejorar el conocimiento en torno a la cuestión de la diabetes y el ayuno del Ramadán, potenciando

así la atención sanitaria profesional para dar el asesoramiento más actualizado y el mejor soporte posible a sus pacientes durante el Ramadán.

La metodología cualitativa³¹, abordado su concepto en líneas posteriores, se ha considerado la idónea a la hora de desarrollar este trabajo, motivada por la detección de carencias en estudios de este tipo en nuestro país en donde la literatura hallada, no ha planteado este método que puede ser muy útil a la hora de ahondar en aspectos que el método observacional cuantitativo presente no posee la capacidad de abordar. Este último, es limitado ya que se elabora una encuesta con preguntas establecidas, cerradas y dirigidas que pueden dejar escapar detalles relevantes debido a no ajustarse al esquema de preguntas establecido. Un estudio observacional cualitativo en cambio, admite un guión sobre el que se asientan las bases del estudio, totalmente abierto y que permite captar multitud de detalles y matices que previamente desconocemos, y por tanto no podemos dejar reflejado en el cuestionario, obteniendo resultados con un mayor grado de enriquecimiento, que pueden ser extrapolables al resto de colectivo a estudio y que se presentan de forma eficaz y no abordados en nuestro país anteriormente. A la práctica de los cuidados de enfermera nos aportará un conocimiento más adecuado tanto de las dificultades del manejo del control de la diabetes durante el Ramadán como de la espiritualidad, la vivencia, la expresión de la salud y enfermedad que experimentan los pacientes en esa situación.

5. Objetivos e hipótesis.

5.1. Objetivo general

- Conocer cómo perciben los musulmanes diabéticos, durante el Ramadán, los cambios que han de implementar para poder llevarlo a cabo de forma segura para su salud.

5.2. Objetivos específicos

- Explorar el significado, que el perfil de pacientes estudiados, atribuye a su experiencia de ayuno durante el Ramadán.
- Conocer cómo se relacionan las personas diabéticas musulmanas, con su entorno próximo.
- Identificar cómo se desarrolla la relación entre el personal sanitario y los pacientes diabéticos musulmanes.

- Analizar cómo interactúan socialmente el grupo de personas diabéticas musulmanas que deciden ayunar y las que no.
- Comprender el comportamiento que adquieren durante los días de ayuno y las necesidades que presentan.
- Identificar los aspectos que consideran relevantes para llevar a cabo el ayuno de forma segura para su salud.
- Obtener una comprensión más profunda del fenómeno del ayuno en Ramadán practicado por musulmanes diabéticos.

5.3. Hipótesis

Los pacientes musulmanes diabéticos que desean ayunar en Ramadán se sienten incomprendidos a la hora de llevarlo a cabo.

6. Metodología.

6.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio de metodología cualitativa descriptiva con un enfoque de investigación etnográfico que pretende sumergirse en la cotidianidad de los pacientes diabéticos musulmanes, durante su ayuno en Ramadán, ahondando en las impresiones de los mismos. La etnografía es un proceso, una forma de estudiar la vida humana³² en donde el investigador se sumerge en el grupo o comunidad que estudia y cuyo principal objetivo radica en conocer, desde esa posición privilegiada, la dinámica social, las creencias, los rituales y las conductas del grupo estudiado³³.

6.2. Sujetos de estudio

La población diana a la que se encuentra dirigida este estudio son personas diabéticas cuya forma de vida engloba un modo diferente de alimentación, concepción de familia, normativa social, cultura y religiosidad, determinado todo ello por el islam, en un país de acogida como es España, y con unas características que se definen a continuación:

6.2.1 El grupo humano

La comunidad musulmana es aquella que se encuentra sujeta a los dictados del islam siendo crucial realizar una distinción de la comunidad árabe, la cual representa una etnia que puede no encontrarse circunscrita a esta religión.

El islam es religión, sociedad y Estado y es, en definitiva, un modo de vivir extraído del Corán y de la Sunna (conjunto de dichos y hechos transmitidos por Mahoma en forma de relatos y en respuesta a la necesidad de aportar soluciones de índole político y jurídico no contemplados en el Corán) No entiende de nacionalidades, ni distingue fronteras, razas o sexos. Existen musulmanes argentinos, españoles, marroquíes, iraníes, indonesios, estadounidenses, blancos, negros, orientales y occidentales³⁴. Este modo de entender la vida puede ocasionar dificultades, a la hora de cumplir con sus preceptos, en comunidades con una reducida muestra poblacional.

La comunidad musulmana es un grupo heterogéneo en donde se pueden diferenciar tres subgrupos que presentan lógicas de funcionamiento diverso y experimentan realidades diferentes (tabla 4).

Inmigrantes	<p>Subgrupo humano mayoritario.</p> <p>Organizados en pequeñas sociedades a imagen y semejanza de su país de origen.</p> <p>Favorece el aislamiento y dificulta la integración social.</p>
2ª generación	<p>De lunes a viernes funcionan de acuerdo a los marcos cívicos y educativos españoles.</p> <p>Los fines de semana actúan de acuerdo a la educación del país de origen de sus padres.</p> <p>Se perciben como extranjeros.</p> <p>Genera conflicto social.</p>
Conversos	<p>En un principio, crean sus propias comunidades y no se mezclan con el musulmán inmigrante.</p> <p>En la actualidad, sus miembros son de origen diverso y mayoritariamente extranjeros.</p>

Tabla 4. Subgrupos en la comunidad musulmana. Elaboración propia a partir de G García E.G. EL ISLAM, RELIGIÓN O FORMA DE VIDA³⁴.

6.2.2 La familia y el parentesco.

La unidad familiar se basa en la familia extensa y sus miembros viven, producen y consumen en conjunto. El concepto de familia forma una entidad social mucho más amplia del sentido que tenemos en la sociedad española. La familia se encuentra gobernada por una estricta jerarquía en la que cada miembro juega un papel según la edad y el sexo. En esta estructura la mujer actúa en un segundo plano, sobre todo al principio de su vida matrimonial. Su condición evoluciona cuando tiene hijos y cuando

se constituye en dueña de su propia casa. La inmigración les hace alejarse de la pertenencia a la tierra y al grupo, disloca el control social debido a la ausencia de los mayores y hace resurgir los cimientos de la familia nuclear no representando este su modelo de composición de origen y representando ello una dificultad en el desarrollo de roles familiares en nuestro país. La mujer avanza en autonomía, poder y libertad e incrementa la esfera de su influencia³⁵.

El 54% de los inmigrantes musulmanes que viven en España están casados o viven en pareja, de entre los cuales, un 89% son de igual nacionalidad y una minoría posee pareja española³⁵ representando un factor de riesgo a la hora de favorecer su integración social.

6.2.3 Las normas sociales.

Se encuentran regidas por la *Sharia* que es considerada la ley islámica y el código religioso para vivir. Sus bases se asientan sobre la triple diferenciación que existía en la sociedad árabe patriarcal del siglo VII entre hombre y mujer, musulmán y no musulmán, y hombre libre y esclavo. Son minoría los países islámicos que aplican de forma íntegra los dictámenes de la *Sharia*, como por ejemplo Arabia Saudí e Irán. La mayoría de los estados islámicos aplican únicamente una parte que, generalmente, coinciden con las normas relativas al derecho de familia³⁶.

6.2.4 La religión.

El islam se erige como un el elemento de identidad tanto personal como colectiva y la mezquita representa un lugar de orden espiritual en el que rezar y encontrar la paz y de orden social en el que encontrarse y socializar con personas que comparten el mismo origen geográfico o cultural, además de encontrar orientación y consejo por parte del imán en referencia a los dilemas que forma parte de lo cotidiano como las dificultades laborales o de acceso a una vivienda. El imán es un gurú espiritual, completamente integrado en la sociedad española, conocedor de la misma y con manejo del idioma que ejerce una gran labor a la hora de facilitarles la adaptación a las costumbres de nuestro país³⁵.

La primera filiación identitaria de las personas musulmanas en España es la religiosa sobre la ciudadana considerándose “musulmanes en España” y no “españoles musulmanes”. En nuestro país, la libertad religiosa es un derecho fundamental consagrado en el artículo 16 de la Constitución Española que desarrolla la Ley Orgánica 7/1980 de 5 de julio de Libertad religiosa³⁷ en donde se reconoce plenamente la misma en un estado laico que coopera con las confesiones religiosas y en donde son las

administraciones públicas las que gestionan y garantizan los derechos relacionados con la libertad religiosa, desde el pluralismo y la diversidad y la neutralidad.

El 34% de los inmigrantes musulmanes posee hijos escolarizados en España. La enseñanza religiosa recibida por los hijos de estas personas es proporcionada mayoritariamente por su familia y por el imán de la mezquita y de forma minoritaria por el colegio al que asisten en el que únicamente un 7% ha solicitado educación religiosa para ellos en el centro en el que estudian³⁵.

6.2.5 La economía y la formación.

El islam en España es, en nuestra historia contemporánea, un elemento asociado con la inmigración fundamentalmente económica.

El asentamiento de la población musulmana en España ha conocido dos etapas.

1- Desde finales de los años 60 hasta principios de los años 90: la comunidad musulmana en España era muy reducida siendo constituida por dos grupos poblacionales:

- Inmigrantes estudiantes procedentes de países musulmanes: constituido en su mayoría por jóvenes varones solteros o recién casados de un nivel educativo alto y un nivel social medio-alto. Su objetivo radicaba en finalizar los estudios, diplomarse y volver a su país de origen. A nivel socio económico, el hecho de ser universitario y económicamente acomodado facilitaba su integración social. Cabe hacer mención al grupo de personas en calidad de refugiadas que llegaron huyendo de sus países de origen en conflicto (Palestina, Líbano, Irak e Irán)
- Los primeros españoles autóctonos que se convirtieron al islam: durante las primeras dos décadas, los convertidos al islam (suníes) son mayoritariamente universitarios con inquietudes culturales. Ya en los años 90, abundan hombres y sobre todo mujeres que se han casado con inmigrantes provenientes de países de mayoría musulmana y que se han convertido al islam antes o después del matrimonio³⁸.

2- Desde comienzo de los años 90 hasta el 2001 (atentados del 11 M): se encuentra marcada por la llegada masiva de inmigrantes de países de mayoría musulmana. A la cabeza de este tipo de inmigración de carácter económico (obreros, trabajadores agrícolas y servidoras domésticas) se encuentran los marroquíes seguidos muy de lejos por pakistaníes y argelinos. En 1991 se produce el primer proceso de regularización y en 1992 se crea la Comisión Islámica de España que representa a todos los musulmanes ante el Estado firmándose un acuerdo de cooperación entre ambos.

3- Una vez ocurridos los atentados del 11M: se origina un cambio de percepción de la sociedad española sobre los musulmanes.

El porcentaje de inmigración masculina, procedentes de países de mayoría musulmana es, en general, bastante más alto que el de mujeres, si bien en el caso de los marroquíes es donde el porcentaje de mujeres se irá aproximando paulatinamente al de los hombres³⁸.

En el terreno laboral no se observa competencia entre trabajadores inmigrantes musulmanes y trabajadores españoles. Las personas inmigrantes complementan, y no sustituyen, a los trabajadores de los países de acogida. Apenas existe movilidad vertical entre ellos y ocupan empleos que requieren mínima capacitación y situados en los niveles más básicos del mercado laboral. Quienes se dedican al comercio no ofrecen competencia o se produce de forma mínima, ya que la clientela a la que van dirigidos los servicios y productos de los comercios regentados por inmigrantes no suele coincidir con la de los comercios tradicionales³⁸.

6.2.6 El lenguaje.

Únicamente el 8% de los inmigrantes musulmanes maneja el español antes de su llegada a España. La práctica totalidad de los mismos ha aprendido la lengua cuando se encontraba ya en nuestro país. Este inicial desconocimiento de la lengua supone un obstáculo muy importante que suelen franquear con mayor o menor éxito. Realizan un aprendizaje informal del idioma mediante “impregnación” de los contactos en las relaciones laborales y sociales y un aprendizaje no formal acudiendo a recibir clases a academias de idiomas³⁹.

Uno de cada tres inmigrantes musulmanes que reside en España afirma que, el desconocimiento de la lengua propia del país, les supuso un problema importante y que su manejo hubiera podido facilitar los momentos iniciales de su estancia³⁹.

6.2.7 Las políticas sanitarias.

Abordables en los siguientes aspectos:

1- El ejercicio de la libertad de conciencia y religiosa respecto de los tratamientos médicos:

La situación relacionada con este hecho que con mayor frecuencia se plantea en los centros hospitalarios es únicamente el relativo al rechazo de los pacientes testigos de Jehová a las transfusiones de sangre y/o hemoderivados⁴⁰.

2- La asistencia religiosa en establecimientos hospitalarios y sanitarios:

La promoción de la libertad religiosa adquiere especial relevancia en el momento en que las personas ingresadas en un centro hospitalario poseen una limitación en el ejercicio de su derecho a la libertad religiosa. A pesar del cambio experimentado por la sociedad española en materia religiosa, los servicios públicos continúan empleando patrones de gestión pensados para una sociedad exclusivamente católica. Este hecho no garantiza a los usuarios con otras creencias la atención de sus singularidades religiosas y las necesidades derivadas de ello. En el sistema sanitario la necesidad de atender a la diversidad religiosa adquiere incluso mayor notoriedad que en el caso de otros servicios públicos motivado por los siguientes aspectos:

- La dimensión espiritual en el proceso salud-enfermedad.
- El derecho del paciente.
- La concepción multidimensional de la salud.
- La humanización de los servicios sanitarios como reto permanente.

3- La adecuación de la alimentación a los preceptos religiosos:

La alimentación también se encuentra reflejada en la normativa que regula el campo religioso en España, los acuerdos de cooperación del Estado español con la Comisión Islámica de España (CIE) y con la Federación de Comunidades Judías de España (FCJE) recogen en su artículo 14 la regulación en esta materia. Art. 14: de acuerdo con la dimensión espiritual y las particularidades específicas de la ley islámica, la denominación «Halal» sirve para distinguir los productos alimentarios elaborados de acuerdo con la misma⁴⁰.

4- Uso y presencia de símbolos religiosos en los hospitales públicos:

Para abordar la simbología religiosa en los hospitales públicos, se ha de distinguir entre símbolos religiosos personales como aquellos elementos que utilizan las personas para manifestar su adhesión a una determinada confesión o creencia religiosa y los símbolos religiosos institucionales como los signos que identifican a una institución religiosa y la diferencian de las demás⁴⁰.

En cuanto al uso de símbolos religiosos personales, el tratamiento que se otorga dependerá de la naturaleza del símbolo si este permite una adecuada identificación del sujeto que lo porta o no) y del sujeto que lo porta (si se trata de un paciente o de un personal sanitario) Si lo porta un paciente y no permite una adecuada identificación del sujeto, el límite se establece en la seguridad pública y su utilización queda supeditado al deber de identificación ante la autoridad competente que lo requiera. Si lo porta un profesional sanitario, además de la seguridad pública, operan como límites los derechos de los pacientes, las normas de seguridad e higiene en el trabajo y la Ley de prevención

de riesgos laborales. El paciente tiene derecho a identificar al personal sanitario que le trata⁴⁰.

En cuanto al uso de otros símbolos religiosos, si es por parte de los pacientes el uso estaría permitido siempre que no obstaculice la labor del personal sanitario. Y el uso por parte del profesional sanitario estará permitido salvo que lo impidan las normas de seguridad e higiene en el trabajo y la Ley de prevención de riesgos laborales citadas anteriormente⁴⁰.

En cuanto a la presencia de símbolos religiosos institucionales en los hospitales es contraria al principio de laicidad. Se permite la presencia de los mismos en aquellas partes de los edificios públicos destinadas al culto privado. Los símbolos ornamentales deben ser retirados siempre que impliquen o puedan suponer confusión entre religión y Estado. En este supuesto no tienen cabida los símbolos religiosos colocados por los pacientes ingresados en sus estancias y debe de ser garantizada su utilización. Si los símbolos forman parte de alguno de los elementos estructurales de la edificación se puede optar por no retirarlo por su significación histórica y cultural que se siente como propia por la ciudadanía en su conjunto⁴⁰.

6.2.8 El concepto de salud y enfermedad.

Los valores y creencias modelan este concepto entre diferentes culturas, siendo para los musulmanes la enfermedad, el desequilibrio entre el cuerpo y el alma que puede ser efecto del incumplimiento de las normas que rigen los preceptos religiosos y hace al hombre responsable de la enfermedad, mientras que en la cultura latina se otorga mayor relevancia a la exploración física, pruebas complementarias y empleo de tecnología para conocer el diagnóstico de la enfermedad⁴¹.

6.2.9 El lugar de realización del estudio.

Me reúno con las personas participantes en el estudio en la sala destinada a formación del Centro de Salud de Ciempozuelos (Madrid). Con un tamaño suficiente para reunir a 18 personas reunidas en 3 grupos focales, constituidos por 6 personas cada uno de los grupos, de forma cómoda y acogedora, dotado de mobiliario adecuado y ubicado en un entorno perfectamente comunicado y tranquilo.

Las sesiones discurrirán acorde a la temporización reflejada en la tabla 5 en donde se realizará una planificación inicial de dos sesiones que podrán prolongarse a tres, dependiendo de la dinámica del grupo y la valoración que sea llevada a cabo.

ENTREVISTA	TAMAÑO MUESTRAL	Nº SESIONES	DURACIÓN
Individual	18 personas	2-3	5-10 minutos
Grupo focal	3 grupos	2-3	2 horas

Tabla 5. Temporización de las sesiones del estudio. Elaboración propia.

6.2.10 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión y exclusión quedan descritos en las tablas 6 y 7.

Criterios de inclusión
Ser musulmán
> 18 años
Residente en España (con/sin ciudadanía)
Diabético tipo I y II

Tabla 6. Criterios de inclusión.

Criterios de exclusión
Residente temporal en España.

Tabla 7. Criterio de exclusión.

6.3. Variables.

En los sujetos de estudio, además de las preguntas relacionadas con la práctica del ayuno en Ramadán, se consideran las siguientes variables relacionadas:

- La edad.
- El género.
- El grupo étnico de origen.
- Nivel económico
- Nivel formativo.
- Idioma en el que se expresan.
- Dominio del español.
- Presencia de símbolos religiosos en establecimientos sanitarios.
- Dieta halal en establecimientos sanitarios.
- Concepto de salud-enfermedad.

6.4. Procedimiento de recogida de datos.

Realizo en un primer momento un muestreo no probabilístico por conveniencia⁴² que me permita seleccionar aquella muestra de población accesible y que acepta ser incluida en el estudio, de entre todos los sujetos pertenecientes a la Asociación Diabetes Madrid, en busca de personas diabéticas de religión musulmana. Durante un segundo momento, llevo a cabo un muestreo en bola de nieve⁴³ mediante el cual las primeras personas participantes son elegidas de forma no probabilística y estas a su vez aportarán datos sobre otros participantes potenciales que podrían formar parte del estudio.

Se procede a recoger datos mediante entrevista individualizada inicial para proseguir planteando preguntas abiertas, con ayuda de un guion semiestructurado (anexo 3), en un grupo de discusión o grupo focal.

6.5. Fases del estudio y cronograma.

ETAPAS	SUB-ETAPAS	TEMPORIZACIÓN
Preparatoria	Detección de necesidades Realización de demanda de intervención	Desde octubre de 2023 hasta abril de 2024
	Planteamiento de la investigación	
Trabajo de campo	Recogida de información Constitución de la Comisión de seguimiento Introducción de elementos de análisis	Desde marzo hasta mayo de 2024
	Inicio de las entrevistas individuales	
	Entrega y discusión del 1º informe	
	Inicio de entrevistas grupales Análisis de textos y discursos	Desde mayo hasta octubre de 2024
	Entrega y discusión del 2º informe	
Fase informativa	Elaboración y entrega del informe final	A partir de octubre de 2024

Tabla 8. Cronograma de las fases del estudio. Elaboración propia a partir de Estrada González E, Miquet Herrera. ME, Santamaría Machín. W. Las fases de investigación cualitativa vinculadas al proceso de atención de enfermería⁴⁴.

6.6. Análisis de datos.

Para realizar el análisis de los datos obtenidos durante las entrevistas individuales y con el grupo focal se lleva a cabo una revisión del material conseguido mediante las notas realizadas y los archivos de grabaciones de voz que se transcriben literalmente. Si fuera necesario, se utiliza la herramienta Atlas ti⁴⁵ para identificar los patrones de respuesta obtenidos en las entrevistas.

7. Aspectos éticos.

Se solicita permiso a los participantes antes de iniciar el proceso de recopilación de datos. Así mismo, se solicitará permiso a la Dirección del Centro de Salud de Ciempozuelos (Madrid) y, si lo estima oportuno, al Comité de Ética del Área Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Todos los participantes aceptaron voluntariamente participar en los procedimientos del estudio tras una explicación del mismo (son conocedores de la finalidad del mismo y de que va a ser grabada su voz, que incluía información sobre su derecho a optar por no participar en cualquier momento durante el proceso y a negarse a participar en el estudio sin consecuencia alguna. A todos los participantes se les pidió que dieran su consentimiento informado antes de ser entrevistados. Se garantizó y salvaguardó en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los participantes, cumpliendo con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD 2016/679).

8. Limitaciones del estudio.

- 1) La muestra es reducida, aunque se pretende que sea lo más representativa posible.
- 2) Sesgo de lugar porque, pese a ser un estudio de naturaleza voluntaria, se eligen personas que pertenecen al entorno social en el que me manejo cotidianamente, conformado por los progenitores que acuden al centro escolar a dejar a sus hijos en él y, probablemente, sean las personas más mentalizadas, motivadas, participativas y que quizás también posean mayor cultura médica y mejor conocedoras de la diabetes (lo complicado es acceder o captar a los diabéticos con un control deficitario de su patología)
- 3) Sesgo derivado de la voluntariedad ya que las personas que no desean participar quizás tomen esa decisión con la finalidad de evitar que se visibilice la falta de seguimiento de las normas higiénico dietéticas indicadas por los profesionales sanitarios que les atienden.

9. Bibliografía.

1. World Bank Group. World Development Report 2023: *Migrants, refugees, and societies*. Website: <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2023>
2. Datos básicos [Internet]. ACNUR España. UNHCR; [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.acnur.org/es-es/datos-basicos>
3. Resultados, P. (s/f). Censo de Población. 1 de enero de 2023 Primeros resultados. Recuperado el 20 de enero de 2024, de Ine.es website: https://www.ine.es/prensa/censo_2022_2023.pdf
4. Herrero, A. (s/f). Recuperado el 25 de diciembre de 2023, *Estudio demográfico* <http://observatorio.hispanomuslim.es/estademograf.pdf>
5. De Estudios Y Datos, RPELODEIC *informe de la población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid*. Recuperado el 20 de enero de 2024, de Comunidad. Madrid website: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/informe_de_poblacion_extranjera_enero_2021_0.pdf
6. Aclarando los términos *islam, islamismo, islamista y musulmán*. eAcnur. 2018. Citado el 13 de enero de 2024. Disponible en: <https://eacnur.org/es/islam-islamismo-islamista-y-musulman-aclaramos-terminos>
7. Rahman A, Ghamidi JA. *Exploring the Five Pillars of Islam*. AIRJ. 2024 [citado el 13 de enero de 2024]; 2(01):19–28. Disponible en: <https://alawan.com.pk/index.php/Journal/article/view/34>
8. Hitchcock J. *The five pillars of Islam*. Verbum [Internet]. 2005 [citado el 19 de abril de 2024];2(2):43–50. Disponible en: <https://fisherpub.sjf.edu/verbum/vol2/iss2/9/>
9. Gilani, A. (2023). How to manage diabetes during Ramadan (updated march 2023) *Diabetes & primary care*, 25(1), 27–29. Disponible en: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=ccm&AN=162964603&authy_pe=sso&custid=s9288343&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343

10. Tang D, Tang Q, Huang W, Zhang Y, Tian Y, Fu X. *Fasting: From physiology to pathology*. Adv Sci (Weinh) [Internet]. 2023;10(9). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/advs.202204487>
11. Petersmann A, Nauck M, Müller-Wieland D, Kerner W, Müller UA, Landgraf R. *Definition, classification and diagnostics of diabetes mellitus*. Laboratoriums Medizin [Internet]. 2018;42(3):73–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/labmed-2018-0016>
12. Golay A, Ybarra J. *Link between obesity and type 2 diabetes*. Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2005 [citado el 15 de enero de 2024];19(4):649–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beem.2005.07.010>
13. Buchanan TA, Xiang AH. *Gestational diabetes mellitus*. J Clin Invest [Internet]. 2005 [citado el 16 de enero de 2024];115(3):485–91. Disponible en: <https://www.jci.org/articles/view/24531/cite>
14. Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Magliano, D. J. (2022). *IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045*. Diabetes Research and Clinical Practice, 183(109119), 109119. doi:10.1016/j.diabres.2021.109119. Recuperado el 28 de enero de 2024. Website: <https://diabetesatlas.org/>
15. M. Fernández-Miró AGA. *Diabetes y Ramadán* [Internet]. 2008. Recuperado el 29 de enero de 2024. Disponible en: https://www.redgdps.org/gestor/upload/file/Diabetes_y_Ramadan.pdf
16. Salti, I., Bénard, E., Detournay, B., Bianchi-Biscay, M., Le Brigand, C., Voinet, C., ... on behalf of the EPIDIAR Study Group. (2004). *A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries*. Diabetes Care, 27(10), 2306–2311. doi:10.2337/diacare.27.10.2306
17. Almalki, M. H., Hussein, I., Khan, S. A., Almaghamsi, A., & Alshahrani, F. (2018). Assessment of ramadan education and knowledge among diabetic patients.

18. Leow, S. N., & Tong, S. F. (2019). *Factors associated with successful fasting among type 2 diabetic mellitus patients during ramadan: A retrospective recall study.* Medicine & Health (*Universiti Kebangsaan Malaysia*), 14(2), 97-108. doi:10.17576/MH.2019.1402.09
19. Haydardedeoğlu, F. E., Bağır, G. Ş, & Özşahin, A. K. (2019). *Impact of fasting during ramadan in patients with type 2 diabetes mellitus: Ramazan'da oruç tutmanın tip 2 diyabetik hastalara etkisi.* Cukurova Medical Journal / Çukurova Üniversitesi Tip Fakültesi Dergisi, 44(3), 758-763. doi:10.17826/cumj.496374
20. Sugiharto, S., Natalya, W., & Otok, B. W. (2021). *Healthcare providers' knowledge, attitude, and perspective regarding diabetes self-management during Ramadan fasting: A cross-sectional study.* Nurse Media Journal of Nursing, 11(1), 124-132. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i1.33926>
21. Karasneh, R. A., Al-Azzam, S. I., Alzoubi, K. H., Hawamdeh, S. S., & Sweileh, W. M. (2022). *Global research trends of health-related publications on ramadan fasting from 1999 to 2021: A bibliometric analysis.* Journal of Religion and Health, 61(5), 3777-3794. doi:10.1007/s10943-022-01573-x
22. Patel, N. R., Kennedy, A., Blickem, C., Rogers, A., Reeves D, Chew-Graham, C. (2015). *Having diabetes and having to fast: A qualitative study of british muslims with diabetes.* Health Expectations. [Internet]. 18(5), 1698-1708. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=psyh&AN=2015-44808-014&authtype=sso&custid=s9288343&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>
23. Lee, J. Y., Wong, C. P., Tan, C. S. S., Nasir, N. H., & Lee, S. W. H. (2017). *Type 2 diabetes patient's perspective on ramadan fasting: A qualitative study.* BMJ Open Diabetes Research & Care, 5(0), e000365-e000365.
24. Bouchareb, S., Chrifou, R., Bourik, Z., Nijpels, G., Hassanein, M., Westerman, M. J., & Elders, P. J. M. (2022). *"I am my own doctor": A qualitative study of the*

perspectives and decision-making process of muslims with diabetes on ramadan fasting. PloS One, 17(3), e0263088. doi: 10.1371/journal.pone.0263088.

25. Mehar, S. (2021). *Fasting and feasting safely with type 2 diabetes in the month of Ramadan.* Journal of Diabetes Nursing, 25(2), 1-6. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=ccm&AN=150152276&authtype=sso&custid=s9288343&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>
26. Parrilla Ruiz, F., Cárdenas Cruz, D. P., Vargas Ortega, D. A., Cárdenas Cruz, A. (2003). *El ayuno del Ramadán y una unidad de urgencias.* Atención primaria, 32(1), 62. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-ayuno-del-ramadan-una-13048847>
27. Fernández-Miró, M., Arnó, A. G. (2008). *Diabetes y Ramadán.* Siete días médicos, 759(3), 1-22. [citado el 16 de enero de 2024]. Disponible en: http://www.redgdps.org/gestor/upload/Diabetes_y_Ramadan-goday.pdf
28. Fernández Miró, M., Goday, A., & Francisco Cano, J. (2007). *Tratamiento de la diabetes mellitus durante el Ramadán.* Medicina clínica, 129(8), 303–308. doi:10.1157/13109119.
29. de la Puente, J. B. *Diabetes e inmigración.* Diabetes práctica. [citado el 16 de enero de 2024]. Disponible en:http://www.diabetespractica.com/files/docs/publicaciones/138202911003articolorevision_D_practica_v.02_n.01_2011.pdf
30. Hinojal Cardeña, P., & Serrano Gallardo, P. (2016). *Ramadán y diabetes mellitus en población musulmana adulta.* Rev. Rol enferm, 480–486. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-154217>
31. Vivar, C. G., McQueen, A., Whyte, D. A., Canga Armayor, N. (2013). *Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación.* Index de Enfermería, 22(4), 222–227. doi:10.4321/s1132-12962013000300007.

32. Rojas Alvarado, G. (2002). *La investigación etnográfica, un reto para comprender el acontecer del aula*. Revista Electrónica Educare, (3), 47–53. doi:10.15359/ree.2002-3.4
33. Reeves S, Peller J, Goldman J, Kitto S. *Ethnography in qualitative educational research: AMEE Guide No. 80*. Med Teach [Internet]. 2013 [citado el 21 de febrero de 2024];35(8): e1365–79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23808715/>
34. Grueso García, E. (2009). *El islam. Religión o forma de vida*. Revista general de la marina [citado el 21 de febrero de 2024], Disponible en: <https://armada.defensa.gob.es/archivo/rgm/2009/10/cap03.pdf>
35. Alaminos-Fernández, P. y Alaminos-Fernández, A. (2020) *Ethnocentrism and Cultural Stereotypes of Muslims in Spain* OBETS Revista de Ciencias Sociales, 15(1): 17-42. <https://doi.org/10.14198/OBETS2020.15.1.01>
36. Olmos Ortega, ME. (2008) *Mujer, matrimonio e islam*. Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado [citado el 22 de febrero de 2024] Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-E-2008-10049300523
37. BOE-A-1980-15955 *Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa* [Internet]. Boe.es. [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1980-15955>
38. Contreras Mazario JM. (2012) *El islam en España: Proceso de institucionalización y estatuto jurídico*. Laicidad y libertades [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-J-2012-10014300222
39. Metroscopia Estudios Sociales y de Opinión SL. *Valores, actitudes y opiniones de los inmigrantes de religión musulmana* [Internet]. Quinta oleada del barómetro de opinión de la comunidad musulmana de origen inmigrante en España. [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y->

documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/extranjeria/Valores-actitudes-y-opiniones-de-los-inmigrantes-de-religion-musulmana-NIPO-126-11-022-1.pdf

40. Observatorio del pluralismo religioso en España. *Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios* [citado el 23 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.observatorioreligion.es/upload/35/85/Guia_Hospitales.pdf
41. Román-López P, Palanca-Cruz M del M, García-Vergara A, Román-López FJ, Rubio-Carrillo S, Algarte-López A. *Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante*. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet]. 22 de diciembre de 2015 [citado 24 de febrero de 2024];00:204-12. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/2939>
42. Otzen, T., Manterola, C. (2017). *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio*. Revista Internacional de Morfología [International Journal of Morphology], 35(1), 227–232. doi:10.4067/s0717-95022017000100037.
43. Hernández González, O. *Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen*. Revista Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 [citado el 24 de febrero de 2024]; 37 (3): e1442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es. Epub 01-Sep-2021.
44. Estrada González E, Miquet Herrera. ME, Santamaría Machín. W. *Las fases de investigación cualitativa vinculadas al proceso de atención de enfermería*. Revista médica electrón [Internet]. 2009 [citado el 23 de febrero de 2024];31(1):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000100006
45. Sabariego-Puig M, Baños RV, Sandín-Esteban M-P. *El análisis cualitativo de datos con ATLAS.ti*. Revista Innov Recer Educ [Internet]. 2014 [citado el 23 de febrero de 2024];7(8(2)):119–33. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2014.7.2728>

10. Anexos.

Anexo 1. Documento de información al paciente

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE	
Estudio: Implicaciones del ayuno del Ramadán en pacientes diabéticos	
Lea atentamente la información descrita a continuación referida al estudio del que le proponemos formar parte.	
Objeto de estudio	
Se llevará a cabo un estudio observacional que pretende recabar información acerca de las prácticas de ayuno durante la festividad del Ramadán en pacientes diabéticos.	
Pruebas a realizar	
Durante su participación en el estudio mantendrá una entrevista con la persona responsable de este trabajo que le realizará cuestiones acerca de su vivencia personal a la hora de integrar su patología en la práctica del ayuno. Deberá responder a una serie de cuestiones establecidas y aportar aquellos otros aspectos que considere relevantes para el mismo. Así mismo, podrá ser realizada una grabación de su voz durante su intervención de la que será previamente y debidamente informado/a.	
Beneficios y riesgos esperados	
Su participación en este trabajo favorecerá a la obtención de un acercamiento a la realidad que viven las personas diabéticas que desean cumplir con el ayuno, a los efectos que experimentan en su salud, a las dificultades a las que se enfrentan y al reto que supone llevarlo a cabo en condiciones de seguridad. Su aportación no entrañará riesgo alguno puesto que no se llevará a cabo ninguna intervención modificadora de su estilo de vida.	
Participación voluntaria	
La decisión de formar parte del estudio deberá ser voluntaria y libre. En caso de que consienta su participación en el mismo, debe conocer su derecho a revocar el mismo cuando considere oportuno. La decisión que usted tome será respetada y no afectará en ningún caso a la relación con la persona responsable de este estudio. De igual forma, el citado responsable, podrá apartarle del mismo si considera que no lleva a cabo el procedimiento requerido para el óptimo desarrollo del mismo.	
Confidencialidad de los datos	
En relación con este aspecto, se le asignará un número de participante al comienzo del mismo que garantice la privacidad de su identidad no apareciendo la misma en ningún documento del estudio. En el caso de que los resultados obtenidos en el trabajo pudieran ser objeto de publicación, únicamente se mantendrán visibles los datos numéricos en cuanto a identidad se refiere.	

Anexo 2. Documento de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
<p>Estudio: Implicaciones del ayuno del Ramadán en pacientes diabéticos</p>	
Yo, D/D ^a _____	(Nombre y apellidos)
mayor de edad sanitaria:	
<p>1) He leído el <i>Documento de atención al paciente</i> que se me ha proporcionado.</p> <p>2) He recibido información suficiente sobre el objeto, desarrollo y finalidad del estudio.</p> <p>3) He tenido la oportunidad de solventar dudas surgidas acerca del desarrollo del trabajo con la persona responsable del mismo.</p> <p>4) Entiendo que mi participación es libre, voluntaria y no sometida a coacciones de ningún tipo.</p> <p>5) Entiendo, de igual forma, que puedo abandonar el estudio cuando crea conveniente sin ofrecer justificación alguna y sin que ello ocasione repercusión a nivel relacional con la persona responsable del estudio.</p>	
<p>Con lo expuesto, presto consentimiento para formar parte del estudio: Implicaciones del ayuno del Ramadán en pacientes diabéticos</p>	
Fdo (participante)	Fdo (responsable)

Anexo 3. Ficha de recogida de datos

GUIÓN ENTREVISTA ESTUDIO: <i>Implicaciones del ayuno del Ramadán en pacientes diabéticos musulmanes (1/2)</i>	
1	Describan la situación administrativa en la que se encuentran en la actualidad en España.
2	Defina los sentimientos que les produce encontrarse inmerso en la cultura española.
3	Si se consideran adaptados al uso y costumbres españolas ¿qué valoración realizan sobre el proceso de adaptación al mismo? En el caso contrario ¿qué aspectos dificultarían tal adaptación?
4	Como personas musulmanas, ¿qué tipo de dificultades han encontrado para practicar su religión aquí, en España?
5	¿Podrían describir su patología? ¿Qué impresiones poseen sobre su padecimiento y sobre el manejo de la misma? ¿Cómo se sienten siendo personas con diabetes?
6	En el caso de haber sufrido eventos hipo o hiperglucémicos durante el ayuno en Ramadán ¿qué sensaciones experimentan y qué representa este hecho para ustedes?
7	¿Cómo gestionan la práctica del ayuno con el control de su diabetes? ¿Cómo se sentirían si deben de interrumpir el ayuno para realizar una ingesta debido a una descompensación aguda de su patología?
8	¿Cómo se sentirían si debieran realizarse controles glucémicos durante el día?
9	¿Qué dificultad presentan a la hora de gestionar las ingestas durante el ayuno diario?
10	El hecho de tener que modificar la insulinoterapia ¿qué les hace sentir?
11	¿Qué sensación les produce tener que tomar alimentos que no son propios de su cultura?
12	¿Qué sensaciones experimentan realizando el Ramadán en periodo estival y fuera de él?
13	¿Quién les asesora sobre ajustes farmacológicos y pautas higiénico dietéticas recomendables en el periodo de ayuno?

GUIÓN ENTREVISTA ESTUDIO: <i>Implicaciones del ayuno del Ramadán en pacientes diabéticos musulmanes (2/2)</i>	
14	La información recibida ¿se ha generado por iniciativa propia o ha surgido del profesional de la salud? ¿de qué profesional?
15	¿Qué opinión les merece cuando el profesional de la salud le informa sobre los riesgos que conlleva llevar a cabo el ayuno con su patología?
16	¿Qué sensaciones le produce el recibir información y consejos sobre cómo realizar un ayuno seguro por parte del imán de su mezquita? ¿y por parte de su profesional de la salud de referencia?
17	¿Cómo se han sentido cuando ha entendido por parte de su profesional médico y/o enfermero que la mejor opción era la no realización del ayuno?
18	¿Cómo han percibido los cuidados de enfermería que han recibido?
19	¿Cómo sienten los cambios que han de llevar a cabo durante el Ramadán?
20	¿Qué crees que supone el ayuno en Ramadán a la hora de abordar al paciente diabético?
21	¿Cómo se sentiría si el imán le ofreciera apoyo en el centro de salud? ¿y si fueran los profesionales de la salud los que le prestaran consejo y atención en la mezquita?
22	¿Consideran que el apoyo de la red familiar, en torno al conocimiento sobre la diabetes que poseen, es crucial?
23	¿A qué dificultades se enfrentan realizando el Ramadán en España ¿cómo describen las diferencias con su país de origen?
24	¿Se sienten acompañados por el sistema sanitario español durante el Ramadán siendo personas musulmanas diabéticas?
25	Los recursos educacionales del sistema sanitario ¿cómo les hacen sentir a la hora de abordar sus necesidades durante el Ramadán?
26	¿Qué opinión les merece el sistema de sanidad pública española? ¿consideran que es de calidad y es accesible a todos por igual?