



“La diabetes en la población inmigrante marroquí. Estudio Etnográfico”

Bunta Kulnarong Arroyo

Universitat Internacional de Catalunya

Proyecto Fin de Master

Master en Ciencias de la Enfermería

**Tutora: Dra. Pilar Isla**

**Junio 2012**

**“ Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”**



## **RESUMEN:**

Introducción: La diabetes mellitus (DM) está considerada como uno de los principales problemas de salud mundial con cifras que mantiene un crecimiento continuado año tras año. Por otro lado el creciente número de inmigrantes en nuestro país supone un reto para los profesionales de la salud debido a las implicaciones culturales, socioeconómicas y lingüísticas que conlleva. Cada vez más se hace patente la necesidad de adaptar los cuidados a unas necesidades cada vez menos homogéneas debido a la variedad de realidades culturales existentes hoy día. Una de estas realidades culturales más importantes en nuestro país la conforman los marroquíes. Presentan una mayor prevalencia de DM y un peor control de la enfermedad que la población española. Además de factores genéticos y socio económicos, los aspectos culturales juegan un importante papel en el manejo de la DM. La vivencia y el conocimiento que tengan sobre la enfermedad facilitará o no una adherencia adecuada y continuada a las pautas de autocuidado que requiere la DM.

Objetivo: conocer el significado que la población inmigrante de origen marroquí da a la DM y su experiencia respecto al hecho de vivir con la enfermedad.

Población: Pacientes marroquíes con DM residentes en Barcelona. El estudio se llevará a cabo durante el año 2012 en centros de Atención Primaria del distrito de Ciutat Vella, en Barcelona. Estos centros prestan asistencia a un alto porcentaje de población inmigrante.

Metodología: Se opta por un enfoque cualitativo de tipo etnográfico por considerarlo más adecuado a los objetivos del estudio. Recogida de Información: Observación participante y entrevistas semiestructuradas.

Análisis de Datos: Se realizará un análisis descriptivo de contenido temático siguiendo las etapas descritas por Huberman y Miles.

**PALABRAS CLAVE:** diabetes mellitus, inmigrantes, marroquíes, vivencia de enfermedad,

## ÍNDICE

Resumen.....	pág. ii
Abreviaturas.....	pág. iv
Agradecimientos.....	pág. v
1. Introducción.....	pág. 1
2. Relevancia del tema de estudio.....	pág. 4
2.1 Diabetes Mellitus (DM).....	pág. 6
2.2 Inmigración y Salud.....	pág.11
2.3 Concepto Enfermedad y Salud.....	pág.16
2.4 Revisión literaria del tema de estudio.....	pág.19
3. Justificación.....	pág. 21
4.Marco Teórico.....	pág. 26
5.Pregunta de Investigación.....	pág. 31
6.Objetivo del Proyecto de Investigación.....	pág. 33
7. Metodología.....	pág. 35
7.1 Diseño del estudio.....	pág. 37
7.2 Muestra.....	pág. 38
7.3 Entrada en el campo.....	pág. 40
7.4 Técnica de recogida de datos.....	pág. 41
7.5 Análisis de datos.....	pág. 44
8. Criterios de validez y rigor.....	pág. 46
9. Consideraciones éticas.....	pág. 49
10.Limitaciones del estudio.....	pág. 52
11. Cronograma.....	pág. 54
12. Implicaciones para la práctica.....	pág. 57
Referencias bibliográficas.....	pág. 59
Anexos.....	pág. vi
Anexo I: Hoja de información al participante.....	pág. vii
Anexo II: Consentimiento informado para el participante.....	pág. ix
Anexo III: Guión de la entrevista.....	pág. x

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

ADA: Asociación Americana de Diabetes

AP : Atención Primaria

CAP: Centro de Atención Primaria

DM: Diabetes Meliitus

HbA1c: Hemoglobina Glicosilada

HTA: Hipertensión Arterial

IMC: Índice de Masa Corporal

OMS: Organización Mundial de la Salud

## **AGRADECIMIENTOS**

Con la entrega de este trabajo finalizan dos años de Máster durante los cuales he contado con el apoyo de personas a las que me gustaría agradecer:

En primer lugar quisiera agradecer a mi tutora, Pilar Isla, por que su formación y experiencia son una inspiración para mí para seguir creciendo profesionalmente. También por los ánimos y la calma que me ha transmitido en todo momento durante el proceso de trabajo con este proyecto.

A los profesores del Máster por el tiempo y trabajo que nos han dedicado.

A mis compañeras y compañero de Máster por el tiempo compartido estos dos años, por los momentos de altibajos que hemos pasado juntos y que a pesar de todo siempre ha estado presente el humor y la risa, y sobretodo porque, aunque parecía que no llegaba nunca, finalmente....¡lo hemos conseguido!

Y, finalmente, a mi familia por su apoyo incondicional ante mis ganas por seguir formándome, por su paciencia en los momentos que yo la perdía, y por saber devolverme a la “realidad” cuando parecía que yo no la encontraba.

# INTRODUCCIÓN



## 1.INTRODUCCIÓN

La DM está considerada como uno de los principales y crecientes problemas de salud de los países desarrollados. La Federación Internacional de diabetes (IDF) estima que hay 300 millones de personas diabéticas en el mundo, lo que supone el 6% de la población adulta. Además, se prevé que esta cifra aumentará drásticamente en los próximos años pasando de 366 millones de personas en el 2011 a 552 millones en el 2030. [1] La gravedad de la enfermedad radica en las complicaciones que se le asocian (ceguera, fallo renal, amputaciones, enfermedades cardiovasculares) influyendo así en la mortalidad de las personas, en su calidad de vida y en el gasto sanitario de los gobiernos.[2,3]

La incidencia, la prevalencia y el progreso de la enfermedad varían ampliamente entre diferentes grupos étnicos. [4] En muchos países desarrollados se ha encontrado que las minorías étnicas tienen una mayor prevalencia de diabetes que los autóctonos, además de un peor control y una mayor tasa de complicaciones debidas a la enfermedad. [5,6] Estas diferencias son debidas a una combinación de factores genéticos, [7] socioeconómicos, acceso limitado a la salud, problemas de comunicación en el país de acogida y factores socioculturales.

Debido a los grandes movimientos migratorios de los últimos años, vivimos hoy en una sociedad multicultural, en la que son visibles variedad de grupos étnicos. Al igual que el resto de Europa, España ha vivido en los últimos años un gran movimiento migratorio. Las personas que vienen a nuestro país en busca de una oportunidad para mejorar su calidad de vida suponen hoy día el 12,1% de la población total de nuestro país, en números absolutos son 5,7 millones de extranjeros inscritos. [8]

Este aumento de la inmigración plantea un gran reto para nuestro sistema sanitario debido a las implicaciones lingüísticas, económicas y socioculturales que conlleva. Los profesionales de la salud debemos amoldar un sistema creado para asistir a una población y necesidades homogéneas, a la nueva realidad. La DM es una enfermedad crónica que requiere de un buen control metabólico para evitar o, al menos, retrasar las complicaciones que se le asocian. Para esto es fundamental una correcta adherencia al tratamiento farmacológico, así como a una serie de medidas higiénico-dietéticas (dieta y ejercicio). Sabemos cómo la cultura puede afectar a la interpretación y experiencia que se tenga de una enfermedad y en cómo esto influye en el manejo que cada persona

tenga de ella moldeando así las conductas de autocuidado. Varios estudios han resaltado la necesidad de reconocer el punto de vista cultural que se tenga de la DM para que lo profesionales sanitarios seamos capaces de desarrollar, a partir de estos conocimientos, estrategias efectivas para conseguir un buen autocuidado por parte de pacientes de otras culturas.[9,10]

En España, de los inmigrantes extracomunitarios, los marroquíes suponen el colectivo de inmigrantes más numeroso en nuestro país, 783.137.[8] Además, son uno de los grupos que ha experimentado en números absolutos un mayor incremento durante 2011, unos 9.142 más.[8] En algunos estudios en nuestro país se ha visto reflejado que los marroquíes presentan mayor prevalencia de DM que el resto de grupos de población, además de unas cifras de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) más altas, lo que indica un peor control de la enfermedad. [11,12] Teniendo en cuenta estos datos y la importancia de considerar los aspectos culturales a la hora de ofrecer nuestros servicios, se realiza este estudio con el objetivo de explorar el significado que la población inmigrante de origen marroquí asentada en España da a la DM y su experiencia respecto al hecho de vivir con la enfermedad. Se cree que ésto ayudará a diseñar nuevas estrategias de guía y educación con las que mejorar la prevención de la DM y el control de la enfermedad en esta población.

## **RELEVANCIA DEL TEMA DE ESTUDIO**

## 2. RELEVANCIA DEL TEMA DE ESTUDIO

El perfil de enfermedad de la población mundial ha cambiado en los últimos años. Actualmente las enfermedades crónicas están experimentando un rápido crecimiento a nivel mundial. Hasta hace poco las enfermedades infecciosas eran la principal preocupación de profesionales sanitarios. Sin embargo, debido a los avances de la medicina, la tecnología y la salud pública (en aspectos como vacunaciones, saneamiento, vivienda y educación) durante el último siglo se ha producido una disminución de la incidencia de enfermedades infecciosas lo que ha supuesto un aumento en la esperanza de vida.

El aumento en la longevidad favorece que las personas estén expuestas durante más tiempo a los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas. Además, a esto le debemos de sumar el efecto de los cambios en los estilos de vida derivados del fenómeno de la globalización y de la urbanización de distintas regiones del mundo. Nuevas formas de vida caracterizadas por un aumento de la ingesta de grasas y azúcares, disminución de la actividad física y aumento del consumo de tabaco está favoreciendo un aumento global de las cifras de colesterol, de tensión arterial y un aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad.

La enfermedad crónica, tal como la define la OMS es cualquier *“enfermedad de larga duración, y generalmente de progresión lenta”*. Las consecuencias de las enfermedades crónicas son un aumento de la mortalidad (suponen la primera causa de muerte a nivel mundial),[3] aumento de la morbilidad y por tanto deterioro de la calidad de vida de las personas, así como un gran coste económico para los sistemas sanitarios de los países. [3,13]

En este contexto, cada vez más, este grupo de enfermedades está siendo considerado como aspecto importante y necesario a tratar e incluir en las políticas de salud. Sin embargo los sistemas de salud actuales no están diseñados para hacer frente a este tipo de enfermedades y la formación, educación y conocimientos de los profesionales de la salud de hoy día no son los adecuados para la atención a los enfermos crónicos.[14] El modelo biomédico predominante se ha enfocado siempre hacia el tratamiento y la curación, lo que ha supuesto que los modelos de salud estén estructurados en base a la atención de procesos agudos y episódicos. Es por esto que

se aboga por un cambio del modelo de salud basado en las enfermedades agudas hacia la aplicación de otro modelo acorde a los procesos crónicos,[15] ya que las enfermedades crónicas y sus complicaciones se pueden evitar. Las principales causas que las producen no sólo las conocemos, sino que son modificables y actualmente contamos con los medios y el conocimiento para hacerlo.

## 2.1 Diabetes Mellitus (DM)

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial se encuentra la DM, definida por la OMS como:

*“un proceso crónico que engloba un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o acción de la insulina. Este aumento de concentración de glucosa en la sangre conduce a lesiones en varios sistemas del organismo”[16]*

Al igual que el resto de enfermedades crónicas, la diabetes está experimentando un rápido y progresivo crecimiento a nivel mundial. Según datos de la IDF se estima que hay 300 millones de personas diabéticas en el mundo, lo que supone un 6% de la población adulta. Además se prevé que esta cifra aumentará drásticamente en los próximos años pasando de 366 millones de personas en el 2011 a 552 millones en el 2030.[1] Como se ha dicho, la prevalencia de la diabetes es un hecho global, aunque la distribución es diferente según regiones. Para el año 2030 y , respecto al año 1995, la OMS espera un incremento del 42% de la tasa de prevalencia de la DM en los países desarrollados, y de un 170% en los países en desarrollo.[17] Esto confirma que la DM ha dejado de ser un problema de salud exclusivo de los países desarrollados, este hecho se asocia a la rápida industrialización y urbanización experimentado por ciertos países, como por ejemplo Brasil, Bangladesh y Méjico, que en unos años podrían estar entre los principales países con el mayor número de personas diabéticas. [3,18]

El impacto de la DM se siente también en España. Actualmente la tasa de prevalencia de DM tipo 2 se sitúa en un 13,8%, [19] siendo bastante mayor de lo que se esperaba en base a estudios anteriores. En Cataluña, la tasa de prevalencia de DM también ha experimentado un crecimiento progresivo a lo largo de los años, de esta manera pasó

de una prevalencia de un 4.7% en el año 1994 a una prevalencia del 5.6% en el 2002. [19,20]

La importancia y gravedad de este incremento de las personas con DM radica en que las complicaciones derivadas de la DM son causa de incapacidad, empeoramiento de la calidad de vida de las personas y muerte prematura, suponiendo un gran impacto emocional, social y económico a los pacientes, sus familias y a los gobiernos. [21–23]

La hiperglucemia crónica, incluso en ausencia de síntomas, conlleva lesiones en múltiples tejidos provocando complicaciones microvasculares y macrovasculares. Estas complicaciones se dan tanto por la DM en sí misma como por su asociación a otros factores de riesgo como la hipertensión arterial y la dislipemia.

Las complicaciones microvasculares más frecuentes son retinopatía diabética, (lo cual puede terminar en ceguera), nefropatía (lo que puede llevar a fallo renal, necesidad de diálisis y finalmente a trasplante renal) y neuropatía (causante de amputaciones). En España la tasa de prevalencia de la neuropatía diabética se sitúa en un 24%, siendo la complicación más frecuente entre las personas con DM. Cerca del 50% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores se dan en personas con DM tipo 2. [24] La segunda causa de ceguera en nuestro país la conforma la retinopatía diabética. [24] Por otro lado, entre el 30-50% de las personas con diabetes con una evolución de 10-20 años presentan algún grado de afectación renal, y entre un 10% y un 13% de las personas incluidas en programas de diálisis en nuestro país tienen DM.

En cuanto a las complicaciones macrovasculares debidas a la DM, se incluyen enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad entre la población con DM en España; de hecho el riesgo que presentan de desarrollar enfermedad cardiovascular es de entre 2 a 4 veces más que en el resto de la población.[24] Entre el 10% y 15% de los diabéticos tipo 2 presentan cardiopatía isquémica, entre un 5% y 15% sufren accidente cerebrovascular y entre un 5% y 30% vasculopatía periférica.

La DM es causa, también, de muerte prematura. A nivel mundial las personas con DM tienen entre 2 y 8 veces una tasa de mortalidad más alta por enfermedades cardiovasculares que el resto de la población. Actualmente, en España, la DM supone la tercera causa de muerte entre las mujeres y la séptima entre los hombres. [23] En el año

2000 en Cataluña la tasa de mortalidad debida a DM fue del 21,7 por 100.000 habitantes. [25]

La DM y sus complicaciones originaron en 2010 un gasto global anual de 376 billones de dólares americanos, y si la situación no cambia esta cifra alcanzará los 893 billones de dólares americanos en el año 2030, lo que se traduce en un crecimiento del gasto entre estos años de un 30-34%. [26] En España, para el año 2002, se calcularon los gastos directos derivados de la DM tipo 2. Un paciente diabético supuso un coste medio anual de 1.305,15 euros; por otro lado, un paciente diabético sin complicaciones supuso un coste medio de 883,34 euros por paciente-año frente a los 2.132,78 euros que supuso un paciente diabético con complicaciones. [27] El mayor consumo de los pacientes con DM tipo 2, en general, se debió al gasto farmacéutico (554,28 euros ó un 42.5% del gasto sanitario total), seguido de los derivados de la hospitalización (417,8 euros anuales por paciente o un 32% del gasto sanitario total) y por último los relacionados con recursos ambulatorios (333,58 euros anuales por paciente o un 25.5% del gasto sanitario total). Del total del gasto farmacéutico la mayor parte del gasto debido a la DM fue debido fármacos cardiovasculares, 32.7% frente a 22% por fármacos antidiabéticos,[27] lo que indica que se gasta más en complicaciones derivadas de la DM que por la enfermedad en sí. De los gastos por hospitalización la mayor parte del coste está relacionado con las complicaciones de la DM (44.4%). [27]

La DM tipo 2, junto con la DM tipo 1, conforman los tipos de DM más frecuente. La DM tipo 2 supone el 90% de los casos de diabetes. [28] No se conoce a ciencia cierta la etiología, pero la patogenia reside en el desarrollo de una resistencia a la acción de la insulina, junto con una insuficiente respuesta compensadora en la secreción de la misma (por tanto en los pacientes con DM 2 coexisten dos fallos: resistencia a la insulina y alteración en su secreción). [16] En este caso la influencia genética es importante, más que en la DM tipo 1; y además ciertos factores ambientales están implicados, fundamentalmente obesidad e inactividad física.[28,29] La obesidad central y específicamente la obesidad visceral condicionan la resistencia a la insulina. [28,30]

Este tipo de DM suele aparecer a partir de los 40 años, aunque se han dado casos en los que ha aparecido a edades más tempranas. El tratamiento, en fases tempranas, suele consistir en un mantenimiento adecuado de la dieta y actividad física, aunque en fases más avanzadas puede ser necesario complementar el control dietético y de ejercicio físico con la toma de antidiabéticos orales por parte del paciente, en casos de

enfermedad avanzada puede ser necesario la administración de insulina. Sin embargo, en el inicio de la enfermedad, la administración de insulina no suele ser indispensable para la vida como sí que lo es en el caso de la DM tipo 1.[29]

Las complicaciones microvasculares debidas a la diabetes vienen determinadas en mayor medida por el grado de control glucémico, mientras que el desarrollo de las complicaciones macrovasculares se atribuye a la agregación de otros factores de riesgo en el paciente con diabetes (hipertensión arterial, obesidad, tabaco y dislipemia). Así se ha demostrado en algunos estudios, en los que concluyeron que el control óptimo de los niveles glucémicos es fundamental para el manejo de la DM. La mejora en el control glucémico reduce los riesgos de complicaciones microvasculares tanto en la DM tipo 1 como en el tipo 2. [31,32]

La medición de la Hemoglobina Glicosilada (Hb A1c) está actualmente recomendada por la ADA para el diagnóstico y como medida de control de la glucemia en pacientes con DM. Además sirve para valorar el seguimiento que el paciente hace del tratamiento y para el ajuste terapéutico. [33]

De esta manera se sabe que, niveles de Hb A1c > 7% se asocian a un aumento significativo de complicaciones microvasculares y macrovasculares, independientemente del tratamiento que se esté siguiendo. [31,32,34]

Por lo que los principales objetivos del tratamiento de la DM son la prevención de complicaciones agudas y tardías, mejorando así la calidad de vida de las personas con DM, evitando también muerte prematura debida a la enfermedad. Estos objetivos se conseguirán, por tanto, a través de un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre, manteniendo cifras de HbA1c por debajo del 7%, [2] y la reducción de otros factores de riesgo macrovascular como son la hipertensión arterial y el colesterol.

Un plan correcto de alimentación puede ayudar a mantener unos niveles adecuados de glucosa en sangre (reduciendo entre un 1% y un 2% los niveles de HbA1c) , además de favorecer también los niveles de presión arterial, colesterol y peso adecuado. [35,36] El ejercicio físico regular y mantenido también contribuye a un buen control glucémico, ya que se asocia a una mejora de la resistencia a la insulina y, al igual que la dieta, contribuye a una mejora del perfil lipídico y el mantenimiento de un peso



adecuado.[36,37] Por otro lado, una pérdida de peso también aporta beneficios al control glucémico, mejorando la sensibilidad de la insulina, la absorción de glucosa y disminuyendo la secreción de glucosa hepática, ya que la obesidad se asocia a una mayor resistencia a la insulina.[38,39]

Modificando estos factores de riesgo para desarrollar DM y sus complicaciones, y que como se ve, están relacionados con los estilos de vida, se podrían retrasar o prevenir hasta un 30-60% de las DM tipo 2 y las complicaciones derivadas. [40]

El diagnóstico y tratamiento de la DM tipo 2 va a requerir que el paciente adquiera una serie de habilidades con distinto grado de complejidad, que muchas veces exige la modificación de antiguos hábitos. Por otro lado, la DM es una enfermedad cuyas complicaciones se dan de forma lenta e insidiosa por lo que puede suponer otra barrera para que el paciente adquiera los nuevos hábitos ya que no percibe la condición de enfermedad. Como se ha visto, las complicaciones debidas a la DM aumentan con la edad y con los años de evolución de la enfermedad. En este contexto, la información se convierte en una herramienta adecuada para la potenciación de conocimientos sobre la enfermedad sin embargo, cuando informamos simplemente transmitimos conocimientos y el conocimiento no cambia comportamientos ni habilidades. En relación a esto, en España, la mayoría de las personas que tienen DM tipo 2 no modifican sus hábitos de vida en proporción diferente a la del resto de la población. [19] La OMS reconoció la importancia de la educación terapéutica en 1998 declarando que la finalidad de la educación terapéutica es:

*“formar a los pacientes en la autogestión, en la adaptación al tratamiento a su propia enfermedad crónica, y a permitirle realizar su vida cotidiana. Asimismo, contribuye a reducir los costes de la atención sanitaria de larga duración para los pacientes y la sociedad. La educación sanitaria ha de ser realizada por profesionales de la salud formados en la educación del paciente, y ha de ser concisa para permitir a los pacientes (o a un grupo de pacientes o familias) administrar el tratamiento de su enfermedad y prevenir las complicaciones, manteniendo o mejorando su calidad de vida.”* [41]

La educación para la salud es un proceso continuo y sistemático integrado en el cuidado y dirigido a ayudar a las personas y sus familias a cooperar con el profesional de la salud en la mejoría de su calidad de vida.[42] No se debe de ver como un añadido al

tratamiento si no que debe de formar parte del mismo y aporta valor al conjunto de la asistencia total de la DM. El objetivo es formar, convencer, motivar y fortalecer a las personas para que participen activamente en su tratamiento, aprendan a acoplar las posibles limitaciones de su enfermedad con su actividad diaria y sean competentes para afrontarlo día tras día. [41] Para esto, el programa educativo debe de estar compuesto por un conjunto de actividades orientadas a la construcción de saberes para tomar decisiones y asumir comportamientos que concilien sus valores y prioridades con los requerimientos terapéuticos, es decir debe de estar centrado en el paciente y no en el profesional.

Además, al tratarse de una enfermedad crónica las intervenciones van a ser continuas y, seguramente, durante el resto de la vida de la persona, por tanto cobra especial importancia las necesidades y prioridades de cada paciente como individuo.

## 2.2 Inmigración y Salud

La migración es un fenómeno que ha tenido lugar a lo largo de toda la historia de la humanidad, no es un fenómeno nuevo, si bien es verdad que sí que lo es la cantidad y la velocidad a la que se ha desarrollado en los últimos años. Los efectos de la globalización: aumento de desigualdades internacionales e internas de cada país, con un reparto desigual de los recursos lleva a un aumento de la pobreza y la injusticia social. Además, la globalización de los medios favorece también la percepción de estas desigualdades y las oportunidades de reducirlas a través de la movilidad, que cada vez se vuelve más inmediata debido a la evolución de los medios de transporte internacionales.

En los proceso migratorios hay países que son más atractivos que otros como sitio de llegada. España por su situación geográfica (puerta de entrada y lugar de paso para otros países de la Unión Europea) es uno de los lugares de llegada de muchos inmigrantes. Además, existen otros factores que han impulsado la llegada de inmigrantes a nuestro país: la proximidad geográfica (como el caso de los marroquíes), la proximidad lingüística y cultural (latinoamericanos) o la proximidad inherente a la pertenencia a la misma entidad geopolítica (población rumana desde que pasó a formar parte de la UE)

De esta manera, en los últimos 10 años, España ha experimentado un aumento del flujo migratorio, pasando de ser país emisor de emigrantes a país de acogida partir de los años 1990. El ritmo de crecimiento de llegada de personas inmigrantes al país ha sido intenso. En el año 1999 en España habían 748.954 personas extranjeras empadronadas, ascendiendo a 5.220.000 para el año 2008. Actualmente las personas extranjeras en nuestro país suponen hoy día el 12,1% de la población total de nuestro país, en números absolutos son 5,7 millones de extranjeros inscritos. [8]

En Cataluña y, en concreto, Barcelona la inmigración ha sido desde siempre un factor determinante. Debido al impulso industrial del s.XIX la ciudad atrajo a personas procedentes del resto de ciudades catalanas, más adelante, a mediados del s.XX y en los años 1960 debido a la construcción de grandes infraestructuras, Barcelona fue destino de personas procedentes de otras comunidades autónomas principalmente Andalucía, Murcia y Galicia. Actualmente, como en el resto de España, es destino de personas procedentes de diversos países y culturas.

A fecha de 1 de enero de 2011 la población extranjera en Barcelona era de 278.320 extranjeros, suponiendo un 17,3% de la población total de la ciudad. La evolución experimentada ha sido de un 7,6% (113.809) en 2002 a un 17,3% (278.320) en el año 2011. Los principales grupos de población por nacionalidad en Barcelona los constituyen los pakistaníes 22.342 , los italianos (22.002) , los ecuatorianos (17.966), los chinos (15.001), los bolivianos (14.867), los peruanos (13.847) y los marroquíes (13.659). [43]

Este constante incremento de la inmigración, importante tanto en número como en diversidad de procedencias, está provocando necesidades de información y formación en todos los ámbitos sociales. El ámbito de la salud es uno de ellos. La inmigración plantea un nuevo reto al sistema sanitario y a sus profesionales de la salud, ya que deben de pasar de un sistema diseñado para hacer frente a una población homogénea a una situación en la que las necesidades de la población han cambiado y son de los más variadas. Es en las consultas donde se ve y se constata que su salud no es igual a la nuestra, que existen diferencias en cuanto a la percepción de enfermedad y ciertas conductas suyas respecto a l tratamiento o la prevención nos desconciertan.

Desde que la inmigración fue haciéndose más visible en nuestra sociedad, se fueron publicando estudios y guías con la intención de proporcionar más información y formación a los profesionales de la salud que iban encontrándose ante diversa patología

difícil de diagnosticar y tratar, así se realizaron estudios epidemiológicos tratando enfermedades principalmente infecciosas; el aspecto de la mujer inmigrante también se ha tratado ante el hecho de que presentan una historia gineco-obstétrica distinta a la de las mujeres autóctonas; más tarde se publicaron trabajos acerca de estrategias de vacunación a hijos de inmigrantes. Últimamente han crecido los trabajos sobre salud mental e inmigración, y quizás haya sido aquí cuando más conciencia se ha tomado de las diferencias culturales en la percepción de salud/enfermedad y del papel que juega en el manejo que de la enfermedad haga el paciente.

El interés del presente trabajo se centra en otra necesidad de salud detectada en la población inmigrante, las enfermedades crónicas y ,en concreto, la DM. Es un hecho aceptado, que las minorías étnicas que emigran a países europeos presentan mayores tasas de DM en comparación con la autóctona. Así en Estado Unidos diversos estudios han demostrado que la tasa de prevalencia de DM es mayor entre diversos grupos étnicos como los afroamericanos, asiáticos, hispanos, o nativos americanos, en comparación con la población autóctona.[24,44,45]

En Europa y, principalmente en Reino Unido, varios estudios han mostrado resultados similares para la población inmigrante procedente del sur de Asia (India, Pakistán), cuyas tasas de DM superan también a las autóctonas, siguiéndoles en frecuencia se encuentran los descendientes africanos (Caribe y Este de África). Además, se ha visto que ciertos grupos étnicos presentan mayores tasas de factores de riesgo cardiovascular, como son la obesidad y la HTA, agravando así las complicaciones y el pronóstico de la enfermedad.[29,46,47]

En otros países europeos como Suecia los inmigrantes procedentes de países no europeos tiene 3.2 veces más riesgo de sufrir DM que la población autóctona o la población inmigrante procedente de países de Europa.[48,49] En Holanda, la población originaria de Marruecos y Turquía presenta una prevalencia de DM de entre 1.3 y 3.2 más alta que la población autóctona. [50,51] La población originaria de las islas del pacífico (Polinesia, Micronesia y Melanesia) que habitan en Nueva Zelanda presentan también mayores tasas de prevalencia de DM.

Además de presentar mayor prevalencia de DM, en varios estudios se ha comprobado que también presentan mayor riesgo de complicaciones, como en el caso de la población originaria de Nueva Zelanda, asiáticos en Reino Unido y población negra e

hispana en EEUU. [52,53] Sin embargo los resultados son dispares, ya que otros estudios han encontrado que las tasas de complicaciones se igualan o incluso son más bajas entre las minorías étnicas tras ajustar por factores de confusión, esto se ha visto en población afro-caribeña en Reino Unido o inmigrantes sudasiáticos en España. [54,55] Es por esto que se asume que las poblaciones pertenecientes a minorías étnicas presentan características fisiopatológicas de la DM distintas a la de la población europea.

En un intento de explicar la mayor prevalencia de la diabetes entre estas poblaciones, algunos estudios han tratado de evaluar el control glucémico que llevan a cabo en comparación con la población autóctona. De esta manera han visto que en EEUU determinados grupos étnicos presentan peores cifras de HbA1c que el resto de la población. [56–58] En Reino Unido no se encontraron diferencias significativas entre las medias de Hb A1c y glucemia en ayunas entre la población autóctona, los afro-caribeños y los indios asiáticos, aunque sí se dieron diferencias en otros factores como niveles de colesterol, triglicéridos y tensión arterial, [59] por lo que en el caso de algunos grupos étnicos quizás el control glucémico no sea el problema sino la presencia de otros factores de riesgo asociados a la DM.

En cuanto a la prevalencia de la DM entre inmigrantes en España, existe un estudio observacional realizado en Barcelona que evaluó la prevalencia de DM 2 en asiáticos, inmigrantes no asiáticos y autóctonos. La prevalencia de DM 2 fue mayor en indostánicos (India, Nepal, Pakistán y Sri Lanka) con un 20,9%, seguidos del grupo de inmigrantes no asiáticos (América Latina, África y Europa) con un 9,7% y autóctonos con un 3,6%. Se confirmó también una mayor prevalencia de DM 2 entre inmigrantes marroquíes en España en comparación con pacientes diabéticos autóctonos. [11,55,60] Estos estudios ponen de relevancia también la diferencia existente en el perfil clínico entre inmigrantes diabéticos y autóctonos. Esto lo confirma también los resultados preliminares del estudio de Inmigración y Diabetes Mellitus en España (IDIME), pendientes de publicar. El paciente diabético inmigrante es más joven y con menos tiempo de evolución de la enfermedad. Presenta peor control metabólico en todos los grupos de pacientes diabéticos inmigrantes, aunque presentan menor riesgo de sufrir complicaciones microvasculares y macrovasculares. [61] Este estudio, además, proporcionará más datos sobre la prevalencia de DM en todos los grupos de inmigrantes en España.

Las causas que se asocian a estas diferencias entre diferentes grupos étnicos es una cierta predisposición genética de ciertos grupos étnicos que, sumado a los cambios de hábitos de vida consecuentes de la migración, puede provocar el incremento de la prevalencia de DM en estas poblaciones de hasta 8 veces.[44]

La predisposición genética de la que se habla se refiere a la teoría del “gen ahorrador” y a una mayor resistencia a la insulina. La teoría del “gen ahorrador” defiende que determinados grupos étnicos podrían ser portadores de dicho gen ya que sus antecesores probablemente estuvieron más expuesto a periodos de hambruna. Este gen supuso una ventaja en épocas de hambre ya que permitía al organismo almacenar mayor número de calorías. [30,62,63] Sin embargo, en sociedades actuales caracterizadas por dietas hipercalóricas el gen tendría un efecto favorecedor de la obesidad. Respecto a una mayor resistencia a la insulina se sabe que existen determinadas etnias que la presentan, como son las poblaciones procedentes del sur de Asia (India, Pakistán). [64] Otras causas relacionadas con la elevada prevalencia de DM en estos grupos son, un mayor riesgo de privación intrauterina junto con una ganancia de peso e inactividad física en los años posteriores en la vida, y mayor adiposidad central para similares niveles de IMC, lo cual se relaciona con una mayor resistencia a la insulina. [65]

Estas hipótesis explicarían porqué determinadas sociedades “primitivas” cuyas formas de vida han cambiado más que las de las poblaciones blancas u occidentales tienden a tener mayores tasas de prevalencia de DM tipo 2, [66] y como en ciertas regiones del mundo, la prevalencia de diabetes en áreas rurales sea un 50% menor que en las áreas urbanas. Siendo Bangladesh, Bután, India, Maldivas, Nepal y Sri Lanka los países donde esta diferencia es más acentuada, con una prevalencia en las áreas rurales un 75% menor que en las urbanas.[1]

Como se ha visto la sociedad actual en la que vivimos está experimentando importantes y continuos cambios. Estos cambios se dan en relación a pérdida de valores tradicionales, a favor de otras nuevas formas de vida, hábitos y costumbres que se van incorporando en la sociedad. A esto se le añade la diversidad étnica, cultural, religiosa y socioeconómica actual. Todos éstos, son factores que afectan al campo de la salud. Y como se ve la población inmigrante con DM suponen un reto para los profesionales sanitarios debido a la peculiaridad de la enfermedad y su tratamiento y su relación con el

bagaje cultural del paciente. En este contexto se considera fundamental la consideración de los posibles enfoques culturales y sociales que se puedan dar en torno al proceso de salud/enfermedad y su relación con la atención sanitaria.

### 2.3 Concepto de Enfermedad y Salud

Históricamente ha existido siempre un interés por describir qué es la salud y qué es la enfermedad. La manera en que el hombre las ha ido definiendo ha influido en el desarrollo de la medicina. En distintas sociedades y épocas el hombre ha elaborado conceptos sobre la salud y la enfermedad y en base a estos conceptos ha llevado a cabo distintas acciones o explicaciones para intentar solventar el proceso de enfermedad y alcanzar la salud.

A lo largo de la historia se han propuesto y estudiado varios modelos para intentar comprender el fenómeno de enfermedad.[67] La concepción ontológica propuesta por Canguilem considera al enfermo como un hombre al que le ha penetrado algo o se le ha quitado algo, por lo que la enfermedad es aquí una entidad con existencia independiente capaz de provocar un mal. Forma parte de esta concepción que la pérdida de la salud se atribuye a razones de índole mágicas. En muchas culturas primitivas se pensaba que la enfermedad era resultado de fuerzas o espíritus malignos, de esta manera se ha vinculado la enfermedad con la religión, en la cual la salud era considerada un “don” y su pérdida un castigo divino. Así, las estrategias para recuperar la salud se enfocaban a la obediencia de las normas religiosas, exorcismos o rituales. [45]

A mediados del siglo XIX surge el enfoque biologista e individual, surgido a partir del desarrollo de la microbiología mediante el cual se instaura el modelo unicausal de la enfermedad. Se busca el agente patógeno de la enfermedad y se establece una relación de “causa” y la bacteria con la enfermedad. Entra aquí la concepción dinámica de la enfermedad, lo que implica un equilibrio entre organismo y ambiente.[67,68] Esta idea dinámica y naturista ya se dió anteriormente en la Grecia clásica en la que se contemplaba la salud como una relación armoniosa entre el hombre y su ambiente, equilibrio de los humores corporales (sangre, flema, bilis, amarilla y negra) como resultado de la combinación con los elementos de la naturaleza (caliente-húmedo, frío-seco) y los elementos del planeta (fuego, tierra, agua, aire). Hipócrates puso el énfasis en la influencia del medio externo sobre el organismo y de cómo este ponía en juego

fuerzas que tendían a restaurar el equilibrio. En este contexto los tratamientos iban dirigidos a restaurar dicho equilibrio corporal (regular la relación frío-calor) [67]

En las décadas centrales del siglo XIX cobra protagonismo el positivismo. John Snow, Claude Bernard, Joseph Lister, Louis Pasteur y Robert Koch entre otros contribuyeron a sustentar las bases científicas de la medicina. Se consiguieron éxitos en el área terapéutica y se abrió camino a la investigación de numerosas medidas de control y fármacos que hicieron posible el tratamiento individual del paciente. [67,68] Sin embargo el modelo unicausal resultó ser insuficiente para explicar los problemas de salud modernos como cáncer, diabetes o enfermedades cardiovasculares.

Así surgió el modelo multicausal, que considera a la enfermedad como el resultado de la interacción entre el ambiente, el agente y el hospedero, de esta manera se buscan factores de riesgo o determinantes de la enfermedad. En este contexto varias maneras de contribuir a la salud se dieron en relación a la causa de la enfermedad que diversos autores le achacaban. Así, ante la idea de que la salud es un equilibrio entre estructura y función surgió la necesidad de comprender el significado biológico de la enfermedad. Otros médicos como Virchow, Petra Frank y Rudolph centraban en las condiciones de trabajos y situación sociopolítica como factores etiológicos de enfermedad, así para ellos la responsabilidad de la salud recaía sobre el Estado. Años más tarde, a mediados del siglo XX surgió el enfoque histórico social el cual explicaba las causas de las diferencias de la salud y la enfermedad en función del contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales.

Todos los modelos han puesto de manifiesto que la salud y la enfermedad es algo complejo y que trasciende la dimensión biológica, es decir que deriva de un conjunto de procesos culturales, políticos y sociales. Se ha intentado estudiar y explicar los fenómenos de salud y enfermedad desde diversas disciplinas. [67,68]

Desde la perspectiva de la antropología se ha intentado integrar los conceptos de enfermedad (*diseases*), padecimiento (*illness*) y disfunción social (*sickness*). Los conceptos de *diseases* e *illness* recogen la doble dimensión que tiene el fenómeno de la enfermedad, como enfermedad en sí y como padecer, es decir se distingue de esta manera el nivel objetivo o analítico (o *étic* en términos antropológicos) y el nivel de la experiencia y percepción individual del que la padece (*emic*). El término *sickness* haría referencia al malestar y sería producto de los dos conceptos anteriores y como



consecuencia tendría una fuerte connotación social y cultural. Es decir, el padecimiento se convertiría en una experiencia con significado para cada individuo dentro del conjunto de significados pertenecientes a cada cultura en general. Algunos autores afirman que enfermedad y padecimiento son conceptos socialmente construidos. [69]

Existen otros autores que han profundizado en la mirada antropológica de las prácticas médicas. Todos se acercan a la idea de padecimiento como una experiencia con significado exclusivo para cada individuo dentro de un sistema de significados inherente a cada cultura en particular. [67]

En el siglo XXI el avance de la tecnología médica intenta explicar la causalidad de enfermedades desde la constitución genética de los seres humanos. Aunque se han realizado avances sorprendentes en este campo, no se puede dejar de lado el papel que juegan los factores culturales y sociales en los procesos de salud y enfermedad.

La idea que tenga cada individuo sobre lo que está pasando ante cualquier proceso de enfermedad, será diferente y además esta idea será la que determinará lo que el individuo piense que es lo más adecuado llevar a cabo para solucionarlo. Esta idea particular que cada individuo tiene está construida sobre las ideas que tenga de la etiología de la enfermedad, el modo e inicio de los síntomas y su experiencia previa.[70]

En este aspecto y en el campo de la enfermería, Leininger fué de las primeras enfermeras que relacionaron los aspectos culturales con el concepto de salud y enfermedad del individuo. Basándose en la perspectiva antropológica desarrolló la “Teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural” [71] Lo que Leininger explica en esta teoría es que del mismo modo que las personas de todo el mundo tienen características universales y diversas, la salud y la enfermedad tienen también aspectos semejantes y diferentes en función del contexto social y cultural en el que se den. Debido a esto, Leininger defiende que para que el cuidado proporcionado por las enfermeras sea eficiente y adecuado a la cultura y creencias de la persona, enfermería debería de identificar y comprender estas semejanzas y diferencias respecto a la salud y a la enfermedad. [72]

## 2.4 Revisión literaria sobre el tema de estudio

La idea de cómo el bagaje cultural de las personas o grupos sociales influye en la percepción que cada individuo tenga de la enfermedad ha sido estudiado en varios estudios de enfoque cualitativo en el ámbito de la DM y la inmigración en varios países occidentales. Se ha visto también la relación existente entre la idea de causalidad que tiene una persona las estrategias de afrontamiento a la enfermedad que adquiere

Así en Suecia la población inmigrante árabe y yugoslava, relacionaba la DM con factores sobrenaturales, al estrés emocional del proceso migratorio y al hecho migratorio en sí, de esta manera solicitaban más asistencia sanitaria para la cura de la DM que la población diabética sueca que al relacionar la DM con factores hereditarios y estilos de vida, enfocaban más su manejo de la enfermedad al control de los hábitos de vida. [73] La población de origen chino con DM en Estados Unidos relacionaba la aparición de la DM a desequilibrios ying/yang (energías) o frío/calor en el organismo, teniendo una visión holística del proceso de enfermar, por lo que sus cuidados iban dirigidos a restaurar este desequilibrio. [74] Por otro lado se han encontrado que hay casos de poblaciones étnicas que sí que reconocen la influencia de los estilos de vida en el desarrollo de la diabetes, sin embargo no llevan a cabo los cambios necesarios para alcanzar un buen control de la enfermedad. Lo que demuestra que es necesario algo más que información para que los pacientes consigan mantener un buen control de la DM. Determinadas normas culturales y religiosas impiden en muchos casos llevar a cabo las pautas que se les aconsejan desde las consultas de enfermería de los países occidentales. La población bangladeshí en Reino Unido reconoce la importancia de la actividad física, sin embargo ven como algo ajeno y extraño la indumentaria occidental deportiva. Supondría además para las mujeres romper una norma religiosa. [75] La población mejicana en Estados Unidos no se identifican con ir a correr o al gimnasio, sin embargo considerarían una opción bailar salsa varios días a la semana.[76] La población china consideran adecuados determinados tipos de ejercicios según edades.[74]

Como se ha visto la dieta juega un papel fundamental en el tratamiento de la DM, y en todos los estudios ha emergido como la principal barrera para la correcta adherencia al tratamiento. A pesar de la larga trayectoria de asentamiento en el país de acogida de algunos grupos étnicos y a pesar de poder darse la introducción de ciertos productos

occidentales, se ha visto que todos los grupos mantienen, en mayor o menor medida, hábitos de alimentación tradicionales.[10,74,75,77–79] Suponiendo para ellos una dificultad adecuar la dieta a la DM ya que los consejos que reciben están basados en las dietas occidentales del país de acogida. Además, no clasifican los alimentos en base a las nociones que se le asignan en la cultura occidental (carbohidratos, proteínas) sino que los clasifican en función de frío/calor, digestivo/no digestivo etc...En muchos casos se les atribuye, también, ciertas propiedades a algunos tipos de alimentos, lo cual puede impedir que los deje de tomar o lo hagan en menor cantidad.[74,77] Las normas religiosas, normas sociales de hospitalidad, tradiciones de comensalidad con la familia y la comunidad, y el deseo de mantener la identidad cultural son todo barreras para la adecuación de la dieta al tratamiento. [10,75,77]

Otro aspecto surgido en varios estudios es el carácter colectivo de ciertas culturas, en las que se antepone el bienestar colectivo al individual lo que se ha visto que influye en el autocuidado que la persona con DM realice. [74]

Finalmente, otra aportación que suponen este tipo de estudios que es que en algunos casos se puede romper con ciertos estereotipos existentes entre los profesionales sanitarios sobre determinadas costumbres religiosas y culturales de los inmigrantes. Estos estereotipos influyen en la atención que se ofrezca a los pacientes con DM.[75]

## **JUSTIFICACIÓN**

### 3. JUSTIFICACIÓN

Marruecos y España tienen una larga tradición histórica y vecinal siendo, la población marroquí, una de las migraciones más antiguas y numerosas en nuestro país. Las primeras llegadas datan de los años 1970 y fué a partir del año 2000 cuando, coincidiendo con la expansión económica de España, se dieron los flujos migratorios más importantes, lo que dió lugar a que, en diez años, los marroquíes pasaran de ser 173.000 personas en enero del 2000 a 769.920 personas en enero del año 2010. En 2010 fue el grupo de inmigrantes que experimentó el mayor crecimiento en números absolutos. [80]Y actualmente el número del ciudadanos de origen marroquí en España es de 783.137, siendo durante el 2011 el tercer grupo de población que mayor crecimiento experimentó en términos absolutos (9.142 personas más). [8]

Debido a esto y, a pesar de que actualmente los marroquíes no son el principal colectivo inmigrante en España, como lo fueron por muchos años, en concreto hasta el 2008, año en el que fueron superados por la población procedente de Rumania, se considera un colectivo importante en nuestro entorno. Cataluña, además, conforma el grupo de las comunidades autónomas, junto con Ceuta y Melilla, Extremadura y Murcia, Andalucía y Baleares, donde más se concentra la población marroquí que llega a España.[81]

Además, se trata de una población cuyo proyecto de vida inmediato se centra en su permanencia en España, siendo uno de los grupos de inmigrantes que más perspectiva tienen de quedarse aquí. En el año 2007 el 85% planteaba hacerlo y solo un 5% pensaba retornar a Marruecos ó emigrar a otro país. Además el 47% de los hombres y el 35% de las mujeres tenían la intención de traer a algún familiar a vivir a España.[82] Actualmente esta situación no parece cambiar, ya que los marroquíes junto con los rumanos, son los colectivos que no han dejado de crecer, (aunque el ritmo sea menos intenso), a pesar de la crisis y del cambio en el ciclo migratorio (caracterizado por el freno intenso de flujo migratorio y estabilización de personas extranjeras que viven aquí) que se está observando en Cataluña como consecuencia de ésta.[83] Mientras que otros colectivos de inmigrantes, como los ecuatorianos, peruanos, bolivianos, pakistaníes y chinos sí que han experimentado un descenso, por retorno a sus países de origen o traslado a terceros países. [83]

Como se ha expuesto la vivencia de una enfermedad viene condicionada por factores socioculturales. Aunque no contamos con muchos datos al respecto, por los estudios

encontrados parece evidente que la población marroquí en España tiene creencias sobre la enfermedad diferentes a las de la población española, además de encontrarse en un contexto social y cultural determinado. Así, se sabe, que la cultura marroquí es una cultura colectiva, por lo que cobra importancia la consideración del individuo como de pertenencia al grupo, el sujeto no se entiende como sujeto aislado así que será en base a esta concepción bajo la que se tendrá que entender el significado del concepto de salud y enfermedad entre los marroquíes. [84] Las creencias en torno a la enfermedad están influenciadas por una combinación de normas islámicas y ciertas tradiciones animistas, que se conserva desde la época anterior a que el país fuera islamizado por los árabes. Del mismo modo y , debido a una larga tradición en medicina, confían en la biomedicina. Por tanto cuentan con 3 sistemas de curación (biomédico, coránico y tradicional), y acudirán a uno u a otro en función de la causa atribuida a la alteración que sufran en ese momento. Entre las posibles causas de enfermedad se encuentran, entre otras, mal de ojo, brujería, debido a la edad o traumatismos o a la voluntad de Alá.

La salud es altamente considerada y valorada por los marroquíes, algo que tiene que ver con el Islam, ya que la salud significa utilizar todas las capacidades que Alá nos ha otorgado para cumplir con la deuda contraída por la vida recibida. Aunque no es considerada castigo divino, la enfermedad es vista como la voluntad de Alá. A pesar de que existe la obligación de preocuparse por buscarle solución, la creencia de “Dios dirá” (*Inch ala*) puede ser barrera para ciertos tipos de intervenciones sanitarias como las dirigidas a la prevención.[85,86]

Otro aspecto a considerar es la alimentación que como se ha visto, es uno de los pilares fundamentales del tratamiento en la DM y es también una de las características más profundamente arraigadas y enraizadas en la vida cultural de los pueblos, creando el alimento cierta conciencia profunda de pertenencia al grupo. La cocina marroquí está fuertemente jerarquizada y codificada. Sus reglas llevan un contenido social, cultural y religioso: cocina y tradición están muy unidas. Es por esto que la cocina marroquí ocupa un lugar primordial en la vida cotidiana, suponiendo la expresión de una manera de ser y un signo de identidad.[87] En el caso de los marroquíes en España se ha confirmado lo encontrado con otros grupos culturales en otros estudios en Europa. Tras superar una primera etapa de asentamiento en el país de acogida y lograr la estabilidad laboral y económica, existe una tendencia a recuperar los hábitos de alimentación propios de

Marruecos, [88] más aún hoy que la adquisición de ingredientes tradicionales y utensilios es fácil. Aunque se debe de mantener presente que la recuperación de los hábitos de vida tradicional no está del todo libre de influencias del nuevo lugar de residencia. En el caso marroquí en España, a pesar de que la gastronomía marroquí sigue ocupando un lugar primordial en sus vidas, también adquieren nuevas costumbres, se intenta reconstruir modelo culinario marroquí con ingredientes o formas de cocinar de aquí, las generaciones nuevas van variando en gustos y preferencias (que en algunos casos pueden influir en los padres), dándose también cierta imitación en la preparación y presentación de algunos productos (salchichones de vacuno, mortadelas, chorizos). [87] Algunos autores sostienen que seguramente lo más habitual será la combinación de alimentos y maneras de cocinar, dándose la alimentación identitaria en el ámbito ceremonial mientras que la cotidiana quizás tienda a homologarse y estandarizarse.

Esta información es útil y clarifica muchos aspectos en cuanto a la percepción de salud por parte de los marroquíes. Sin embargo no es suficiente en cuanto a la DM y su manejo ya que solo alcanzaremos a intuir como ciertas actitudes y hábitos que vienen definidos culturalmente, por el contexto social y económico y por la religión, influenciarán en el manejo y autocuidado de la diabetes en esta población.

Se considera necesario conocer en profundidad qué causas atribuyen a la aparición de la diabetes y conocer y comprender así las estrategias utilizadas para afrontarla, conocer la influencia y el papel que juegan la comunidad, la familia y la religión ayudará a conocer si existe la necesidad de adecuar las pautas de cuidados a estos aspectos y cómo hacerlo. Es necesario también conocer los hábitos dietéticos tradicionales que mantienen, hasta qué punto han incorporado elementos de nuestra cultura, de que manera los combinan y si los adaptan y cómo a la DM.

El conocimiento y comprensión de estos aspectos permitiría diseñar intervenciones de atención y educación más congruentes con sus creencias y necesidades, con lo que se conseguirían resultados efectivos y se cumplirían las expectativas tanto del profesional sanitario como del paciente.[89–92]

Debido a todo esto y a que, no se encuentran en nuestro entorno estudios que, bajo el enfoque cualitativo, exploren en profundidad estos aspectos en relación con la DM en la

población marroquí asentada en nuestro entorno es por lo que se propone el presente trabajo etnográfico con inmigrantes diabéticos marroquíes.



## MARCO TEÓRICO

#### **4. MARCO TEÓRICO**

Etimológicamente el término etnografía proviene del griego “ethno” (tribu, pueblo) y de “grapho” (yo escribo) y significa el análisis del modo de vida de una raza o grupo de individuos, mediante la observación y descripción de lo que la gente hace, cómo se comportan y cómo interactúan entre sí, para así poder describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo estos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias. [93]

Es en el s.XIX cuando se constituyen formalmente las tres disciplinas etnografía, etnología y antropología. La relación existente entre ellas ha hecho que a menudo se les confundan y se hable de antropología social y cultural englobando a las otras dos. Autores, como Lévy-Strauss las considera tres partes diferentes del mismo proceso de investigación cultural. La etnografía sería la primera fase de descripción y análisis de lo observado de una cultura, la siguiente fase, la etnología, proporcionaría un análisis comparativo entre culturas y, finalmente, la antropología sería la que se encargaría de la creación de modelos y teorías para comprender la cultura. Por tanto la etnografía conformaría los pilares sobre los que se asienta la teoría antropológica. [94]

Este carácter descriptivo de la etnografía se encuentra desde la antigüedad, confundido entre diarios de viajeros, conquistadores y misioneros. Desde el s.V con las conquistas griegas del mediterráneo pasando por las conquistas de los romanos, la expansión de Europa al comercio con Asia tras la edad media y el descubrimiento de América por los españoles. Fue con la Ilustración cuando se empieza a dar un perfeccionamiento del método, y con el colonialismo del s.XX cuando se impulsa el interés de la antropología por las nuevas culturas exóticas de las colonias, sobre todo británicas. Es a partir de aquí cuando la etnografía adquiere un carácter empírico, dejando atrás el especulativo, basado en la observación del investigador. [94]

Más tarde, con la etnografía contemporánea, los estudios no sólo se limitan a comunidades primitivas y exóticas, sino que empieza a aplicarse la etnografía en contextos urbanos: barrios, comunidades, factorías, ciertos colectivos como inmigrantes, determinadas profesiones etc.

A pesar de que la etnografía contiene una dimensión descriptiva, esto no es impedimento para que se pueda llevar a cabo un proceso de análisis de la cultura observada. De esta manera la etnografía permite “*conocer la identidad étnica de la comunidad, de comprender la cultura como un todo orgánico y de verificar cómo esa cultura está viva y es eficaz en la resolución de los problemas de la comunidad*” [94]

Desde la etnografía se reconoce la particularidad de cada cultura, alejándose así de la visión etnocéntrica y del evolucionismo. No se pretende extraer hechos de la cultura estudiada de su contexto histórico o geográfico, para intentar generalizar, ya que esto se entiende como una reducción de la riqueza que aporta la realidad plural, sino que reconoce que cada grupo humano es distinto a otro en cuanto a sus adaptaciones al contexto en el que se encuentre, por lo que el sistema cultural que desarrolle cada grupo será único e irrepetible. [94]

La etnografía se presenta desde la perspectiva *emic*. El término *emic* hace referencia a la descripción e interpretación de los fenómenos desde la perspectiva del individuo o del grupo social que se estudia, lo que permite al investigador tener un conocimiento interno de la vida social del grupo que se estudia. El término *emic* está en contraposición al término *etic*, que se refiere a la visión u orientación que se tiene de un fenómeno desde el exterior.[95]

Para conseguir llegar a comprender estas normas o visiones “internas” del grupo, es necesario una permanencia relativamente persistente dentro del grupo a estudiar con el objetivo de conseguir su aceptación y confianza. Esto permite al investigador vivir en primera persona la realidad social del grupo, de esta manera podrá observar cómo acontecen las cosas en su estado natural y comprender los diferentes comportamientos que se dan en un determinado contexto. De esta experiencia y exploración de primera mano, el investigador podrá establecer categorías conceptuales y descubrir asociaciones entre los fenómenos observados permitiéndole establecer hipótesis, modelos y posibles teorías explicativas de la realidad objeto de estudio. Así la etnografía tiene un carácter inductivo.

Según la disciplina que aplique la etnografía las unidades sociales de estudio cambiarán, de esta manera y, aunque no existe una manera general de clasificar la etnografía, Boyle

lo hace en función de la unidad que se desea estudiar.[96] Esta autora propone cinco tipos de etnografía: *i) etnografías procesales*, en estas se describen diversos elementos de los procesos cuyo análisis puede ser, por un lado, funcional si se explica cómo ciertas partes de la cultura o de los sistemas sociales se interrelacionan dentro de un determinado lapso y se ignoran los antecedentes históricos. Por otro lado, diacrónico, si se pretende explicar los sucesos como resultado de sucesos históricos; *ii) etnografía holística o clásica*, es la que se enfoca en grupos amplios; *iii) etnografía particularista*, es la aplicación de la etnografía holística a grupos particulares o a una unidad social; *iv) etnografía de corte transversal*, en esta se realizan estudios de un momento determinado de los grupos investigados; *v) etnografía etnohistórica*, realiza un balance entre la realidad cultural actual como producto de los sucesos del pasado.

La etnografía focalizada es una de las muchas etnografías que han proliferando en los últimos años. Este tipo de etnografía ha surgido en el ámbito de las ciertas disciplinas de la salud orientadas a la comunidad como son la enfermería, la salud pública y el trabajo social. [97] La etnografía enfocada podríamos englobarla dentro de la etnografía particularista descrita por Boyle. Esta etnografía surge con la finalidad de contribuir al desarrollo del conocimiento y de la práctica enfermera, para esto se centra en las creencias y las conductas de salud de los individuos en un contexto determinado.

La etnografía enfocada es un tipo de estudio exploratorio de un problema o fenómeno en concreto en un contexto determinado. Se lleva a cabo en un tiempo limitado y con un grupo o comunidad específica y de pequeño tamaño. Los datos son recogidos mediante episodios de observación participante limitados a tiempos o a eventos determinados, combinado con entrevistas semiestructuradas o estructuradas. En general las entrevistas estarán limitadas al tema o a aspectos relacionados con él. Los participantes clave son seleccionados en base a los conocimientos y experiencias que tengan sobre el fenómeno en estudio, y no es necesario que compartan el mismo origen cultural pero sí normas comportamentales y un lenguaje común debido, por ejemplo, a que padecen la misma enfermedad. El producto final del trabajo etnográfico enfocada aporta información sobre los patrones de conducta normativas del grupo estudiado.

De esta manera el presente trabajo:

- Se centra en un grupo determinado en un contexto determinado, pacientes inmigrantes diabéticos de origen marroquí asentados en España.
- El trabajo se presenta desde la perspectiva emic del paciente. El trabajo va dirigido a explorar la percepción que el individuo tiene de la DM y de cómo en base a esto adecua las pautas de cuidado que requiere la enfermedad.
- Para conseguir comprender estas percepciones “internas” se realizarán observaciones en las consultas de enfermería del CAP y se realizarán entrevistas. Estas versarán en torno a la DM.
- Se considerará todo el contexto social y cultural que envuelve a los individuos de manera global y como aspectos que forman parte e influyen en la vivencia de la DM. Se considerarán estas experiencias y se partirán de ellas para la formación de ideas conceptuales y asociaciones. No se partirá de ideas ni de teorías preconcebidas.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

## **5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el significado de padecer DM en la población magrebí residente en España?

¿Cómo aceptan las pautas de autocuidado y control que exige la enfermedad?

Aunque en un estudio cualitativo no es necesario definir las hipótesis a priori y es posible que surjan otras durante el estudio, se espera que:

- La vivencia de enfermedad crónica está condicionada por factores socioculturales y la población magrebí inmigrante en España tiene creencias y percepciones sobre la enfermedad diferentes a la población autóctona.
- Si se conocen las creencias, percepciones sobre la enfermedad, actitudes y valores, se podrá planificar una intervención de atención y educación más adecuada a sus necesidades.

## **OBJETIVO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**



## **6. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

1. Conocer las creencias, percepciones sobre la enfermedad, actitudes y valores, que tiene la población marroquí con DM residente en España.
2. Conocer las características culturales de sus hábitos alimentarios, y cómo adaptan éstos a la diabetes.
3. Conocer la percepción que tienen sobre las pautas y guías ofrecidas por el personal de enfermería de AP para el manejo de la DM.

## **METODOLOGÍA**

## 7. METODOLOGÍA:

La metodología que responde a los objetivos planteados es la metodología cualitativa. Los métodos cualitativos enfatizan conocer la realidad desde una perspectiva de *insider*, es decir, de captar el significado particular que a cada hecho le atribuye su propio protagonista, y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático. [98]

La metodología cualitativa respalda el paradigma constructivista (hermenéutico o naturalista), el cual está basado en el conocimiento que nos ayuda a mantener la vida cultural, nuestra comunicación y significado simbólicos. La lógica de la metodología cualitativa sigue un proceso circular que parte de una experiencia que se trata de interpretar en su contexto y bajo los diversos puntos de vista de los implicados.[99]

El constructivismo surge contra el objetivismo, contra el realismo empírico. Citando a Schwandt, Vallés dice: *“La realidad, la verdad, no solo se descubren sino que se construyen; son producto de prácticas discursivas complicadas”*. Vallés continúa citando a Bruner: *“ en contra del sentido común, no hay un único mundo real que preexista y sea independiente de la actividad mental humana y del lenguaje simbólico humano.”* [99]

De esta manera, se puede decir que el enfoque de la investigación cualitativa se basa en una visión del mundo que parte de los siguientes posicionamientos: [100]

- No existe una realidad única.
- La realidad se basa en percepciones, es diferente para cada persona y cambia con el tiempo.
- Aquello que conocemos tiene significado solamente en una situación o contexto dado.

### **7.1 Diseño del estudio.**

El proyecto que se plantea es un estudio cualitativo desde el enfoque de la etnografía enfocada o particularista.

## 7.2 Muestra:

Se realizará un muestreo intencional opinático para la selección de participantes a los que realizar las entrevistas.

Se realizará en base al criterio de oportunidad. [101] Los participantes seleccionados serán personas de origen marroquí que estén diagnosticados de DM tipo 2. Deberán ser capaces de entender y expresarse en castellano. Su lugar de residencia habitual será la ciudad de Barcelona y estarán registrados en los CAPs del distrito de Ciutat Vella.

Se descarta la idea de utilizar intérpretes debido a que se considera que supondrían más desventajas que ventajas al existir la posibilidad de que no traduzcan exactamente el significado afectivo y la expresión de los participantes, no dando respuestas literales sino un resumen de las declaraciones.[101]

El objetivo del estudio es explorar su experiencia de la DM en el contexto actual, asentados en la ciudad de Barcelona, lo que implica la existencia de un bagaje cultural, pero también de cierta aculturación o adaptación a nuevos hábitos de vida característicos de España. El interés es saber cómo influye todo esto (en el caso que se de) en las personas y en su adecuación a la diabetes, y no exclusivamente en los aspectos culturales originales. Es por esto que no se considera relevante el hecho de que sean personas recién llegadas. Por esto se considera, que los participantes lleven al menos un año viviendo en España, al considerarse éste el tiempo adecuado en el que puedan darse ya estrategias de adaptación.

La estrategia de reclutamiento de los participantes será a través de los profesionales de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales) que trabajan en los CAP. Dichos profesionales contactarán con los participantes que cumplan los criterios antes descritos al acudir a las consultas de AP. A partir de los primeros entrevistados se considerará también realizar un muestro nominado de bola de nieve, consistente en que los participantes entrevistados puedan reclutar a conocidos que cumplan los criterios de inclusión. [98]

Se tendrá en cuenta en todo momento la idoneidad y representatividad de la muestra [98] según la información que se vaya obteniendo durante todo el proceso de recogida

de datos. El muestreo finalizará cuando por criterio de saturación de datos se considere se ha alcanzado la suficiente cantidad de datos como para que se pueda desarrollar una descripción completa y rica del tema de estudio. [101]

Se considera un tamaño de muestra inicial de 20 participantes, sin embargo como estudio cualitativo, se tendrá en cuenta que la muestra puede evolucionar y cambiar conforme se vaya avanzando en el proceso de obtención y análisis de datos. [98,101]

### 7.3 Entrada en el Campo

Antes de situarnos en contexto se quiere hacer alusión al término Magreb para encuadrar el uso que se hace en el estudio. La palabra Magreb se ha usado tradicionalmente para referirse al Norte de África. Etimológicamente significa “la parte más occidental del mundo Árabe” (Poniente] y la parte opuesta (Levante) se denomina Mashreq. El Magreb comprende Marruecos, Túnez y Argelia, aunque en los últimos años se incluye también Mauritania, Sahara Occidental y Libia. Este estudio se centrará en la población marroquí.

El ámbito en el que se va a llevar a cabo el estudio es en la ciudad de Barcelona, en concreto en el distrito de Ciutat Vella donde se encuentran asentados la gran parte de los inmigrantes marroquíes que viven en Barcelona, un 22.8%. El perfil demográfico de la población marroquí muestra un predominio masculino, un 58,8% son hombres frente al 41,2 % de mujeres. [43]

Los perfiles migratorios son diferentes en función del sexo: los motivos de migración de los hombres son principalmente económicos, mientras que los de las mujeres son de índole familiar.

La edad media de esta población es de 30 años, perteneciendo el 42,4% de los marroquíes al grupo de edad de entre 25-39 años.

El perfil de escolarización suele ser bajo, la mayoría, un 52,1%, tienen estudios primarios.

En relación a la situación laboral, el empleo típico entre la población marroquí se registra en ocupaciones poco cualificadas, de carácter manual y con contratación temporal, lo que se refleja en el menor nivel de ingresos de los inmigrantes marroquíes. Ante la actual situación de crisis, la situación de precariedad laboral ha aumentado en esta población debido al aumento de personas marroquíes en paro. Aún así, esta situación de crisis no ha producido ni un cese masivo de la inmigración, ni mucho menos un proceso de salida masivo. [83,102]

#### **7.4 Técnica de recogida de datos:**

Las técnicas que se utilizarán para la recogida de datos serán la observación participante, las entrevistas semiestructuradas individuales y las notas de campo.

##### Observación Participante

La observación participante es uno de los enfoques más comunes de recogida de datos en investigación cualitativa, y es fundamental dentro de la etnografía. [101]

La observación añade amplitud a la investigación y proporciona respuestas a cuestiones contextuales que no pueden ser respondidas solo mediante la entrevista. [101] Mediante la observación el investigador espera obtener una descripción precisa y detallada del contexto, además de estar enfocada también a captar las reacciones y actitudes de los participantes en dicho contexto. La observación requiere de una sensibilidad hacia las expresiones faciales así como al lenguaje corporal de los participantes. [101]

El contexto en el cual se llevará a cabo la observación será en las consultas de enfermería de los CAPs incluidos en el estudio y en las sesiones de educación diabetológica para pacientes que se realicen en dichos centros y en las que participen pacientes marroquíes. La investigadora tratará de identificar posibles reacciones y dudas que se den en las personas marroquíes ante las pautas ofrecidas por la educadora en diabetes tanto en las sesiones educativas grupales como en las individuales que se den en la consulta de enfermería.

Se llevará a cabo, también, la observación durante todo el proceso que dure la entrevista a los participantes.

Previo a cada una de las sesiones de observación, la investigadora elaborará un esquema para identificar los elementos de posible interés a observar. La información obtenida mediante la observación se recogerá a través del diario de campo y de anotaciones por parte de la investigadora.

##### Entrevistas:

Otra estrategia de recogida de datos será la entrevista, entendida ésta como: *“Encuentros reiterados , cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto*



*de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias vidas.”*  
[98]

Dado que el objetivo es obtener respuestas subjetivas, sinceras y emocionales por parte de los participantes el tipo de entrevista que se considerará será la entrevista semi-estructurada individual a informantes clave.

Con las entrevistas semi-estructuradas se pretende proporcionar libertad al participante para que responda y se exprese de manera sincera y subjetiva, minimizando en todo lo posible la objetividad de la investigadora. De todos modos es necesario cierta estructuración de la entrevista con el fin de asegurar que se trabajan todos los temas relevantes para la investigación. Para esto la investigadora entrará en todas las entrevistas con un guión diseñado previamente sobre los temas a tratar durante la entrevista. La investigadora será flexible en modificar dicho guión, ya que tras los primeros resultados se pueden detectar temas relevantes que no habían sido tenidos en cuenta o mejoras para las siguientes entrevistas. Se tendrá en cuenta dicha modificación del guión tanto para futuras entrevistas como durante la entrevista en sí. [95]

Durante las entrevistas la investigadora mantendrá una actitud activa, escuchando atentamente como se relacionan las respuestas con el tema de investigación, atendiendo siempre al desarrollo y forma que va tomando la entrevista. Se garantizará que no se den distorsiones ni distracciones durante el tiempo que dure la entrevista.

Las entrevistas se llevarán a cabo en los domicilios de los participantes por considerarse el lugar más idóneo para favorecer la comodidad y confianza del participante para expresarse abiertamente. Así también se pretende evitar que relacione a la investigadora con el personal de los centros de salud, pudiendo así, inhibir las respuestas relacionadas con la percepción de las pautas recomendadas para la enfermedad por el personal de enfermería de los centros de atención primaria.

No obstante, esto será así siempre que así lo quiera el participante. En todo momento se tendrá en cuenta la preferencia del participante del lugar para realizar la entrevista y así garantizar una relación íntima y de confianza rápidamente. [101] Existirá la posibilidad de realizar las entrevistas en una estancia del CAP si así lo prefiere el participante. Del

mismo modo la investigadora estará siempre pendiente de la comodidad del participante durante la entrevista, del ritmo y el cansancio de éste.

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 90 minutos , pudiéndose aplazar y finalizar en otro momento en caso que se detecte cansancio en los participantes. En caso que sea necesario corroborar o clarificar datos durante el análisis, se pactará una segunda entrevista con los participantes.

Las entrevistas las llevará a cabo una única persona, la investigadora principal, con lo que se pretende evitar diferencias en la recolección de datos y el análisis.

Todas las entrevistas serán grabadas en formato audio y posteriormente transcritas.

Notas de Campo:

Finalmente se complementará la recogida de datos de las entrevistas y la observación con notas de campo. Se procederá a anotar todas las observaciones que la investigadora haya podido realizar, describiendo cualquier factor del ambiente, acontecimientos que pudieran darse, breves fragmentos de conversación, expresiones no verbales, así como reflexiones, sentimiento, pensamientos, puntos a recordar, ideas o momentos de confusión experimentados por la investigadora. [101] De esta manera las notas de campo proporcionarán una oportunidad a la investigadora para clarificar los propios pensamientos y para planear el siguiente paso en el proceso del trabajo de campo.

Las notas de campo se registrarán durante o inmediatamente después de las sesiones de observación y entrevista. Se evitará discutir sobre las observaciones hasta que estén registradas y se contará con el lugar y el tiempo adecuado para llevarlas a cabo.[101]

## 7.5 Análisis de Datos

En la investigación cualitativa, cuando se hace referencia al análisis de datos, se hace referencia al “proceso de análisis” ya que el análisis de datos no corresponde a una etapa concreta de la investigación sino que empieza desde el momento del diseño de la investigación (formulación de hipótesis, definición de los participantes, decisión de métodos de recogida de datos etc) y finaliza con la redacción del informe final de la investigación. El proceso de recogida de datos y de análisis forman un ciclo interactivo y cíclico. El hecho de que ambos procesos estén entrelazados contribuye a la dinamización del trabajo de campo ya que permite pensar en los datos existentes y en la búsqueda de estrategias para la recolección de nuevos y mejores datos. De esta manera se da una interacción continua entre la recogida y el análisis de datos hasta que se alcanza la saturación. [101,103]

La finalidad del análisis será confirmar las teorías que tratan el tema que se estudia, comprobar si existe relación entre las hipótesis planteadas y la información recogida y determinar si emergen aspectos nuevos que no se habían tenido en cuenta.

En el presente proyecto de investigación, el análisis se hará en base al contenido de las entrevistas realizadas y las notas de campo siguiendo las etapas propuestas por Miles y Huberman:

1. Reducción de datos
2. Disposición y transformación de los datos
3. Obtención de resultados y verificación de conclusiones

Tras cada entrevista y observación que se realice la investigadora realizará anotaciones y comentarios reflexivos sobre lo escuchado y observado. Puede ser información sobre el entorno o contexto, expresiones, actitudes, características de la persona, conexiones con otros datos, información no comprendida, puntos ciegos etc.

Conforme se vayan llevando a cabo las entrevistas, éstas serán transcritas. Se realizarán lecturas repetidas y en profundidad del material obtenido, subrayando y anotando posibles significaciones de esos discursos para los participantes. Se identificarán palabras, frases o párrafos que expresen las percepciones e ideas de los participantes y se consideren tengan una significación destacable con el interés de este estudio. [101] Estos datos se irán organizando de manera que su agrupación sea significativa para poder, después, formar categorías.

A cada uno de estos fragmentos se les asignara un código que permitirá más tarde identificar y recuperar estos fragmentos. Se realizarán lecturas detalladas de la información disponible. Se irán reagrupando aquellos “trozos” que compartan un mismo significado. Esto llevará a la identificación de temas que describan la esencia de la experiencia, percepción, adaptación y afrontamiento a la diabetes, aspectos que se pretenden explorar en este estudio. De esta manera se irán organizando y comprimiendo los datos codificados en categorías buscando las relaciones entre los diferentes elementos que conforman cada uno de los grupos de significado.

Las categorías serán dispuestas de manera que se consiga una visualización total de los datos permitiendo identificar las relaciones existentes entre ellos. Para esto se organizarán los datos en un diagrama. [103]

Los datos serán presentados en forma narrativa, explicando y relacionando la información obtenida con las teorías existentes sobre el tema de estudio. La narración se apoyará en fragmentos textuales del discurso de los participantes para así ilustrar y confirmar la relación entre los conceptos teóricos y los datos.

Para el procesamiento de los datos durante el proceso de análisis se utilizará el software para análisis de datos cualitativos NVivo. Los códigos serán asignados por la investigadora igual que en el análisis manual, pero el software permitirá la indexación automática, la búsqueda y la creación de subcódigos, permite así manejar un conjunto grande datos para ser analizados y organizados con mayor facilidad.

## **CRITERIOS DE VALIDEZ Y RIGOR**

## 8. CRITERIOS DE VALIDEZ Y RIGOR.

Para garantizar el rigor del presente estudio la investigadora se basará en los 4 criterios de rigor descritos por Guba Y Lincoln. [104]

- **Credibilidad:** referido a la validez interna. Alude a la veracidad de los descubrimientos de la investigación y hace referencia a la necesidad de que exista una relación entre los resultados y las percepciones que los sujetos tienen de la realidad estudiada.
  - Se garantizará la veracidad del estudio teniendo en cuenta la saturación de datos durante el proceso de recogida de datos.
- **Transferibilidad:** Se refiere a la validez externa o generalización. Es decir el grado de aplicabilidad de los resultados a otros contextos culturales, sociales, temporales y espaciales que poseen características similares.
  - Se pretende alcanzar este criterio mediante una descripción detallada en la redacción del informe demostrando la veracidad de éste mediante la aportación de datos que fundamentan los criterios del estudio. Se ofrecerá también una descripción exhaustiva y densa de los datos del estudio, de las características de los participantes, del escenario donde se lleva a cabo la investigación, del diseño del estudio etc.
- **Dependencia o Consistencia:** este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos, para que de esta manera pueda ser transferido por otros investigadores.
  - Se pretende alcanzar el criterio de dependencia aportando una descripción exhaustiva de todo el proceso de investigación.
  - Otra manera por la que se garantizará este criterio será mediante la contrastación de los datos, a través de la triangulación de investigadores.
- **Confirmabilidad:** este criterio hace referencia a la neutralidad de la investigadora durante todo el proceso de investigación.

- Para garantizar la confirmabilidad de este estudio se tendrá en cuenta el proceso reflexivo que la investigadora lleve a cabo durante toda la investigación y si éste ha podido influir y cómo lo ha hecho en el estudio. En este punto nos referimos a reflexividad como un: “*Pensamiento cuidadoso, auto-conocimiento consciente que permite analizar y evaluar las influencia de las respuestas subjetivas, la dinámica intersubjetiva y el proceso de investigación.*” [103] Todo esto quedará patente en las notas y el diario de campo de la investigadora.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**



## 9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En relación a las consideraciones éticas del estudio se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Consentimiento informado

Se le entregará a cada participante una hoja informativa (Anexo I) y un consentimiento informado que deberán devolver a la investigadora firmado (Anexo II). El consentimiento informado tiene la finalidad de que cada uno de los participantes cuente con la suficiente información para realizar una decisión informada de participar o no en el estudio.

La imposibilidad de predecir, tanto por parte del investigador como por parte del participante, cómo los datos se van a presentar en el transcurso de las entrevistas y las observaciones es algo frecuente en los estudios cualitativos, debido a la naturaleza abierta y emergente de los métodos que se utilizan. [105,106] En el estudio los participantes van a tener que hablar de sentimientos y creencias personales, esto podrá dar lugar a reacciones y emociones inesperadas en el proceso de las entrevistas u observaciones. Es por esto que se tendrá en cuenta la idea de “consentimiento continuo”, [107] se reevaluará constantemente al participante, detectando cualquier consecuencia negativa que le pueda suponer la entrevista o la observación. En todo momento se le informará y preguntará oralmente sobre su bienestar, recordándole que puede retirarse del estudio en cualquier momento de la investigación.

- Confidencialidad y Anonimato

La investigadora se compromete a garantizar la confidencialidad respecto a la identidad de cada participante y a mantener los registros de la investigación a recaudo para asegurar el anonimato de los participantes del estudio. Tan solo la investigadora principal tendrá acceso a las copias de los documentos y grabaciones de este estudio. Los nombres y datos que permitirán identificar a los participantes sólo constarán en un archivo informático al que sólo tendrán acceso la investigadora. Durante las grabaciones sólo se utilizará el nombre de pila del participante y las grabaciones serán destruidas completamente al finalizar el estudio. Los hallazgos de

este estudio sólo podrán ser publicados o presentados en reuniones científicas sin revelar la identidad de sus participantes.

- Comité de ética

Se buscará la valoración y aprobación del estudio por un comité de ética.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

## **10.LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Se pueden prever dificultades relacionadas con la obtención de participantes clave necesarios. Podría darse el caso de no detectar el número necesario de personas que quieran participar en el estudio debido, precisamente, a que no exista percepción de enfermedad.

Se contempla la posibilidad de un acceso difícil a los participantes de sexo masculino por razones culturales de género debido a que la investigadora principal es de sexo femenino.

## **CRONOGRAMA**

## **11. CRONOGRAMA**

El trabajo estará organizado en 4 fases.

En la primera fase, tras la revisión de la literatura se empezará definiendo los objetivos del proyecto y redactando el marco teórico

En una segunda fase, se reflexionará y seleccionarán los instrumentos necesarios relacionados con la recogida de datos, análisis de datos etc. Se realizará el escrito del diseño del proyecto de investigación.

Será en la tercera fase cuando la investigadora realice la entrada al campo. Tras la derivación de los participantes por parte de los profesionales de los CAP, se contactará con ellos, se les solicitará el consentimiento informado a cada uno de los que quieran participar. Se irán realizando las entrevistas y al mismo tiempo analizando los datos que se vayan obteniendo. Se seguirá este proceso hasta que se alcance la saturación de datos. Se valorará la necesidad de modificaciones en el diseño del estudio conforme el estudio avance. Se generarán resultados y conclusiones. Se solicitará a otros investigadores que realicen también el análisis de datos, contrastando de esta manera los resultados y conclusiones.

Finalmente en la cuarta fase se redactará el informe final con los resultados y conclusiones del estudio

ETAPA DEL PROYECTO	PERIODO DE TIEMPO (En meses y semanas)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	( 1ª Fase )								
Revisión literatura									
Definición objetivos									
Redacción marco teórico									
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	( 2ª Fase )								
Selección contexto/estrategias									
Escritura proyecto									
<b>TRABAJO DE CAMPO</b>	( 3ª Fase )								
Entrada en el campo									
Observaciones+Entre vistas									
Recogida datos+Análisis simultaneo									
Modificación protocolos recogida datos									
Informes preliminares+ Contrastación									
Salida del campo +Análisis intenso									
<b>ELABORACIÓN INFORME</b>	( 4ª Fase )								
Redacción informe definitivo+Conclusión									
Presentación trabajo									

## **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**



## **12. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Lo que se sabe hasta ahora es que:

- Existe mayor prevalencia de DM tipo 2 entre población perteneciente a minorías étnicas asentadas en países desarrollados en comparación con la población autóctona. Entre ellos el colectivo marroquí en España.
- El tratamiento de la DM tipo 2 requiere de una correcta adherencia al tratamiento farmacológico así como a una serie de medidas higiénico dietéticas (dieta y ejercicio)
- La cultura afecta a la interpretación y experiencia que se tenga de la enfermedad y en cómo esto influye en el manejo que cada persona tenga de ella moldeando así las conductas de autocuidado.

Lo que se pretende aportar con este estudio:

- La exploración de las creencias, percepciones, actitudes y valores que sobre la DM tipo 2 tiene la población marroquí en España. Ello permitirá planificar una intervención de atención y educación más acorde a las necesidades de esta población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;(27):1047–53.
2. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for type 2 diabetes: recommendations for standard, comprehensive and minimal care. *Diabet Med*. 2006;(23):579–93.
3. WHO. Preventing chronic diseases: A vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
4. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 4th ed. 2009. Available from: <http://www.eatlas.idf.org/prevalence/>
5. Oldoryd J, Banerjee M, Cruicksank K. Diabetes and ethnic minorities. *Postgrad Med J*. 2005;(81):486–90.
6. Ujcic-Voortman J, Schram M, Jacobs-van der Bruggen M, Verhieff A, Baan C. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *European Journal of Public Health*. 2009;19(5):511–5.
7. Radha V, Vimalaswaran K, Deepa R, Mohan V. The genetics of diabetes mellitus. *Indian J Med Res*. 2003;(117):225–38.
8. Instituto Nacional de Estadística. Avance del padrón municipal a 1 enero 2012. Datos provisionales. [Internet]. 2012. Available from: <http://www.ine.es/es>
9. Finucane ML, McMullen CK. Making diabetes self-management education culturally relevant for Filipino Americans in Hawaii. *Diabetes Educ*. 2008;34(5):841–53.
10. Kohinor MJE, Stronks K, Nicolaou M, Haafkens JA. Considerations affecting dietary behaviour of immigrants with type 2 diabetes: a qualitative study among Surinamese in the Netherlands. *Ethn Health*. 2011 Jun;16(3):245–58.
11. Roca M, Castaño A, López C, Lpoez M. Diabetes en un centro de salud entre españoles e inmigrantes. *Pharmacy Practice*. 2006;4(2):79–82.
12. Sánchez G, Baile JL, Amirola I, Béjar M. ¿Existen diferencias clínicas y metabólicas entre diabéticos inmigrantes y autóctonos? *Aten Primaria*. 2011; Available from: <http://www.elsevier.es> doi:10.1016/j.aprim.2011.03.004
13. WHO. Health statistics and health information systems. Projections of mortality and burden of diseases 2004-2030. Geneva.: World Health Organization; Available from: ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/projections/en/index](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index)
14. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action [Internet]. Geneva: Noncommunicable Diseases and Mental Health World Health Organization; 2002. Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/>
15. OMS. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud; 2005.
16. WHO. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. Part1: Diagnosis and clasification of diabetes mellitus. World Health Organization; 1999.
17. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. 1998 Sep;21(9):1414–31.
18. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*. 2005 Nov 29;366(9496):1578–82.
19. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012 Jan;55(1):88–93.
20. Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social;

21. Manuel DG, Schultz SE. Health-related quality of life and health-adjusted life expectancy of people with diabetes in Ontario, Canada, 1996-1997. *Diabetes Care*. 2004 Feb;27(2):407–14.
22. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GEHM, Wolffenbuttel BHR, Niessen LW. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2002 Mar;25(3):458–63.
23. Coffey JT, Brandle M, Zhou H, Marriott D, Burke R, Tabaei BP, et al. Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*. 2002 Dec;25(12):2238–43.
24. Goday A, Delgado E, Díaz Cadórniga F, De Pablos P, Vázquez J A, Soto M. Epidemiología de la diabetes tipo 2 en España. *Endocrinol Nutr*. 2002;49(4):113–26.
25. Generalitat de Catalunya. Registre de mortalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona; 2002.
26. Zhang P, Zhang X, Brown J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87(3):293–301.
27. Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. [The cost of type 2 diabetes in Spain: the CODE-2 study]. *Gac Sanit*. 2002 Dec;16(6):511–20.
28. WHO/IDF Consultation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Geneva: World Health Organization; 2006.
29. IDF. Global Guideline for Type 2 Diabetes. International Diabetes Federation; 2005.
30. Neel JV, Weder AB, Julius S. Type II diabetes, essential hypertension, and obesity as “syndromes of impaired genetic homeostasis”: the “thrifty genotype” hypothesis enters the 21st century. *Perspect. Biol. Med*. 1998;42(1):44–74.
31. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;359(24):2560–72.
32. Stratton IM, Adler AL, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000;321(7253):405–12.
33. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(suppl 1):S11–61.
34. Service FJ, O’Brien PC. The relation of glycaemia to the risk of development and progression of retinopathy in the Diabetic Control and Complications Trial. *Diabetologia*. 2001;44(10):1215–20.
35. Pastors JG, Warshaw H, Daly A, Franz M, Mulkarni K. The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care*. 2002;25(3):608–13.
36. Franz MJ, Monk A, Barry B, McClain K, Weaver T, Cooper N, et al. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. *J Am Diet Assoc*. 1995;95(9):1009–17.
37. Sigal RJ, Kenny GP, Wasserman DH, Castaneda-Sceppa C, White RD. Physical activity/exercise and type 2 diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2006;29(6):1433–8.
38. Ruderman N, Chisholm D, Pi-Sunyer X, Schneider S. The metabolically obese, normal-weight individual revisited. *Diabetes*. 1998;47(5):699–713.
39. Vazquez JA, Gaztambide S, Sot-Pedre E. Estudio prospectivo a 10 años sobre la incidencia y factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc)*. 2000;115(5):534–9.
40. IDF. United for Diabetes Campaign: Key messages. [Internet]. International Diabetes Federation; 2007. Available from: [http://www.unitedfordiabetes.org/assets/files/UNR\\_key\\_](http://www.unitedfordiabetes.org/assets/files/UNR_key_)

messages\_20060828.pdf.

41. WHO. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programme for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. WHO Working Group; 1998.
42. Figuerola D. Manual de Educación Terapéutica en Diabetes. Diaz de Santos. España; 2010.
43. Ajuntament de Barcelona. Informes estadístics. La població estrangera a Barcelona. Generalitat de Catalunya; 2011.
44. Abate N, Chandalia M. The impact of ethnicity on type 2 diabetes. *J. Diabetes Complicat.* 2003 Feb;17(1):39–58.
45. Hara H, Egusa G, Yamakido M, Kawate R. The high prevalence of diabetes mellitus and hyperinsulinemia among the Japanese-Americans living in Hawaii and Los Angeles. *Diabetes Res Clin Pract.* 1994;24(Supl):37–42.
46. Cappuccio FP, Cook DG, Atkinson RW, Strazzullo P. Prevalence, detection, and management of cardiovascular risk factors in different ethnic groups in south London. *Heart.* 1997 Dec;78(6):555–63.
47. Cappuccio FP. Ethnicity and cardiovascular risk: variations in people of African ancestry and South Asian origin. *J Hum Hypertens.* 1997 Sep;11(9):571–6.
48. Wändell PE, Gåfväls C. High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden. *Prim Care Diabetes.* 2007 Feb;1(1):13–6.
49. Wändell PE, Hjörleifsdóttir Steiner K, Johansson SE. Diabetes mellitus in Turkish immigrants in Sweden. *Diabetes Metab.* 2003 Sep;29(4 Pt 1):435–9.
50. Weijers RN, Bekedam DJ, Oosting H. The prevalence of type 2 diabetes and gestational diabetes mellitus in an inner city multi-ethnic population. *Eur. J. Epidemiol.* 1998 Oct;14(7):693–9.
51. Uitewaal PJM, Manna DR, Bruijnzeels MA, Hoes AW, Thomas S. Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors, and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe: a systematic review. *Prev Med.* 2004 Dec;39(6):1068–76.
52. Foliaki S, Pearce N. Prevention and control of diabetes in Pacific people. *BMJ.* 2003 Aug 23;327(7412):437–9.
53. Lanting LC, Joung IMA, Mackenbach JP, Lamberts SWJ, Bootsma AH. Ethnic differences in mortality, end-stage complications, and quality of care among diabetic patients: a review. *Diabetes Care.* 2005 Sep;28(9):2280–8.
54. Chaturvedi N, Jarrett J, Morrish N, Keen H, Fuller JH. Differences in mortality and morbidity in African Caribbean and European people with non-insulin dependent diabetes mellitus: results of 20 years follow up of London cohort of a multinational study. *BMJ.* 1996;313(7061):848–52.
55. Morató J, Canadell J, Martínez MC, Patitucci MF, Artal E, Franch J. El control metabólico en pacientes diabéticos inmigrantes. *Av Diabetol.* 2010;26:107–11.
56. Nwasuruba C, Khan M, Egede LE. Racial/ethnic differences in multiple self-care behaviors in adults with diabetes. *J Gen Intern Med.* 2007 Jan;22(1):115–20.
57. Schectman JM, Nadkarni MM, Voss JD. The association between diabetes metabolic control and drug adherence in an indigent population. *Diabetes Care.* 2002 Jun;25(6):1015–21.
58. Adams AS, Trinacty CM, Zhang F, Kleinman K, Grant RW, Meigs JB, et al. Medication adherence and racial differences in A1C control. *Diabetes Care.* 2008 May;31(5):916–21.
59. UKPDS 55: Relationship between ethnicity and glycemic control, lipid profiles and blood pressure during the first 9 years of type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2001;(24):1167–74.

60. Franch J, Martin R, Rus N, Carrillo C, Mérida AM, Morató J. Diabetes Mellitus en inmigrantes indostanos jóvenes. Un estudio descriptivo. *Endocrinol Nutr.* 2008;55:454–8.
61. Barrot de la Puente J. Diabetes e Inmigración. *Diabetes Practica.* 2011;2(1):7–13.
62. Joffe B, Zimmet P. The thrifty genotype in type 2 diabetes: an unfinished symphony moving to its finale? *Endocrine.* 1998 Oct;9(2):139–41.
63. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature.* 2001 Dec 13;414(6865):782–7.
64. Whincup PH, Gilg JA, Papacosta O, Seymour C, Miller GJ, Alberti KGMM, et al. Early evidence of ethnic differences in cardiovascular risk: cross sectional comparison of British South Asian and white children. *BMJ.* 2002 Mar 16;324(7338):635.
65. Razak F, Anand SS, Shannon H, Vuksan V, Davis B, Jacobs R, et al. Defining obesity cut points in a multiethnic population. *Circulation.* 2007 Apr 24;115(16):2111–8.
66. Knowler WC, Saad MF, Pettitt DJ, Nelson RG, Bennett PH. Determinants of diabetes mellitus in the Pima Indians. *Diabetes Care.* 1993 Jan;16(1):216–27.
67. Moreno-Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública Méx.* 2007;49(1).
68. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. La educación para la salud: la importancia del concepto. *Revista Educación Desarrollo.* 2004;(1).
69. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness and Care. *Ann Int Med.* 1978;(88):251–8.
70. Kenny M. Valores sociales y salud. *Antropología Médica en España.* Anagrama. Barcelona; 1980.
71. Leininger M. *Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing.* New York: National League for Nursing; 1991.
72. Leininger M. *Caring: an essential human need.* New Jersey: Charles B Slack Inc. Library of Congress; 1981.
73. Hjelm KG, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin. *J Adv Nurs.* 2005 Apr;50(1):47–59.
74. Chun KM, Chesla CA. Cultural issues in disease management for chinese americans with type 2 diabetes. *Psychol Health.* 2004;19:767–85.
75. Grace C, Begum R, Subhani S, Kopelman P, Greenhalgh T. Prevention of type 2 diabetes in British Bangladeshis: qualitative study of community, religious, and professional perspectives. *BMJ.* 2008;337:a1931.
76. Brown SA, Blozis SA, Kouzekanani K, Garcia AA, Winchell M, Hanis CL. Health beliefs of Mexican Americans with type 2 diabetes: The Starr County border health initiative. *Diabetes Educ.* 2007 Apr;33(2):300–8.
77. Mu'Min Chowdhury A, Helman C, Greenhalgh T. Food beliefs and practices among British Bangladeshis with diabetes: Implications for health education. *Anthropology & Medicine.* 2000 Aug;7(2):209–26.
78. Lawton J, Ahmad N, Hanna L, Douglas M, Bains H, Hallowell N. “We should change ourselves, but we can’t”: accounts of food and eating practices amongst British Pakistanis and Indians with type 2 diabetes. *Ethn Health.* 2008 Sep;13(4):305–19.
79. Ponzio MG, Gucciardi E, Weiland M, Masi R, Lee R, Grace SL. Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. *Behav Med.* 2006;31(4):153–60.
80. Instituto Nacional de Estadística. Avance del padrón municipal a 1 de enero de 2011. Datos provisionales. 2011.
81. Taller de Estudios Internacionales Mediterráneos. Observatorio de la Inmigración Marroquí en España. Atlas de la inmigración marroquí en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. Available from: <http://www.uam.es/otroscentros/TEIM/Observainmigra/Atlas%202004%20inicio.htm>

82. IOÉ. El impacto de la crisis económica en la situación laboral de los inmigrantes marroquíes en España. Casa árabe e instituto internacional de estudios árabes y del mundo musulmán.: Colectivo IOÉ; 2010. Available from: [http://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones\\_articulos/show/id/114](http://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_articulos/show/id/114)
83. Migracat. La inmigració en xifres. Nou cicle migratori. Secretaria per a la immigració; 2010. Report No.: 6.
84. Casado I, Valenzuela H. Representaciones de la salud en poblaciones musulmanas: Aproximación etnográfico-comparativa a inmigrantes Pakistaníes e Imazighen de Marruecos. Aproximaciones teóricas y alicadas en las relaciones entre los ámbitos del parentesco y a atención a la salud intercultural.
85. Gentil I. Educación para la salud a inmigrantes marroquíes. *Cultura Cuidados*. 2005;IX(17).
86. Gentil I. Consideraciones para la práctica de cuidados a inmigrantes marroquíes. *Cultura Cuidados*. 2007;XI(22).
87. Abu-Shams L. La alimentación como signo de identidad cultural entre los inmigrantes marroquíes. *Zainak*. 2008;(30):177–93.
88. Montoya PP, Torres AM, Torija ME. La alimentación de los inmigrantes marroquíes de la Comunidad de Madrid: factores que influyen en la selección de los alimentos. *Atencion Primaria*. 2001;27(4).
89. Utz SW, Williams IC, Jones R, Hinton I, Alexander G, Yan G, et al. Culturally tailored intervention for rural African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2008;34(5):854–65.
90. Gucciardi E, Demelo M, Lee RN, Grace SL. Assessment of two culturally competent diabetes education methods: individual versus individual plus group education in Canadian Portuguese adults with type 2 diabetes. *Ethn Health*. 2007;12(2):163–87.
91. Hawthorne K. Effect of culturally appropriate health education on glycaemic control and knowledge of diabetes in British Pakistani women with type 2 diabetes mellitus. *Health Educ Res*. 2001;16(3):373–81.
92. Brown SA, Garcia AA, Kouzekanani K, Hanis CL. Culturally competent diabetes self-management education for Mexican Americans: the Starr County border health initiative. *Diabetes Care*. 2002;25(2):259–68.
93. Martínez MM. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual Teórico-Práctico. México: Trillas; 1996.
94. Aguirre A. Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Boixaureu Universitaria; 1995.
95. Atkinson P, Hammersley M. Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1994.
96. Boy J. Styles of ethnography. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks:SAGE; 1994.
97. Muecke MA. On the evaluations of ethnographies. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks:SAGE; 1994.
98. Olabuénaga JL. Metodología de la investigación cualitativa. 4ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
99. Vallés M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2007.
100. Burns N, Grove SK. Investigación en Enfermería. 3ª ed. ELSEVIER; 2004.
101. Morse JM, Field PA. Qualitative Research Methods for Health Professionals. 2ed ed. London: SAGE; 1995.
102. Pajares M. Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2010. Barcelona: Observatorio permanente de la inmigración; 2010. Available from: <http://www.migracat.cat/cercar/paraula/inmigracio%20i%20salut>

103. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2nd ed. London: SAGE Publications; 1995.
104. Lincoln YS, Guba EG. Fourth Generation Evaluation. London: SAGE Publications; 1989.
105. Robley LR. The ethics of qualitative nursing research. *J Prof Nurs.* 1995 Feb;11(1):45–8.
106. Ramos MC. Some ethical implications of qualitative research. *Res Nurs Health.* 1989 Feb;12(1):57–63.
107. Munhall P. Ethical considerations in qualitative research. *Western J Nur Res.* 1988;10(2):150–62.



## **ANEXOS**

## **ANEXO I: HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE**

**Nombre del Proyecto:** “La diabetes en la población inmigrante marroquí. Estudio etnográfico”

**Investigador:**

Nombre: Bunta Kulnarong Arroyo

Dirección: xxxx

Teléfono: xxxx

**Propósito del Estudio:** Conocer la vivencia que de la Diabetes tienen los pacientes que padecen esta enfermedad. Para realizar el estudio se contará con las narraciones que realicen los participantes acerca de cómo viven y experimentan la diabetes. La profesional responsable del estudio forma parte del equipo de enfermería asistencial del centro de Salud xxx

**Procedimiento:** Se realizarán entrevistas a los participantes. La investigadora acudirá al domicilio del participante y le realizará una entrevista. La colaboración del participante consiste en contestar a las preguntas que le realice la investigadora. La entrevista será grabada mediante grabadora de audio. La entrevista será transcrita posteriormente para ser analizada más tarde. Todos los datos serán guardados electrónicamente para ser destruidos totalmente al finalizar el estudio.

**Malestares o riesgos:** La participación en este estudio no supone riesgo alguno para la salud física ni psíquica del participante.

**Beneficios:** La participación en el estudio puede llegar a ser beneficiosa al poder expresar como sentimientos, expectativas, ideas respecto a la enfermedad que quizás no había podido expresar a ningún profesional antes.

**Compromiso sobre confidencialidad:** La investigadora se compromete a garantizar la confidencialidad respecto a la identidad de cada participante y a mantener los registros de la investigación a recaudo para asegurar el anonimato de los participantes del estudio. Tan solo la investigadora principal tendrá acceso a las copias de los documentos y grabaciones de este estudio. Los nombres y datos que permitirán identificar a los participantes sólo constarán en un archivo informático al que sólo tendrán acceso las investigadoras. Estos procedimientos están sujetos a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Los hallazgos de este estudio sólo podrán ser publicados o presentados en reuniones científicas sin revelar la identidad de sus participantes.

**Libertad para retirarse:** La participación de los participantes es libre y voluntaria. El participante podrá retirarse del estudio en cualquier momento, incluso sin estar obligado a dar explicaciones del motivo. La retirada del estudio no supondrá ninguna consecuencia ni para la persona ni para su salud.

**Contactos adicionales:** Puede ponerse en contacto con las investigadoras en cualquier momento para aclarar dudas sobre la participación en el estudio.

## **ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE**

**Nombre del Proyecto:** “La diabetes en la población inmigrante marroquí. Estudio etnográfico”

**Investigadora:** Bunta Kulnarong Arroyo.

El/ La investigador/a \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

Informa al participante

Sr/Sra \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

sobre la participación en el estudio titulado “Vivencia de la Diabetes entre la población Magrebí en España”

Su participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse del estudio cuando lo desee sin consecuencia de ningún tipo.

Su firma de este documento confirma que ha leído el documento de información del estudio o que alguien se lo ha leído. Se le ha dado y se le continuará dando las oportunidad de hacer preguntas sobre su participación en el estudio.

Firme el documento solo en caso de haber leído y comprendido la hoja de información de participación en el estudio, si no tiene dudas y si su participación es libre y voluntaria.

**Participante:**

Nombre y Apellidos:

Fecha y Firma:

**Investigador:**

Nombre y Apellidos:

Fecha y Firma

### **ANEXO III: GUIÓN ENTREVISTA A LOS PARTICIPANTES**

¿Qué significa para usted el hecho de vivir con diabetes?

¿Desde que vive en España sigue las mismas costumbres, hábitos de alimentación que llevaba en Marruecos?

¿Se han producido cambios en su vida como consecuencia de la diabetes?

¿Suele decir a su familia, amigos o en el trabajo que tiene diabetes?

¿Qué opinión tiene usted sobre la diabetes y qué opinión cree que tiene su familia, amigos o compañeros del trabajo?

¿Piensa que hay alguien o algo que la ha originado la diabetes?

¿Ha tenido complicaciones debido a la diabetes?

¿Hasta qué punto cree que es necesario seguir todas las recomendaciones que le da el médico y la enfermera?

¿Qué es lo que le supone más esfuerzo?

¿Hay diferencias en la forma de controlar la diabetes entre España y su país? Si es así, explique cuáles son y cuáles le parecen más aceptables.

¿Qué opinión tiene del personal de enfermería?

¿Qué le recomendaría a otra persona marroquí que le diagnosticaran de diabetes?

¿Cuáles son sus expectativas de futuro?