

Educación para la salud a madres inmigrantes musulmanas: aspectos a considerar relacionados con la alimentación.

Health education for Muslim immigrant mothers:
points for consideration regarding food.



Autora: Laura Rodríguez Merino
Tutora: Noelia Mancebo Salas
Trabajo fin de grado Junio 2012
Departamento de Enfermería
Universidad de Cantabria

ÍNDICE

	Pág.
1. Resumen y palabras clave.....	4
2. Introducción.....	5
3. Capítulo I.....	15
3.1. Definición de aspectos básicos.....	15
3.2. Valoración de la situación desde el punto de vista metodológico.....	16
3.2.1. Paradigmas: científico tecnológico, hermenéutico y sociocrítico.....	16
3.2.2. Modelo de Sol Naciente de Madeleine Leininger.....	18
3.2.3. Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell.....	21
3.2.4. Modelo de Tradiciones Culturales de Rachel Spector.....	22
4. Capítulo II.....	24
4.1. Educación para la salud: definición, enfoques y modelos.....	24
4.1.1. Definición.....	24
4.1.2. Enfoques.....	24
4.1.3. Modelos.....	25
4.2. Educación para la salud dirigida a madres inmigrantes musulmanas.....	26
4.3. Educación para la salud relacionada con el acceso a los alimentos.....	29
4.4. Educación para la salud relacionada con el significado simbólico de la comida...	32
5. Conclusiones.....	35
6. Bibliografía.....	36
7. Anexos.....	40
7.1. Anexo I: Modelo de Sol Naciente de Madeleine Leininger.....	40
7.2. Anexo II: Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell.....	41
7.3. Anexo III: Marca de Garantía Halal de Junta Islámica.....	42
7.4. Anexo IV: Directrices generales para el uso del término “halal”	43

1. RESUMEN

La presente monografía pretende acercarnos al estudio de tres aspectos: la educación para la salud, los hábitos alimenticios y la situación en España de las madres inmigrantes musulmanas en lo referido a los dos aspectos anteriores.

Como consecuencia de los movimientos migratorios producidos en los últimos años en España y en todo el mundo, hemos tenido que habituarnos a convivir con individuos de diferentes procedencias. Del mismo modo, la enfermería ha tenido que evolucionar y dar respuesta a dicha situación, adaptando sus cuidados. La enfermería transcultural y sus diferentes modelos son el resultado de dicha evolución. Estos modelos nos dan las claves para valorar los aspectos culturales que influyen en la alimentación.

Los hábitos alimenticios, aún siendo un factor cultural profundamente enraizado, son modificados durante el proceso migratorio debido a la aculturación o al difícil acceso a los alimentos tradicionales en el nuevo país. Los profesionales de la enfermería debemos conocer los aspectos socioculturales que afectan a la alimentación e intentar mantener, si así lo desean los inmigrantes, los hábitos alimenticios tradicionales, a fin de aportar cuidados culturalmente competentes y evitar el rechazo por parte de la población diana.

Palabras clave: educación en salud, hábitos alimenticios, inmigrantes, Islamismo, madres.

ABSTRACT

This monograph attempts to approach the study of three aspects: health education, food habits and the situation in Spain of the immigrant Muslim mothers with regard to both previous points.

As a result of migratory movements occurred in recent years in Spain and around the world, we have had to get used to living together with people from different backgrounds. Accordingly, nursing has had to evolve and to respond to such a situation, adapting nursing care. Transcultural nursing and its different models are the result of this evolution. These models give us the keys to assess the cultural aspects that influence eating habits.

Dietary habits, despite being a deeply rooted cultural factor, are modified during the migratory process due to acculturation or difficult access to traditional food in the new country. Nurses must know the socio-cultural aspects that affect food habits and try to maintain, if desired by immigrants, the traditional eating habits, in order to provide culturally competent care and avoid rejection by the target population.

Key words: Health education, food habits, immigrants, Islam, mothers.

2. INTRODUCCIÓN

El motivo de la elección del tema que nos ocupa radica en el hecho de que la población inmigrante aumenta en España y en la constatación de que un importante porcentaje de esa población profesa la religión islámica; haciendo necesaria la reflexión sobre la forma en que esto afecta a nuestra labor como profesionales de la salud.

Estas páginas pretenden principalmente acercarnos al estudio de tres aspectos: la educación para la salud, los hábitos alimenticios y la situación en España de las madres inmigrantes musulmanas en lo referido a los dos aspectos anteriores.

Como objetivos a alcanzar proponemos los siguientes:

Objetivo general:

- Conocer las necesidades que tienen las madres inmigrantes musulmanas de niños de entre 0 y 14 años en materia de alimentación.

Objetivos específicos:

- Analizar los problemas de salud más frecuentes relacionados con la alimentación en la población infantil musulmana.
- Conocer cómo los aspectos culturales influyen en la alimentación de la población infantil musulmana.
- Definir las barreras encontradas por las madres musulmanas para seguir en España una alimentación acorde con su cultura.
- Describir las dificultades o barreras culturales que pueden encontrar los profesionales de la salud al desarrollar programas de educación para la salud dirigidos a madres inmigrantes musulmanas.
- Evaluar las habilidades, conocimientos y estrategias que deben adquirir las enfermeras y los enfermeros para realizar programas de educación para la salud efectivos con madres inmigrantes musulmanas.

Para el desarrollo del trabajo se consultaron distintas bases de datos (CuidenPlus, Cochrane Library Plus, biblioteca científica online SciELO, PubMed, Dialnet). Además se ha utilizado como buscador el Google Académico, del cual se han obtenido varios artículos de revistas. También han sido consultados diferentes libros publicados, páginas Web y documentos legales.

En un principio se escogieron 60 artículos, desechando finalmente 27 por no contener información relevante para el trabajo, ya que no cumplían nuestros criterios de inclusión. Hemos utilizado como criterio de exclusión aquellos artículos en lenguas diferentes del castellano o el inglés. Además, por tratarse de un tema en evolución y muy actual, hemos desechado aquellos artículos anteriores al año 2000.

Como anteriormente he reseñado, se han utilizado las siguientes palabras claves “educación en salud”, “hábitos alimenticios”, “inmigrantes”, “Islamismo” y “madres”. Para su desarrollo nos hemos servido de los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud, así como de los Medical Subject Headings (MESH).

Para afinar mi estrategia de búsqueda utilice una combinación de los operadores booleanos AND, OR y NOT.

A parte de los recursos en red, se han consultado artículos de revistas de la Biblioteca Marquesa de Pelayo como pueden ser los de INDEX de Enfermería.

Nuestra mayor limitación en la búsqueda ha sido que aunque existe numerosa bibliografía acerca de los cuidados de enfermería en la alimentación de la población musulmana, no ha sido igual de abundante aquella que está relacionada específicamente con la madres, por lo que en ocasiones nos ha sido necesario extrapolar datos basándonos siempre en la evidencia científica.

A lo largo de la historia, numerosas enfermeras teorizadoras han querido delimitar su campo de actuación mediante la definición de la relación existente entre cuatro conceptos: cuidado, persona, salud y entorno. El significado actual de dichos conceptos es el resultado de la evolución de la profesión enfermera como consecuencia de los cambios sociales y las modificaciones en la forma de ver el mundo. ¹ Esta evolución de la profesión se presenta como el pilar de nuestra monografía, ya que invita a ver al individuo como un ser holístico.

La concepción de la profesión enfermera ha ido cambiando de modo que se pueden diferenciar distintas formas de entender y llevar a cabo los cuidados. En la evolución que ha sufrido la práctica enfermera se pueden distinguir tres paradigmas: el paradigma científico-tecnológico o de la categorización, el paradigma hermenéutico o de la integración y el paradigma sociocrítico o de la transformación. ¹⁻³ Consideramos este último como el más adecuado para analizar los aspectos a tratar en el desarrollo del presente trabajo.⁴

Durante los siglos XIII al XIX, la práctica enfermera estuvo muy vinculada a la práctica médica y el objetivo de ambas era controlar el proceso salud-enfermedad mediante la prescripción de medidas terapéuticas y técnicas que el paciente acataba de forma pasiva ¹⁻³. La salud se entendía como ausencia de enfermedad^{1,5} y cada dimensión de la persona se consideraba independiente. ¹ Esta forma de pensar se conoce como paradigma científico-tecnológico o de la categorización. ¹⁻³

En 1947 la OMS modificó el concepto de salud ^a e integró en él las distintas dimensiones de la persona: la física, la mental y la social. ⁵ En los años posteriores, se produjo un cambio de mentalidad, denominado paradigma hermenéutico o de la integración, que facilitó la diferenciación de la enfermería respecto de la medicina. ¹ La enfermera pasó de ser considerada mera ejecutora de técnicas a ser vista como una profesional que interactúa con el paciente, teniendo en cuenta su realidad y evaluando sus necesidades no satisfechas para intentar resolverlas. ¹⁻³ El cuidado dejó de estar centrado en la enfermedad física para orientarse a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. ^{1,3}

^a Concepto de salud según la OMS (1947): “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. ⁵

Mediada la década de los años 70, los cambios políticos, la situación económica y los movimientos migratorios transformaron nuevamente el mundo y favorecieron la aparición del llamado paradigma sociocrítico o de la transformación, que considera a la persona como un ser único indisociable de su universo y la salud como un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada sujeto. ^{1, 3}

Los movimientos migratorios suponen la confluencia de diferentes culturas en un mismo entorno y dan lugar a la transculturalidad, entendida como los “fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos”. ⁶

En un contexto multicultural, la cultura debe ser entendida como un todo integrado que permite vivir en sociedad. ⁶ Y es en ese contexto en donde el concepto de enfermería transcultural cobra sentido, cuando cada cultura requiere unas atenciones que varían según los distintos significados del cuidado, de los tipos de prácticas y de las creencias que sobre la salud y la enfermedad pueden concebirse. ⁶ El cuidado cultural se hace entonces imperativo para conocer las necesidades de salud de una determinada persona. ⁷ Los profesionales de la salud deben proveer de cuidados a través de diferencias culturales, teniendo en cuenta el contexto en el que vive el paciente y su situación cuando sobrevienen los problemas de salud. ⁷⁻⁸

Por este motivo, la enfermería precisa desarrollar modelos que orienten su práctica y la acomoden a la nueva situación. A esa necesidad responden el Modelo de Sol Naciente de Madeleine Leininger, el Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell y el Modelo de Tradiciones Culturales de Rachel Spector, que comentamos brevemente, pues el acercamiento teórico a dichos modelos nos servirá en el desarrollo de nuestro trabajo, ya que hacen hincapié en el conocimiento de la cultura, lo que es especialmente relevante en el cuidado de personas inmigrantes. En esos modelos basaremos la posterior valoración, incluida en el capítulo I, de los distintos aspectos culturales y sociales de las mujeres y niños inmigrantes musulmanes que puedan influir en sus hábitos alimentarios.

Madeleine Leininger, enfermera teorizadora de la escuela del Caring, ¹ aplicó por primera vez el método antropológico a la enfermería y fundó el campo de la “enfermería transcultural” con la fusión de dos conceptos: cultura y cuidado^b. ⁴ Leininger defendió que las enfermeras necesitan incorporar valores, creencias y modos de vida a sus cuidados, para mejorarlos y hacerlos congruentes con los estilos de vida de las personas y de los grupos. ⁴

Basándose en esa idea, Leininger elaboró un esquema de su Modelo (Anexo I) en el que indicó los aspectos a tener en cuenta para llevar a cabo cuidados culturales coherentes. ⁴ Los aspectos a valorar de su modelo que son relevantes para nuestro trabajo son: los religiosos, los legales, los económicos y también el lenguaje, porque todos ellos pueden determinar, directa o indirectamente, los hábitos alimenticios de las personas y las actuaciones que los profesionales de la enfermería podemos realizar respecto de ellos.

Al igual que Madeleine Leininger, Larry Purnell, posteriormente, se situó en las ideas de la enfermería transcultural, desarrollando su propio modelo. ⁴

^b Distingue tres tipos de cuidados: cuidados de preservación o de sostén, cuidados de acomodación o de negociación y cuidados de reorientación o de reestructuración. ¹⁰

Purnell definió los conceptos de metaparadigma (comunidad, familia, sociedad global, salud y persona) y las fases de competencia cultural. ^{4,9} Según él, la competencia cultural consiste en un proceso consciente y no lineal. Una persona gana competencia cultural cuando obtiene conocimientos y habilidades adicionales y se encuentra con personas de culturas diversas. La competencia cultural es, además, la adaptación del cuidado de salud de manera congruente con la cultura del cliente. ⁹

En el diagrama de su modelo (Anexo II), Purnell incluyó doce dominios culturales. ^{4,9} Nosotros nos centraremos en: la nutrición y la espiritualidad, para conocer los hábitos, y la comunicación, para saber cómo dirigirnos al grupo concreto de población. Valoraremos también asuntos de trabajo y roles y organización familiar.

Por su parte, Spector presupuso la importancia de las tradiciones en los comportamientos relacionados con los cuidados de salud ⁴ y consideró esencial la comprensión del significado que el término salud posee para cada cultura. ⁸ Rachel Spector entendió que para llevar a cabo su práctica profesional, los enfermeros deben cumplir los siguientes requisitos: ser culturalmente sensibles (obtener conocimientos para comprender las tradiciones), ser culturalmente congruentes o apropiados (llevar los conocimientos a la práctica) y ser culturalmente competentes (prestar atención teniendo en cuenta el contexto). ^{4,8}

Otro aspecto importante dentro de este nuevo paradigma sociocrítico, es el hecho de que la salud sea entendida como un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. ^{1,3} Al igual que la aparición de la enfermería transcultural pone de manifiesto que la persona se considera como un ser indisoluble de su universo, la aparición a su vez de conceptos como participación comunitaria o educación para la salud dejan entrever lo importante que es tener en cuenta el punto de vista de la persona a la hora de llevar a cabo unos determinados cuidados.

En este sentido, la OMS propuso, en 1978, la puesta en marcha de un sistema de salud basado en que “los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que les son destinadas”. ¹ La enfermería puede, según esto, trabajar, desde una relación de igualdad, en las etapas de un proyecto sanitario con personas cuyos valores y prioridades son, a veces, diferentes a las suyas. “Acoger la participación del otro exige espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad”. ¹

Durante la mayor parte del siglo XX, los países del sur de Europa, incluida España, exportaron mano de obra. Con la crisis del petróleo de 1973, la emigración se redujo y, progresivamente, cedió el paso a la inmigración. Consecuentemente, las naciones desde las que antes partía la gente buscando unas mejores condiciones de vida se convirtieron en receptoras de población. En España, el fenómeno inmigratorio no llegó hasta los años 80 y se aceleró de modo considerable a partir de la segunda mitad de los años 90. ¹¹⁻¹²

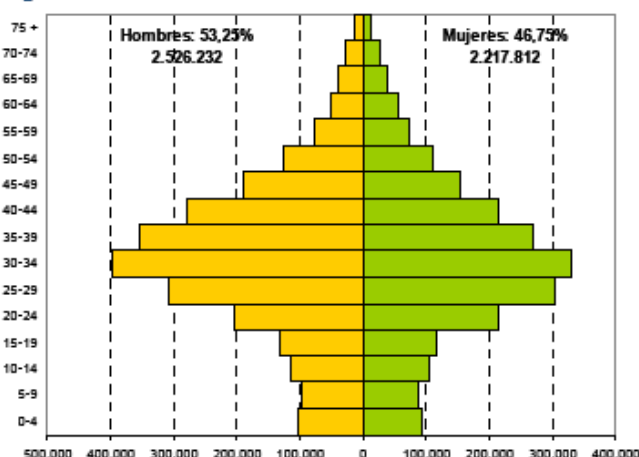
Actualmente, el 12,1 % de las personas empadronadas en España son extranjeras. ¹³ Los motivos principales de la inmigración son la falta o la mejora del empleo, el deseo de una mejor calidad de vida y la reagrupación familiar. ¹⁴

Durante el año 2004 España fue el segundo país del mundo por volumen de inmigrantes ¹¹ y en junio del 2010 la cifra de inmigrantes con certificado de registro o tarjeta de residencia en

vigor se acercaba a los cinco millones.¹⁵ Del total de personas extranjeras, 2.217.812 (el 46,75%) eran mujeres y 2.526.232 (el 53,25%), hombres.¹⁵

En relación a la edad de la población inmigrante nos encontramos con 645.690 extranjeros menores de 16 años (el 13,61% del total) residentes en España, 3.911.478 de entre 16 y 64 años (82,45%) y 186.984 (3,94%) de 65 años o más. (Gráfico 6).¹⁵

Gráfico 6. Estructura de edad y sexo de los extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. 30-06-2010.



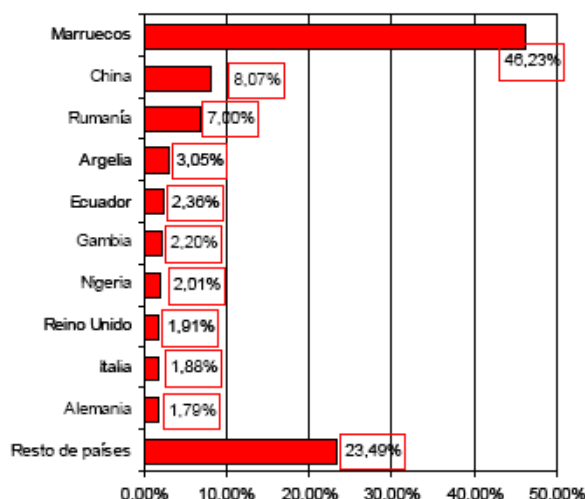
La tabla 1 incluida a continuación muestra a los inmigrantes marroquíes (en su mayoría de religión islámica) como un grupo de población importante en España con 758.900 personas.¹⁵

Tabla 1. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. Principales nacionalidades

	30-06-2010	VARIACIÓN (%)		
		TRIMESTRAL: RESPECTO A 30-03-2010	ACUMULADA: RESPECTO A 31-12-2009	INTERANUAL: RESPECTO A 30-06-2009
TOTAL	4.744.169	-2,03	-0,98	2,57
Rumanía	793.205	2,73	5,52	13,22
Marruecos	758.900	-2,08	-1,16	1,33
Ecuador	382.129	-12,61	-13,21	-13,57
Colombia	264.075	-7,32	-8,05	-8,12
Reino Unido	225.391	0,98	1,51	3,82
Italia	163.763	1,74	8,69	15,08
Bulgaria	154.353	2,27	4,94	11,51
China	152.853	-0,78	0,86	3,10
Perú	138.478	-3,64	-4,25	-3,15
Portugal	129.756	0,61	2,23	5,73
Bolivia	116.178	-4,77	-0,79	9,67
Alemania	113.570	1,19	3,78	9,51
Francia	89.410	1,49	3,81	10,59
Argentina	89.201	-7,80	-13,54	-12,86
República Dominicana	85.831	-1,55	-1,57	1,03
Resto de países	1.086.050	-1,62	-0,37	3,56
Apátridas y No consta	1.026	0,79	-87,55	-86,91

Otro dato a destacar es que Marruecos es el principal país en número de nacionales nacidos y residiendo en España, con un total de 137.317 personas, lo que supone el 46,23% del total de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor nacidos en nuestro país. (Gráfico 9) ¹⁵

Gráfico 9 Distribución de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor nacidos en España según país de nacionalidad. 30-06-2010.



Un estudio demográfico realizado por el Observatorio Andalusí a 31 de diciembre del 2010, revela que los musulmanes representan, aproximadamente, el 3% de la población total de habitantes, españoles y extranjeros, es decir, 1.498.707 personas de las que 3.928 estarían en Cantabria. ¹⁶

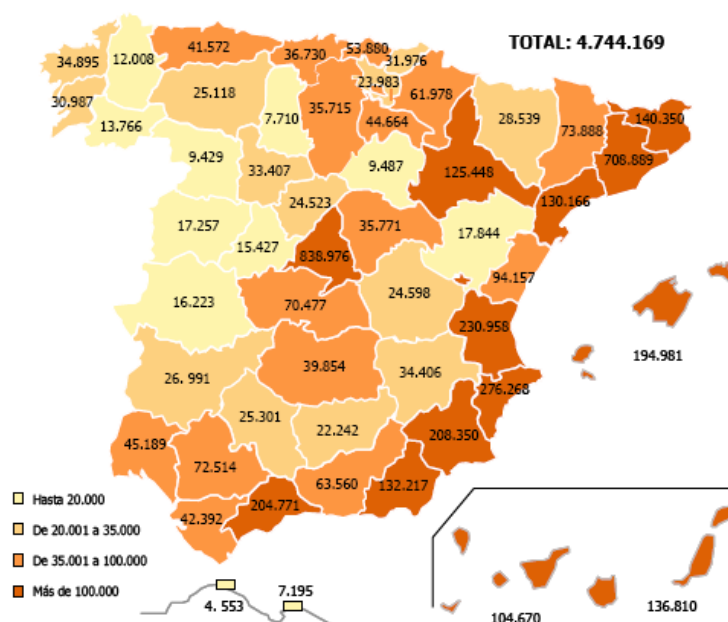
El mismo estudio demográfico realizado por el Observatorio Andalusí destaca cuatro zonas geográficas de origen de los musulmanes, que serían:

- El Magreb.
- El Occidente Subsahariano.
- Oriente Próximo.
- Oriente Medio.

En España, el asentamiento de los musulmanes es mayor en la mitad sureste del país, destacando en número las comunidades autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia, y en porcentaje las de Ceuta y Melilla; teniendo menor presencia en el cuadrante noroeste peninsular. ¹⁶

Un total de 36.730 de las personas extranjeras con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor de España residen en la Comunidad Autónoma de Cantabria, lo que supone un 6,23% de sus 589.235 habitantes. (Gráfico 4, página siguiente) ¹⁶

Gráfico 4. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor según provincia. 30-06-2010



La emigración supone un cambio de entorno tanto para quienes emigran como para quienes reciben a la población inmigrante. La adaptación del inmigrante al nuevo entorno implica la modificación de sus hábitos, con las consiguientes complicaciones a la hora de mantener una rutina de vida.¹⁷ Y los hábitos de la población, musulmana o no, afectan al trabajo de los profesionales de la salud. Así, los profesionales de enfermería han de adquirir ciertos conocimientos necesarios para desempeñar correctamente su labor^{4, 8-10} respecto de diferentes grupos culturales en general y respecto de los musulmanes en particular.

La alimentación es un elemento clave en el mantenimiento de la salud y sabemos que numerosas enfermedades están relacionadas con la malnutrición, tanto por déficit como por exceso.¹⁸

Cuando estudiamos grupos poblacionales con costumbres alimenticias distintas a las nuestras, podemos encontrar, al menos, las siguientes situaciones:

1. Mantenimiento de los hábitos propios y desarrollo de las enfermedades asociadas a ellos.
2. No adquisición de los hábitos del nuevo entorno e imposibilidad o dificultad para adquirir alimentos permitidos por su religión.
3. Adaptación a nuestros hábitos alimenticios y, en consecuencia, posible desarrollo de enfermedades propias del nuevo entorno.^{17, 19}

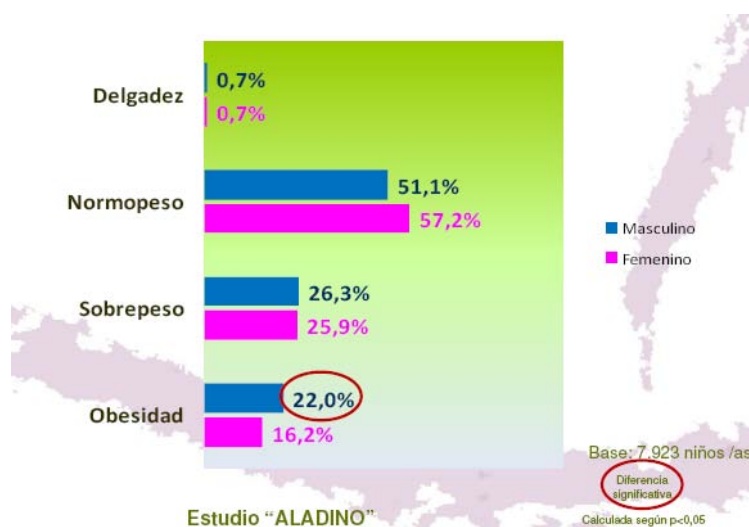
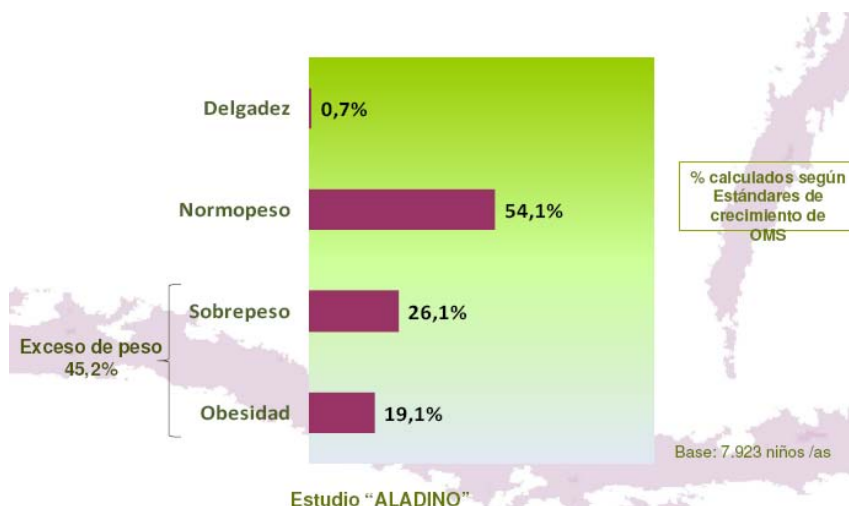
Ante la primera de esas situaciones, debemos conocer los hábitos alimenticios de la población musulmana para intentar mejorarlos.

Respecto de la segunda de las situaciones, el hecho de que la ley islámica dictamine los alimentos permitidos y prohibidos no debería suponer ningún problema para quienes viven en su propio entorno, pero, sin duda, puede constituir una barrera más o menos infranqueable para quienes intentan integrarse en un medio que no se rige por dicha ley. ²⁰

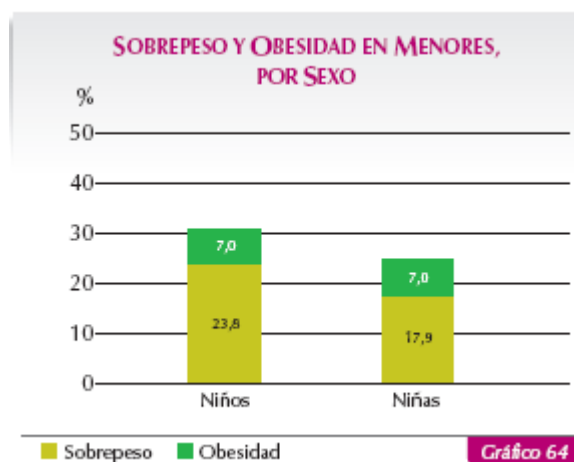
En este sentido, la Ley 26/1992, de 2 de noviembre, por la que se aprueba el Acuerdo de Cooperación del Estado con la Comisión Islámica de España (BOE número 272, del jueves 12 de noviembre de 1992), en caso de cumplirse, debería favorecer el acceso de los inmigrantes musulmanes a alimentos preparados según sus preceptos religiosos. ²¹

En cuanto a la tercera de las situaciones mencionadas, nos encontramos con que una de las posibles consecuencias de los malos hábitos alimenticios adquiridos es la obesidad, que actualmente afecta en gran medida a la infancia y que puede traer consigo problemas de salud añadidos en un futuro. ^{18, 22}

En España, según el estudio ALADINO, la prevalencia de obesidad infantil es de un 45,2% (exceso de peso), siendo más elevado en niños que en niñas. ²³



En Cantabria, el 21,2% de la población entre 2 y 17 años presenta sobrepeso y, según muestra el siguiente gráfico, el 30,8% de los niños y el 24,9% de las niñas presentan exceso de peso, clasificándose como sobrepeso al 23,8% de los niños y al 17,9% de las niñas y siendo de un 7%, en ambos sexos, la prevalencia de obesidad en la población de menores. ²⁴



Es importante destacar la frecuencia de consumo de comida rápida, snacks o comidas saladas, y dulces. Diariamente, consumen comida rápida con un poco más de frecuencia los niños (2,1%) que las niñas (0,8%). Un 30,2% de la población infantil consume diariamente dulces (galletas, bollería, caramelos, mermeladas, etc.) y alrededor de la mitad toma dulces tres veces por semana o más, mientras que sólo un 15,1% no lo consumen nunca o casi nunca. ²⁴

En relación con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad sobre alimentación, los resultados de la encuesta de salud de Cantabria del 2006, ESCAN-06, muestran un bajo consumo diario de frutas (63,0%) y de verduras y hortalizas (13,6%) por parte de la población cántabra. ²⁴

En general, la obesidad infantil en los países desarrollados suele ser más frecuente en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos, con peor nivel nutricional y formativo, que consideran todavía la obesidad infantil como un indicador de salud y posición social. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, los niveles socioeconómicos más pudientes son los que suelen tener este erróneo concepto de la obesidad infantil. ²²⁻²³

La obesidad infantil, es un potente predictor de la obesidad adulta y de las enfermedades crónicas asociadas (Diabetes Mellitus, hipertensión, problemas cardiovasculares, cáncer...). ²¹ Por ello, los profesionales de la salud debemos potenciar las medidas encaminadas a modificar el entorno alimentario, haciéndolo más saludable. ²² Y hemos dirigir nuestro esfuerzo tanto a las madres y padres como a sus hijos e hijas, actuando en diferentes contextos (consulta de enfermería, consulta médica, centro escolar...). ^{18, 25}

Por tanto, como herramienta principal de la Promoción de la Salud, numerosos trabajos destacan la importancia de la Educación para la salud, entendida, dentro de la Atención Primaria, como “un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para conseguir de ésta la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su salud o enfermedad”. ²⁵

La Educación para la salud tiene por objetivo influir sobre los hábitos de salud, que están determinados por el estilo de vida de la persona y pueden tener una influencia saludable o nociva para la salud. Por este motivo toma especial relevancia en la prevención de enfermedades relacionadas con los estilos de vida. ²⁵

Desde la consulta de atención primaria de pediatría es importante instruir a madres y padres en el cuidado de la prole. La educación para la salud nos servirá como herramienta para adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para prevenir, entre otros problemas, la obesidad. ²⁵

Aunque es importante que en la salud de la población infantil se impliquen la familia, las instituciones, los colegios..., nuestra monografía se centra en las madres porque, en general, son las que ejercen en la familia el rol de cuidadoras de ésta. ²⁶

Para el cumplimiento de los objetivos, hemos dividido el trabajo en dos capítulos, el primero está dividido en dos apartados en los que definiremos aspectos básicos para el desarrollo del trabajo y valoraremos la situación desde el punto de vista metodológico.

El segundo capítulo, está dividido en cuatro apartados en los que definimos la educación para la salud, centrándonos en sus enfoques y modelos, realizamos un análisis de diferentes artículos centrados en la educación para la salud dirigida a madres inmigrantes musulmanas y en la educación para la salud relacionada con el acceso a los alimentos y el significado simbólico de la comida.

3. CAPÍTULO I

3.1. Definición de aspectos básicos.

En las últimas décadas, los movimientos migratorios han originado la confluencia de diferentes culturas en un mismo entorno, lo que ha supuesto la modificación de la práctica enfermera con la finalidad de adaptarse a la nueva realidad. Con dicho objetivo nace la enfermería transcultural, fundada por Madeleine Leininger y definida por ella misma como “el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura que tiene la finalidad de ayudar a las personas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”.⁴

Para los profesionales de la enfermería es importante adquirir conocimientos acerca de las costumbres de los distintos grupos sociales, ya que la cultura, tal y como la define Leininger, “son los valores, las creencias, las normas y modos de vivir compartidos, aprendidos y transmitidos que guían los pensamientos, las decisiones y las acciones de un grupo de manera específica”, de modo que aquélla influye de forma directa en el estilo de vida de las personas y en los cuidados de salud.”¹⁰

En España, un colectivo importante de inmigrantes lo constituye la población musulmana, un grupo de personas que profesan la religión de Mahoma, el Islamismo.^{16, 27} Respecto de esto debemos aclarar aquí que a lo largo del trabajo hablaremos de madres y de niñas y niños inmigrantes musulmanes, entendiendo por niño o niña a toda persona con edad comprendida entre 0 y 14 años, nacida en el extranjero o en España y que es hija o hijo de padres inmigrantes.

Al igual que el resto de personas que siendo naturales de un país llegan a otro para establecerse en él, especialmente con idea de formar nuevas colonias o domiciliarse en las ya formadas,²⁸ los musulmanes y las musulmanas que emigran a España pasan por una serie de fases propias del proceso migratorio y que suponen cambios respecto al estilo de vida que llevaban anteriormente.¹⁷ Uno de los aspectos que se modifica en dicho proceso es la alimentación.¹⁷

La alimentación supone una de las características más enraizadas en la cultura de las personas, crea conciencia de pertenencia al grupo,^{17-18, 29-30} puede estar íntimamente relacionada con la religión²⁹ y, además, debe favorecer la nutrición adecuada del organismo, contribuyendo a recuperar, en lo posible, las partes del organismo que se deterioran por el efecto de las acciones catabólicas.²⁸

Sin embargo, cuando la dieta es inadecuada, insuficiente o existe un defecto en el metabolismo de los alimentos se da una condición indeseable contraria a la nutrición: la malnutrición.²⁸

En el caso de las personas inmigrantes, dicha situación puede estar favorecida por las condiciones socioeconómicas en las que viven en el país de acogida, apareciendo, de este modo, diferentes problemas de salud asociados como, por ejemplo, la desnutrición o la obesidad.^{17, 30}

La emigración a los países industrializados, en los que es característica la sobrealimentación, junto a los posibles problemas económicos, sociales, legales y culturales que acarrea el proceso

migratorio y que dificultan el acceso a alimentos sanos y variados, puede conllevar la aparición de la obesidad.^{18, 30}

Según el estudio enKid^c, “la obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y en la adolescencia, y que tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético”.²²

Para valorar si un niño o una niña tienen el peso adecuado se calcula el índice de masa corporal^d (IMC) y se traslada el resultado a una tabla de percentiles correspondiente a su edad y sexo.³⁰ Se considera que quienes se encuentran por debajo del 70% del estándar de referencia peso-talla presentan un estado de desnutrición grave y los que se encuentran entre el 70-80% de dicho estándar de referencia están moderadamente desnutridos.³¹ Del mismo modo, si el IMC de la niña o del niño es superior al percentil 95 se considera que presenta obesidad y si se encuentra entre el percentil 85 y el 95 se habla de sobrepeso, debiendo el profesional de la salud que le trate controlar de forma periódica la evolución de su peso y de su talla e iniciar estrategias que modifiquen los hábitos familiares e individuales.³⁰

A fin de propiciar el cambio de los hábitos alimenticios, se realizan en el marco de la Atención Primaria acciones relacionadas con la Educación para la Salud que sirven a los profesionales y a la población para conseguir de ésta la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su salud o enfermedad.²⁵ La Educación para la Salud constituye una herramienta útil en la prevención de enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con el estilo de vida, ya que capacita a las personas para tomar decisiones acertadas respecto de su salud.²⁵

En el caso de los niños y niñas inmigrantes, dicha estrategia adquiere especial relevancia¹⁸ y, para llevarla a cabo, los profesionales de la salud deben adquirir los conocimientos pertinentes acerca de su cultura y de su situación socioeconómica, así como valerse de una serie de técnicas de comunicación que les permitan dirigirse de forma adecuada a dicho grupo de población, de cara a obtener los resultados de salud esperados.³²

3.2. Valoración de la situación desde el punto de vista metodológico.

3.2.1. Paradigmas: científico tecnológico, hermenéutico y sociocrítico.

La línea que separa el final de cada uno de los paradigmas mencionados y el comienzo de otro la encontramos en el cambio en la definición de cuatro conceptos: persona, salud, entorno y cuidado.¹

Como explicaremos a continuación, dicho cambio supondrá una evolución en la forma de entender y llevar a cabo la práctica enfermera.¹

^c “Estudio epidemiológico transversal sobre la población española con edades comprendidas entre 2 y 24 años que estudia la obesidad infantil y juvenil en España.”²²

^d El índice de masa corporal se calcula de la siguiente forma: peso (kg) / talla² (cm).³⁰

En base a la documentación consultada para la elaboración de esta monografía, adoptaremos el paradigma sociocrítico como el más adecuado en el contexto de la enfermería transcultural y, por tanto, para el estudio del tema que nos ocupa. ⁴

- **Paradigma científico tecnológico (s. XIII-XIX):** ¹

Desde esta perspectiva, la persona se entiende como un todo formado por la suma de sus partes, es decir, cada dimensión de la misma se considera independiente. ¹

Como consecuencia de lo anterior, la enfermedad física es considerada una realidad independiente del entorno, la sociedad o la cultura. ¹

Según los numerosos artículos consultados, los hábitos alimenticios se ven directamente influidos por varias dimensiones de la persona, ¹⁸ por lo que el estudio de la alimentación desde el punto de vista del paradigma científico tecnológico no parece muy adecuado. Este paradigma resulta útil en áreas muy importantes para el desarrollo de la práctica enfermera, como, por ejemplo, la fisiología o la biología; sin embargo, para comprender las razones por las que un determinado individuo lleva a cabo un comportamiento debemos verlo, en primer lugar, desde un punto de vista holístico, es decir, como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen. ⁴

- **Paradigma hermenéutico (1950-1975):** ¹

También considera a la persona como un todo formado por la suma de sus partes, pero, desde este punto de vista dichas partes están interrelacionadas. ¹

Ver a la persona como un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual, sin duda, favorece la actuación ante problemas de salud relacionados con los comportamientos individuales, en nuestro caso los hábitos alimenticios, ya que se tienen en consideración todas las dimensiones del ser humano y se afirma que todas ellas pueden influir en el buen o mal estado de salud del individuo. Sin embargo, en esta concepción de la persona faltan aspectos claves que sí se tienen en cuenta en el paradigma sociocrítico que comentamos en las próximas líneas. ⁴

- **Paradigma sociocrítico (1975 en adelante):** ¹

Este paradigma es el más adecuado para tratar los aspectos contenidos en el presente trabajo por su definición de persona, que ahora incluye, además de lo comentado respecto del paradigma hermenéutico, los conceptos de ser único y partícipe de sus propios cuidados. ^{1, 3} Así, el paradigma sociocrítico no sólo ve a la persona desde un punto de vista holístico sino que también tiene en cuenta sus valores a la hora de definir los cuidados. ¹ Y esto es especialmente relevante en Educación para la Salud ya que el objetivo es lograr que las personas adopten hábitos de vida saludables. ²⁵

Sabemos que la adopción o no de determinados hábitos alimenticios por parte de una persona depende de diversos aspectos entre los que se encuentran el aprendizaje, la motivación o la oportunidad. Y también sabemos que si se intenta cambiar un hábito de manera permanente no basta con conocer la causa que lo produce y prescribir la actuación que la persona debe llevar a

cabo, sino que, además de conocer dicha causa, han de tenerse en cuenta las motivaciones que conducen a esa persona a querer abandonar o continuar con su comportamiento.

En definitiva, deben explorarse todos los aspectos que puedan estar influyendo en el comportamiento de la persona, dar la información considerada pertinente teniendo en cuenta lo anterior y permitir que sea el propio sujeto quien fije sus objetivos, porque de este modo será más fácil que se produzca un cambio conductual adecuado al plan de salud propuesto.

Dentro del paradigma sociocrítico se enmarcan los Modelos de Enfermería Transcultural (Modelo Sol Naciente de Madeleine Leiniger, Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell y Modelo de Tradiciones Culturales de Rachel Spector) que nos aportan las claves para desarrollar la práctica enfermera con pacientes de diferentes culturas y que vamos a analizar brevemente.

3.2.2. Modelo de Sol Naciente de Madeleine Leininger.

Siguiendo el esquema propuesto por el Modelo de Madeleine Leininger, hemos centrado nuestra monografía en el análisis de los siguientes aspectos:

- Religiosos:

En el Corán, libro sagrado del Islam, se establecen las obligaciones de los musulmanes y entre ellas se hace referencia a las relacionadas con la alimentación, indicando qué alimentos están permitidos y cuáles están prohibidos y prescribiendo el mes de ayuno, el Ramadán.^{19, 26-27,}

29, 33-34

Los alimentos permitidos ("halal") y los prohibidos ("haram") que describe el Corán son:

Sura II

"168. Os está prohibido comer los animales muertos, la sangre, la carne de cerdo, y todo animal sobre el cual se haya invocado otro nombre distinto del de Dios. El que lo hiciese, movido por la necesidad, y no como rebelde y trasgresor, no será culpable. Dios es indulgente y misericordioso."³⁵

Sura V

"4. Los animales muertos, la sangre, la carne de cerdo, todo lo que ha sido matado bajo la invocación de otro nombre distinto del de Dios; los animales asfixiados, acogotados, muertos de una caída ó de alguna cornada; los que han sido mordidos por un animal feroz, á menos que no los hayáis purificado con una sangría; lo que ha sido inmolado en los altares de los ídolos; todo esto os está prohibido. No os lo repartíais consultando las flechas, pues esto es una impiedad hoy. La desesperación espera á los que han renegado de vuestra religión; no los temáis; temedme."³⁵

Sura VI

"146. Diles: En lo que me ha sido revelado no hallo más prohibición para el que quiere alimentarse que los animales muertos, la sangre que ha manado y la carne del cerdo, pues es una

abominación. Hay prohibición de comer, por pura prevaricación, lo que ha sido muerto bajo la invocación de otro nombre que no sea el de Dios, á no ser que se vea uno obligado á ello y que no se coma por desobediencia é intención de pecar; en verdad, Dios es indulgente y misericordioso.”³⁵

El Corán prescribe que en el mes de Ramadán (el noveno mes del año lunar árabe) todos los musulmanes que hayan superado la etapa prepuberal deben ayunar desde la salida del sol hasta su puesta. No obstante, establece también que pueden no ayunar los enfermos agudos o crónicos, las embarazadas, las mujeres en período de lactancia y de menstruación, los ancianos y todos aquellos que se encuentren de viaje o realizando trabajos duros. Durante el mes de Ramadán está prohibido a lo largo del día comer, beber, fumar, usar perfumes, tomar medicinas que lleguen al estómago o sean sustitutivas del alimento y mantener relaciones sexuales. Todas estas prohibiciones se levantan por la noche. ^{26-27, 33-34}

Sura II

“179. ¡Oh creyentes! Os está prescrito el ayuno, del mismo modo que ha sido prescrito á los que os han precedido. Temed al Señor.”³⁵

“181. La luna de Ramadán, durante la cual descendió el Corán de lo alto para servir de dirección á los hombres, de explicación clara *de los preceptos*, y de distinción *entre el bien y el mal*, es el tiempo en que hay que ayunar. El que esté enfermo ó de viaje ayunará después un número igual de días. Dios quiere vuestro bienestar y no quiere vuestra molestia. Quiere únicamente que cumpláis el número exigido y que glorifiquéis, porque os dirige por la senda derecha; quiere que seáis agradecidos.”³⁵

“183. Os está permitido acercaros á vuestras mujeres en esa noche del ayuno. Ellas son vuestro vestido y vosotros sois el suyo. Dios sabe bien que os engaños á vosotros mismos. Ha vuelto a vosotros y os ha perdonado. Ved á vuestras mujeres en el deseo de recoger los frutos que os están reservados. Os está permitido comer y beber hasta el momento en que podáis distinguir un hilo blanco de un hilo negro. A partir de este momento, observad estrictamente el ayuno hasta la noche. Durante éste tiempo, no tengáis comercio alguno con vuestras mujeres; pasadlo más bien en actos de devoción en las mezquitas. Tales son los límites de Dios. No os acerquéis á ellos por temor á trasponerlos. Así es como desenvuelve Dios sus signos ante los hombres, á fin que le teman.”³⁵

- Legales:

El Islam alcanzó notorio arraigo en España ²⁵ tras la reunión del Pleno de la Comisión Asesora de Libertad Religiosa (CALR) de 14 de julio de 1989, y por la Ley 26/1992, de 10 de noviembre, se aprobó el Acuerdo con la Comisión Islámica de España (CIE) con la voluntad de “hacer posible que sea real y efectivo el ejercicio del derecho de libertad religiosa de los creyentes musulmanes”, en consonancia con lo dispuesto en la Constitución Española. ³⁶

Dicha ley, en caso de cumplirse, debe favorecer el acceso de los inmigrantes musulmanes a alimentos permitidos por sus preceptos religiosos. Con el objetivo de desarrollar el artículo 14 de la ley citada antes que reproducimos a continuación y que se refiere a la alimentación de los musulmanes, la Asociación Junta Islámica creó en 1986 el Instituto Halal, entidad que gestiona la Marca de Garantía Halal (Anexo III) para el etiquetado de los alimentos. ^{29, 37}

Artículo 14.

1. De acuerdo con la dimensión espiritual y las particularidades específicas de la Ley Islámica, la denominación “HALAL” sirve para distinguir los productos alimentarios elaborados de acuerdo con la misma. ²¹
2. Para la protección del uso correcto de estas denominaciones, la “Comisión Islámica de España” deberá solicitar y obtener del Registro de la Propiedad Industrial los registros de marca correspondientes, de acuerdo con la normativa vigente. ²¹

Cumplidos los requisitos anteriores, estos productos, a efectos de comercialización, importación y exportación, tendrán la garantía de haber sido elaborados con arreglo a la Ley Islámica, cuando lleven en sus envases el correspondiente distintivo de la “Comisión Islámica de España”. ²¹

3. El sacrificio de animales que se realice de acuerdo con las Leyes Islámicas, deberá respetar la normativa sanitaria vigente. ²¹
4. La alimentación de los internados en centros o establecimientos públicos y dependencias militares, y la de los alumnos musulmanes de los centros docentes públicos y privados concertados que lo soliciten, se procurará adecuar a los preceptos religiosos islámicos, así como el horario de comidas durante el mes de ayuno (Ramadán). ²¹

En España existe, pues, un marco legal que reconoce el derecho de libertad religiosa de los creyentes musulmanes y parece que el artículo 14 de la ley 26/1992, de 10 de noviembre, está siendo progresivamente respetado. ^{29, 38-39}

Sin embargo, la falta de un etiquetado riguroso de los alimentos en el que aparezcan detallados de forma clara todos los componentes de éste ha creado en los musulmanes desconfianza respecto de determinados productos. Este hecho, ha favorecido que se produzcan casos de sacrificios animales en los domicilios sin un control veterinario adecuado. ^{29, 38-39}

Respecto de las instituciones, es cierto que se ofrecen menús sin cerdo pero no “halal”, ya que este término (Véanse las directrices generales para el uso del término en el Anexo IV) no sólo supone la falta de cerdo sino también el respeto de un rito concreto en el sacrificio del animal. Además, existen muchos alimentos que llevan en su composición derivados del cerdo en forma de gelatina, como pueden ser los yogures. ^{29, 38-39}

- Económicos:

La falta de recursos económicos puede implicar un riesgo de nutrición deficiente, ya que cabe la posibilidad de que dicha situación conlleve dificultades a la hora de acceder a una alimentación sana y variada. ^{17, 30}

En general, el riesgo es mayor durante la primera fase del proceso migratorio ^e porque es entonces cuando pueden surgir, además de los económicos mencionados, problemas de índole social, cultural o idiomática que obligan, todos ellos, a mantener una alimentación inadecuada que puede resultar en el desarrollo de enfermedades. ¹⁷

Trataremos este aspecto de manera más extensa en el segundo apartado del capítulo dos.

- **Lenguaje:**

Las mujeres musulmanas tienen menos acceso a la educación en comparación con los hombres musulmanes, y además están relegadas a las tareas del hogar por lo que tienen un menor contacto con la población del país al que emigran. Estos dos hechos hacen que tengan menos oportunidades para aprender el nuevo idioma y, en consecuencia, pueden verse en situaciones en las que la lengua supone una barrera para comunicarse de forma eficaz. ²⁶

La tarea que el profesional de enfermería lleva a cabo en Educación para la Salud con las madres musulmanas, se podría corresponder con los cuidados de reorientación o de reestructuración descritos por Madeleine Leiniger en su modelo: “acciones y decisiones profesionales que asisten, sostienen, facilitan, o habilitan ayudando a la gente a reorganizar, o a cambiar de manera importante el modo de vivir por uno nuevo, diferente y satisfactorio para los cuidados de salud y respetando completamente los valores culturales y las creencias del individuo y aún logrando un modo de vida más satisfactorio o saludable que antes que los cambios fueran decididos con el grupo o el individuo”. ¹⁰

3.2.3. Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell.

- **Nutrición y espiritualidad:**

En el mundo musulmán, la nutrición va de la mano de la espiritualidad y está condicionada por ella en gran medida.

La ley islámica contenida en el Corán, el libro sagrado de los musulmanes, prohíbe ciertos alimentos entre los que destacan las carnes de cerdo, los animales que no sean sacrificados según las normas “halal” y las bebidas alcohólicas. ^{27, 33-34} Las normas “halal” referidas a la matanza de los animales prescriben que la res debe ser sacrificada con instrumental bendecido y afilado por un musulmán mientras se reza una oración. Además, el matarife debe degollar al animal y dejar que se desangre totalmente. Durante el sacrificio, la cara del animal debe estar orientada a la Meca. ^{19, 27, 29, 32}

Otra norma a seguir por los musulmanes respecto de su alimentación es el ayuno en el noveno mes del año lunar árabe, el Ramadán. En dicho período, todos los musulmanes que hayan superado la etapa prepuberal, excepto los ancianos, personas enfermas, tanto si padecen una enfermedad aguda como crónica, las mujeres embarazadas, en período de lactancia o menstruación, los viajeros y todo aquel que esté realizando un trabajo que requiera mucho

^e El proceso migratorio se puede dividir en tres fases: una primera en la que el hombre llega sólo en busca de empleo, una segunda fase caracterizada por la reagrupación familiar y, por último, una tercera fase en la que se produce la aculturación, adaptación de forma progresiva a las costumbres propias del país que acoge. ¹⁷

esfuerzo físico, tienen prescrito el ayuno durante las horas del día, mientras que durante la noche les está permitido tanto comer como beber. ^{26-27, 33-34}

- **Comunicación:**

La distancia física interpersonal con las personas musulmanas es diferente a la que acostumbramos y ese espacio de separación físico interpersonal ha de ser especialmente mayor cuando se trata de personas de diferente sexo. ⁴⁰

Los musulmanes no están acostumbrados a preguntas directas ni a conversaciones rápidas, estructuradas y rígidas. Además, debemos tener en cuenta que, desde su punto de vista, no mirar a los ojos significa respeto hacia la otra persona, si se la considera superior. ⁴⁰

- **Asuntos de trabajo: aculturación.**

La alimentación es uno de los aspectos que más tarde cambian en las personas inmigrantes, ya que la cultura culinaria está especialmente enraizada y genera conciencia de pertenencia al grupo. ^{17, 29-30}

El acceso al trabajo y, por tanto, el contacto con la cultura del país que acoge y la mejora en las condiciones económicas puede suponer la adaptación a los hábitos alimenticios del país al que emigran. ^{17, 29}

Las personas musulmanas, sobre todo en edades comprendidas entre los 30 y los 40 años, mantienen el consumo de alimentos tradicionales de su cultura, como pueden ser las sopas, los dulces o el té, incluso cuando se da un alto grado de aculturación. ¹⁷

- **Roles y organización familiar:**

Por lo general, la familia musulmana es patriarcal, comunitaria y endogámica. El hombre se encarga del sustento de la economía familiar y la mujer desempeña el rol de cuidadora de la casa y de los hijos. ²⁶

3.2.4. Modelo de Tradiciones Culturales de Rachel Spector.

Spector entiende la salud como: “el equilibrio de la persona (físico, mental y espiritual) en sí, y con el mundo exterior (naturaleza, familia, comunidad y metafísica)”. ⁸

Partiendo de esa definición, considera imprescindible para la enfermería conocer las tradiciones culturales de una determinada persona, familia o comunidad que puedan influir en el significado atribuido a la salud y en los cuidados de la misma. ^{4, 8}

Para los musulmanes la salud atañe, primariamente, al espíritu, a las creencias y los valores. ⁴¹ Esto es lo mismo que decir que la salud está íntimamente relacionada con la fe y el mensaje divino. Por ello, cobran tanta importancia aspectos como el Ramadán, consumir alimentos “halal” o la oración.

La enfermedad física se entiende como una prueba divina ⁴²⁻⁴³ y cada enfermedad se considera diferente porque atañe a personas distintas y únicas. Desde esa concepción, el tratamiento ha de ser específico para cada individuo y se encontrará fundamentalmente en la naturaleza (Dios pone la enfermedad y, por tanto, el remedio). ⁴²

4. CAPÍTULO II

4.1. Educación para la salud: definición, enfoques y modelos.

4.1.1. Definición:

Como herramienta principal de la Promoción de la Salud, destacamos la importancia de la Educación para la salud, entendida, dentro de la Atención Primaria, como: “un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para conseguir de ésta la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su salud o enfermedad”.²⁵

La Educación para la Salud (EPS) enmarcada dentro de la Promoción de la Salud (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986) sería una forma concreta de trabajo, un proceso de comunicación interpersonal orientado hacia la adquisición, por parte de la población, de conocimientos y habilidades, con el objetivo de que lleven a cabo cambios de conducta (adquieran estilos de vida saludables) y conozcan y, por tanto, estén capacitados para analizar las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en su salud, pudiendo decidir así sobre ésta.²⁵

4.1.2. Enfoques:

En relación al desarrollo del concepto y los contenidos de Educación para la Salud, Salleras distingue dos períodos, el clásico y el actual, situando la división entre ambos en la década de los setenta.²⁵

1. Período clásico.²⁵

En el año 1969 la OMS definió la Educación para la Salud como: "El proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influyen las creencias, actitudes y comportamientos en relación a la Salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando éste es necesario para una mejor Salud".

Con la EPS se pretendía pues aportar a los individuos y colectividades los conocimientos necesarios de forma que adquirieran y conservaran hábitos de salud adecuados.

Este período se ve fundamentalmente influenciado por los siguientes enfoques:

a) Biologicista.- Enfoque tradicionalmente médico que aporta información de tipo anatómico y fisiológico, ya que considera que el desarrollo de enfermedades no se relaciona con el entorno y los hábitos de los individuos.

b) Psicologicista.- A diferencia del enfoque biologicista, subraya la importancia del comportamiento individual como responsable de las prácticas de salud y, por tanto, de la morbilidad.

2. Período actual. ²⁵

En la actualidad, se toman en consideración los factores ambientales como posibles factores influyentes en el desarrollo de hábitos no saludables y por tanto de enfermedades. Además, se incluye la Educación para la Salud en la fase terciaria de la enfermedad y se intenta capacitar a la persona para que pueda participar activamente en todo el proceso.

En este período destaca el enfoque Sociologicista, cuyo concepto de Educación para la Salud quedó reflejado en la conferencia de Ottawa de 1986 sobre promoción de la Salud, donde se consideró que la EPS debe ir dirigida a educar a la comunidad requiriendo para su buen desarrollo de la participación de ésta, es decir, la comunidad debe formar parte activa en el proceso de cambio de hábitos, tanto de forma individual como colectiva.

4.1.3. Modelos:

1. Período clásico: Modelos tradicionales de Educación para la salud. ²⁵

- a) Modelo biomédico.- Plantea el aporte de conocimientos como elemento suficiente para conseguir el objetivo propuesto, es decir, la adhesión del paciente al tratamiento, entendiendo por tratamiento toda prescripción tanto medicamentosa como relacionada con la adopción de hábitos saludables.
- b) Modelo informativo.- También de carácter biologicista aunque recoge algunas aportaciones del enfoque psicologicista. Es similar al biomédico en cuanto a que entiende la falta de información como causa etiológica de la enfermedad. La información se adapta en contenido y forma a la persona receptora pero se da una comunicación unidireccional, es decir, sin opción a que el paciente aporte su punto de vista, exponga sus dificultades, sus exigencias o su visión respecto del tratamiento prescrito, sin participación activa en el proceso de cambio.
- c) Modelo conviccional o de creencias en salud.- Pone el énfasis en la información para el cambio de actitudes y sugiere que las creencias individuales (susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios, barreras, autoeficacia, estímulos para la acción) influyen en la toma de decisiones respecto a hábitos de salud.
- d) Modelo de decisiones en salud.- Psicologicista, basado en el anterior. Nuevo modelo centrado fundamentalmente en explicar el cumplimiento terapéutico.
- e) Modelo persuasivo-motivacional.- De corte psicologicista, es conocido también como modelo preventivo, actitudinal o K.A.P. (Knowledge, Actitudes, Practices) Considera necesario incluir la motivación como elemento imprescindible, posterior al proceso informativo, para la consecución de determinados hábitos.

2. Período actual: Modelos Críticos. ²⁵

- f) Modelo político - económico – ecológico.- Según este modelo los programas de EPS no pueden ir orientados únicamente al cambio de conductas sin tener en cuenta los determinantes socioeconómicos y ambientales que influyen en ellas, que pueden condicionar en gran medida la aparición de enfermedades. Hace hincapié en que las modificaciones del medio ambiente en el que se desenvuelve el individuo deben hacerse a través de leyes, dada la imposibilidad del cambio en el modelo económico existente, que propicia la existencia de diferentes clases sociales y por tanto, favorece las desigualdades en salud.
- g) Modelo de desarrollo personal y de habilidades sociales.- Pretende contribuir al desarrollo personal y social, aumentando la autoestima y dotando de los recursos necesarios para resistir las presiones sociales que inducen a desarrollar conductas no saludables.
- h) Modelo pragmático o multifactorial.- Reúne las características del modelo persuasivo-motivacional y el modelo político-económico-ecológico.

En el caso que nos ocupa, en el que pretendemos educar en hábitos alimenticios saludables a la población inmigrante musulmana, y más concretamente a las madres islámicas respecto de la alimentación de sus hijos, el enfoque y el modelo más adecuados serían el sociologicista y el pragmático o multifactorial, respectivamente.

El enfoque sociologicista pone énfasis en la participación del individuo en sus propios cuidados, lo cual tiene especial importancia si nuestro objetivo es cambiar los hábitos no saludables de un determinado individuo con el fin de mejorar su salud o de prevenir la enfermedad. Una actuación que esté centrada, no sólo en la comunicación de información sino también en adecuar ésta a el paciente en concreto teniendo en cuenta sus circunstancias y en evaluar si existe un cambio de actitud, dará mejores resultados en salud. ⁹

Elegimos el modelo pragmático o multifactorial porque tiene en cuenta todos los aspectos que pueden influir en un comportamiento, esto es las características de la propia persona y del medio que la rodea.

4.2. Educación para la salud dirigida a madres inmigrantes musulmanas.

En un principio, el patrón dominante de salud en la sociedad occidental se basaba en las enfermedades infecto-contagiosas, pero actualmente las enfermedades que más prevalecen son las de carácter crónico-degenerativo, por lo que dicho patrón se ha visto sustancialmente modificado y, en esa nueva realidad, la alimentación ha adquirido una gran relevancia como principal factor de riesgo modificable de dichas enfermedades. ¹⁸

En este contexto, los profesionales de la salud deben esforzarse por prevenir en los inmigrantes hábitos alimenticios no saludables derivados de su situación socioeconómica, que puede conllevar dificultades en el acceso a una alimentación sana y variada. ¹⁷

La alimentación, como el proceso inmigratorio, es un hecho bio-psico-social complejo, y, para abordarlo, los profesionales de la salud, necesitamos basarnos en diversas disciplinas: nutrición, enfermería, psicología, antropología... Esa interdisciplinariedad puede ofrecer métodos de intervención que tengan en cuenta la aplicación de cuidados en un contexto multicultural. ¹⁸

El ámbito sanitario más apropiado para introducir actividades que mejoren los hábitos alimenticios es la Atención Primaria, utilizando como herramienta la Educación para la Salud.

Sin olvidar a las madres, fundamentales, como ya hemos comentado, para la formación de los hijos, la educación en hábitos saludables debe prestar especial atención a los niños y niñas, ya que en la infancia se adquieren la mayoría de las costumbres, tanto favorables como desfavorables para la salud, que permanecen a lo largo de la vida. Como agentes de educación para la salud se deben tener en cuenta el medio familiar y el escolar, pues ambos ejercen gran influencia en las actitudes de niñas y niños. ¹⁸

En Educación para la Salud con inmigrantes, profesen la religión islámica o pertenezcan a cualquier otra cultura diferente, hay que tener presente que la alimentación es un factor que refuerza la conciencia de pertenencia al grupo y protege contra la aculturación. ^{17-18, 29} Así, nuestra intervención no puede basarse en el abandono de sus propios hábitos para adoptar el ideal dietético entendido por nosotros, sino en la tolerancia que permita mantener los hábitos que son saludables y eliminar pacientemente los no convenientes para la salud. ^{18, 31, 32, 43}

La Educación para la Salud con inmigrantes deberá realizarse desde un enfoque sociológico, es decir, haciendo a las personas partícipes de sus cuidados, permitiéndoles expresar sus ideas y decidir sobre su salud. ⁹ De este modo se obtendrán mejores resultados. ⁹ Además, se deberá adaptar la información a las características sociales, culturales y económicas de la persona en concreto, siendo “esencial evitar los estereotipos y pensar que una solución va a servir para todos los miembros de una raza o minoría”. ⁴⁴ Y hay que comprobar que la información ha sido entendida y seguida de un cambio de comportamiento, ya que el conocimiento por sí solo no siempre conlleva cambios de conducta. “Los cambios en el estilo de vida no son fáciles ni simples para nadie, y el asunto es más complicado con gente de diferentes culturas y sistemas de creencias.” ⁴⁴

Las creencias, la conducta y la actitud hacia la salud y la enfermedad se ven influidas, entre otros factores, por la religión y la formación cultural. ³³

Ese último factor supone una barrera importante para realizar actividades preventivas con personas musulmanas ya que proceden de un sistema sanitario de supervivencia con falta de cultura médica preventiva, ⁴³ y, además, algunos creen que no pueden evitar que les pase algo si Dios lo ha previsto para ellos, por lo que no participan en actividades de promoción de la salud y son difíciles de captar. ³² Y no hay que olvidar que algunos inmigrantes pueden encontrarse en situación ilegal o de inestabilidad laboral, lo que dificulta su acceso a los servicios sanitarios y les obliga a ser usuarios de los servicios de urgencias, haciendo complicado el seguimiento de programas preventivos del colectivo infantil por parte de los profesionales de la salud. ^{31, 45}

Además de la diferente concepción del uso de los servicios sanitarios y la incompreensión del significado preventivo de la Atención Primaria, el analfabetismo, sobre todo en mujeres, la incapacidad de leer normas escritas, el predominio de distintos dialectos del árabe clásico en la lengua hablada y la ausencia de traductor en los centros sanitarios, así como los posibles

prejuicios del personal sanitario y las costumbres de los musulmanes respecto a la comunicación (distancia interpersonal, ritmo de las conversaciones...) conllevan problemas de entendimiento que repercuten en la salud del niño. ^{26, 45-46} El 82'1% de la población reconoce tener dificultades a la hora de comunicarse con la población inmigrada y señala el idioma, la cultura, las costumbres, la religión y las creencias como motivos principales de dicha dificultad. ⁴⁷

Todos esos factores hacen que el profesional que atiende a inmigrantes deba ser tolerante, cordial, asertivo, empático y respetuoso. ⁴⁶ Madeleine Leininger dice que “la imposición y el etnocentrismo ^f por parte del profesional de enfermería reducen en gran medida el descubrimiento de conocimientos y consecuentemente la calidad de los cuidados”. ⁴⁰

El desarrollo de la capacidad para inspirar confianza se inicia con la comprensión de los rasgos culturales ⁴⁰ y, por tanto, se hace imperativo estudiar los hábitos alimenticios del individuo en su contexto cultural, de forma que adecuemos las prescripciones dietéticas respetando el valor cultural o religioso de la alimentación ^g. ⁴³ “Sólo desde la intervención culturalmente relevante y significativa es posible el éxito en el cambio y la estabilidad de los comportamientos.” ⁴⁴

Dada la situación de los inmigrantes y las dificultades descritas para acceder a ellos, será tan importante formarse culturalmente como mejorar los procesos comunicativos, para permitir de este modo una mejor comprensión de las expectativas de la persona y que alcance un nivel de satisfacción mayor con el sistema de salud. ⁴⁸ “Al respecto, Berlin y Howkes señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar.” ⁴⁸

En lo que se refiere a la aplicación de cuidados culturales, el objetivo de la enfermería respecto de los pacientes, familias y comunidades será, por tanto, la “provisión de cuidados de salud que supera las barreras culturales y sociales y tiene en consideración el contexto en el que el paciente vive al tiempo que la situación en la que surgen sus problemas de salud” ⁸. Para llevar a cabo dicho propósito, según Rachel Spector, el profesional de enfermería debería cumplir los siguientes requisitos: ^{4, 8}

- Ser culturalmente sensible: adquirir los conocimientos y actitudes necesarios para comprender las tradiciones relacionadas con la salud y la enfermedad. ^{4, 8}
- Ser culturalmente congruente: aplicar a la práctica los conocimientos adquiridos de forma que el paciente reciba el mejor cuidado posible. ^{4, 8}
- Ser culturalmente competente: tener en cuenta el contexto en el que la persona se desarrolla. ^{4, 8}

Estos requisitos se podrían corresponder con los conceptos de validación cultural y relativismo cultural.

^f Según la RAE: “Tendencia emocional que hace de la cultura propia el criterio exclusivo para interpretar los comportamientos de otros grupos, razas o sociedades.” ²⁸

^g Según Larry Purnell, adquirir competencia cultural, es decir, adaptar el cuidado de salud de manera congruente con la cultura del paciente. ⁹

La validación cultural supone la comprensión, respeto e integración, por parte del profesional de la salud, de algunos elementos culturales que pueden ser relevantes para el proceso de recuperación del enfermo.⁴⁸

Por relativismo cultural nos referimos a “la capacidad para comprender las creencias y costumbres de otros pueblos, sociedades o comunidades desde el contexto de su propia cultura.”⁶

4.3. Educación para la salud relacionada con el acceso a los alimentos.

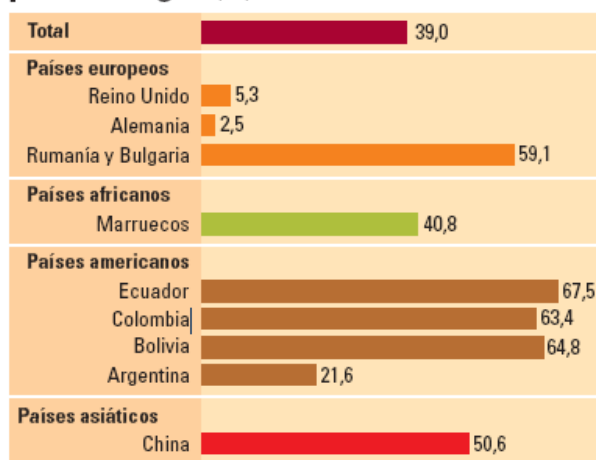
La inmigración supone un cambio brusco en la rutina de vida de las personas que inmigran, con consecuencias tanto económicas, como sociales y culturales, lo que puede conllevar trastornos en su estado de salud.^{17, 19} Como ya hemos apuntado en otros apartados de este trabajo, la alimentación es uno de los elementos alterados por el proceso migratorio, sobre todo por cuestiones socioeconómicas que dificultan el acceso a los alimentos típicos de una determinada cultura o a alimentos sanos y variados.^{17, 19} Sin embargo, también es cierto que la alimentación es un aspecto que crea conciencia de pertenencia al grupo, por lo que las personas tenderán a concentrarse o a agruparse en núcleos concretos con los de su misma procedencia, a fin de intentar mantener algunas de sus costumbres.^{17, 18, 29, 46, 49}

El Observatorio Andalusí destaca cuatro zonas geográficas de origen de los musulmanes: el Magreb, Occidente Subsahariano, Oriente Próximo y Oriente Medio.¹⁶ Teniendo en cuenta este dato y que en España se considera inmigrante económico a toda persona procedente de cualquier país excepto de los de la Unión Europea, Suiza, los países nórdicos, EEUU, Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda, los inmigrantes musulmanes forman parte del conjunto de inmigrantes económicos.^{h 12}

Los inmigrantes suelen presentar problemas laborales, ya sea por inestabilidad en el empleo o por explotación, sobre todo si se encuentran en situación irregular.²⁶ Según el Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística 1/2009, uno de cada tres inmigrantes permanece en su primer empleo y el 43,5% ha tenido tres o más empleos, ascendiendo a 2,6 la media de contratos laborales de los trabajadores inmigrantes.¹⁴

Además, los inmigrantes que se ven obligados a enviar dinero a su país de origen viven de forma precaria, con lo que le queda, en el país de acogida.²⁶ Datos del INE afirman que el 39% de los inmigrantes envían remesas de dinero fuera de España (en el caso de Marruecos el 40,8%, como podemos ver en la tabla de la derecha).¹⁴

Inmigrantes que envían remesas a su país de origen (%)



^h Personas que proceden de países deprimidos económicamente, que se enfrentan a una serie de dificultades comunes y tienen necesidades similares en el país receptor.¹²

Otro dato importante es que la mayoría de los inmigrantes (80'6%) tiene intención de permanecer en nuestro país por un período de al menos cinco años.¹⁴ Estos planes de permanencia hacen suponer que se planteen la reagrupación familiar; de hecho el 24'8% de los inmigrantes afirma tener intención de traer a sus familiares a España.¹⁴ En el caso de los inmigrantes musulmanes, si la familia se ha reagrupado, la economía suele ser de subsistencia debido a que los sueldos no suelen ser altos y a que son muchos los miembros de la familia. ²⁶

En esta situación, para la mayor parte de los inmigrantes, ya sean musulmanes o no, lo principal, incluso por encima de la salud, será el ahorro económico, lo que coincide con el primer motivo para emigrar. ³² Así, el valor del ahorro organizará la vida de estas personas en todos los ámbitos, incluida la alimentación. ³²

En el proceso migratorio se pueden distinguir tres fases, cada una de ellas con unas características diferenciadas que permitirán o no el acceso a determinados alimentos y consecuentemente la aparición o no de ciertos problemas de salud.¹⁷ Los factores fundamentales a tener en cuenta en cada fase del proceso migratorio por el profesional de la salud, cuando realice Educación para la Salud en materia de alimentación, serán los que se describen a continuación:

- En general, en la primera fase del proceso migratorio el varón llegará solo en busca de empleo y no le será fácil acceder a sus alimentos tradicionales. Especialmente en estos momentos, las dificultades sociales, culturales, económicas e idiomáticas supondrán barreras en la selección de los alimentos y, por tanto, podrán conducir a mantener unos hábitos alimenticios poco saludables y de riesgo para el desarrollo de enfermedades como, por ejemplo, la obesidad.¹⁷ Esta situación puede obligar también a abandonar, total o parcialmente, las tradiciones culinarias y las directrices religiosas dietéticas, que podrán retomarse cuando la economía personal lo permita.

17, 20

Como hemos señalado, en esta fase del movimiento migratorio el padre suele llegar solo al país receptor. Sin embargo, en el caso de que venga acompañado de madres e hijos, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos en el trato con las madres inmigrantes musulmanas: las particularidades de la zona de origen (los hábitos dietéticos, los rasgos culturales, las tradiciones en salud...), las desigualdades sociales y económicas entre países (como pueden ser la formación deficitaria y el deficiente control sanitario de los alimentos) y los trastornos vinculados tanto con la migración como con las condiciones de trabajo. ⁵⁰

- La segunda fase es la de reagrupación familiar. En esta etapa, los inmigrantes se integran en grupos sociales y encuentran más fácilmente sus alimentos tradicionales. En el caso de los musulmanes, saber leer y escribir en español en lugar de favorecer un mayor grado de aculturación facilita el mantenimiento o la recuperación de hábitos tradicionales como el consumo de sopas o dulces. ¹⁷

En este período pueden aparecer alteraciones relacionadas con las deficiencias económicas y sociales, como por ejemplo descompensaciones nutricionales, ya sea por exceso o por defecto de determinados alimentos. ⁵⁰

En lo que se refiere a los problemas de salud relacionados con la ingesta de alimentos, los niños que profesan la religión islámica suelen presentar una alimentación carencial en vitamina D (por lo que se aconseja la quimipprofilaxis con vitamina D desde el nacimiento hasta los dos años) y en calcio, debido a que no consumen leche de vaca y toman pan rico en fitatos, lo que dificulta la absorción del calcio. ³¹ Estos dos hechos y la escasa exposición al sol pueden dar lugar al desarrollo en los dos primeros años de vida de raquitismo carencial, una enfermedad deformante del esqueleto. ^{31, 51} El retraso en el crecimiento afecta dos veces más a los niños procedentes del ámbito rural que a los del ámbito urbano. ⁵² La desnutrición no es muy frecuente. ³¹

En relación con la introducción de los alimentos, es importante saber que en la cultura islámica no se dan recomendaciones al respecto, por lo que éstos se ofrecen precozmente, comiendo del plato familiar. ^{26, 31} Por ello, debe hacerse hincapié en la introducción de los alimentos de forma paulatina, respetando la Ley Coránica referente a los alimentos permitidos y prohibidos y resaltando la importancia de no aportar alimentos dulces o salados ni con contenido en gluten de forma prematura. Con respecto al consumo de té, bebida muy popular en la cultura musulmana, debe aconsejarse a las madres que, en caso de darse, el consumo por parte de sus hijos e hijas tenga lugar entre las comidas, de modo que se evite el secuestro del hierro presente en los alimentos. ²⁶

- La tercera y última fase, supone una adaptación progresiva a los hábitos alimenticios del país de acogida, aunque esto no tiene porqué suponer un abandono total de los hábitos propios. ¹⁷ Este hecho puede estar relacionado con la llegada de la estabilidad laboral del hombre y la consiguiente mejora económica.¹⁷ Las mujeres musulmanas, como encargadas de ejercer el rol de cuidadoras de la familia, ²⁶ juegan un papel muy importante en el proceso de aculturación alimentaria, al cocinar de acuerdo con las demandas de su familia, sobre todo de sus hijos, que tenderán a imitar las preferencias alimenticias de sus compañeros de la escuela. ¹⁸ Los principios de condimentaciónⁱ, muy típicos en la cocina musulmana, son los más resistentes al cambio. ¹⁸ En los grupos donde se aprecia un mayor grado de aculturación, es más frecuente el consumo de leche, carnes, pescados, verduras, legumbres y ciertos alimentos tradicionales como sopas, dulces o condimentos, por lo que la dieta es más variada y de mayor calidad. ¹⁷

Sin embargo, la llegada a un país donde el consumo y las nuevas tecnologías tienen tanta importancia, la mejora en los niveles de vida, la urbanización y la posible adquisición del patrón alimenticio occidental pueden suponer factores de riesgo para el desarrollo de obesidad. ⁵²⁻⁵³ De hecho se ha apreciado un aumento en el consumo de grasas y azúcar y cambios en el patrón de actividad física con tendencia al sedentarismo. ⁵³⁻⁵⁴ Existe un aumento en la prevalencia de obesidad en las mujeres marroquíes, que emigran del medio rural al urbano, que se sitúa ahora en un 34%. ⁵⁴ Aunque no hemos encontrado datos de prevalencia de obesidad en la población infantil inmigrante musulmana, cabe prever, según lo expuesto, que este grupo de población esté en riesgo de padecer el mencionado problema de salud.

ⁱ En Marruecos se suelen utilizar el comino, canela, cilantro, jengibre, cebolla, tomate y fruta. ¹⁸

4.4. Educación para la salud relacionada con el significado simbólico de la comida.

En el caso de las madres y de los niños y niñas inmigrantes musulmanes, el significado simbólico de la comida se ve reflejado en dos aspectos: las pautas dietéticas religiosas y la identidad personal.^{17-18, 29-30} De acuerdo con estos factores, adoptarán una dieta concreta y llevarán a cabo unos rituales específicos en relación con la alimentación que el profesional de enfermería debe conocer y tener presentes a la hora de planificar su estrategia de educación para la salud.

Las religiones de carácter monoteísta consideran que comer es un acto sobre todo carnal y pasional, opuesto a los objetivos de trascendencia y predominio del espíritu sobre la materia. En este sentido, y de acuerdo con Eckstein, los alimentos deben contribuir, fundamentalmente, a tres finalidades:²⁹

1. Comunicarse con Dios.
2. Demostrar fe mediante la aceptación de las directrices divinas concernientes a la dieta.
3. Desarrollar una disciplina mediante el ayuno.²⁹

Por estos motivos, todos los sistemas de creencias contienen algún tipo de prescripción dietética indicando lo que se considera bueno o malo para el cuerpo, el alma y la salud. En general, las constricciones relacionadas con la dieta se refieren a:²⁹

1. Qué alimentos pueden ser comidos y cuáles no.
2. Qué comer en determinados días del año.
3. Las horas del día en las que deben ser tomados (o no) los alimentos.
4. Cuándo y cuán largo debe ser el ayuno.²⁹

Así, la Ley coránica prescribe los alimentos permitidos (halal) y prohibidos (haram), además del ayuno (Ramadán).

Las personas de religión islámica consideran que ayunar es solidarizarse con quienes pasan hambre y que quien ayuna crece espiritualmente.³³ Las enfermeras debemos saber que hay personas que aún estando exentas de realizar ayuno, por su alto nivel de fe y creencia, desean participar de este ritual.²⁶ También hay que tener en cuenta que muchos niños y niñas siguen el mismo horario de comidas que los adultos durante el mes de Ramadán, realizando una comida (llamada sehri) antes de la salida del sol y otra (denominada iftar) al anochecer.³¹ Además, algunas madres en período de lactancia, aunque dicha circunstancia les exima de ayunar, no desean renunciar a él.²⁶

Teniendo en cuenta lo anterior, en el caso de que la niña o el niño estén enfermos se intentará ajustar el tratamiento médico a una pauta de dos veces al día, una antes del alba y otra tras la

puesta de sol,³¹ y con las madres en periodo de lactancia habrá que valorar la introducción de lactancia mixta.²⁶

La enfermera deberá prestar especial atención a las niñas y a los niños que padezcan diabetes, educando a éstos y a sus padres en las medidas a adoptar respecto de su enfermedad, en caso de que deseen realizar el Ramadán. La distribución de las comidas durante el período de ayuno hace que se acumule una cantidad excesiva de hidratos de carbono en tan sólo dos momentos del día, dando lugar a una importante hiperglucemia posterior a la ingesta.³⁴ Por otro lado, el ayuno prolongado durante el día puede provocar frecuentes hipoglucemias si no se lleva un control adecuado del tratamiento.³⁴ Debido a esto, deberán darse las siguientes recomendaciones en relación al tratamiento farmacológico:³⁴

- En el ayuno diurno debe abandonarse la insulina de acción rápida y mantener las dosis de insulina lenta.
- La insulina rápida se aplicará en las dos comidas diarias.
- No debe disminuirse en exceso la dosis de insulina lenta, ya que el ayuno con un déficit de insulina incrementa la probabilidad de aparición de cetoacidosis.

En cuanto a las recomendaciones dietéticas, hay que tener en cuenta que en la cocina islámica se elaboran múltiples platos a base de dulces y confituras, especialmente para ser consumidos durante el Ramadán, por lo que se darán los siguientes consejos:³⁴

- Debe disminuirse el consumo de platos con alto contenido en azúcares durante el iftar (comida al anochecer). En su lugar podemos incluir platos de menor contenido en hidratos de carbono como burfi^j.
- Aumentar la ingesta de alimentos ricos en almidones como, por ejemplo, el arroz basmati.
- Se aconseje consumir fruta, vegetales y yogur en las dos comidas diarias.
- Retrasar lo máximo posible la comida que se realiza antes de la salida del sol.
- Evitar zumos o refrescos.
- Se puede consumir té siempre y cuando no se añada azúcar. El uso de edulcorantes artificiales está permitido.
- Reducir los alimentos fritos como paratha^k.

^j Burfi o barfi es un dulce de la cocina india a base de leche condensada cocida con azúcar. En ocasiones se condimenta con fruta, frutos secos o especias.⁵⁵

^k Pan plano elaborado con harina de trigo. Se fríe y se rellena de diferentes verduras.⁵⁶

Como dijimos al principio de este apartado, la comida es importante no sólo desde el punto de vista de la religión sino también de la formación de la identidad personal. La forma de alimentarnos nos conecta con nuestro origen y crea identidad de grupo, definiéndonos y diferenciándonos de los demás grupos de la sociedad, por lo que las costumbres alimentarias cobran especial relevancia al emigrar. Debido a esto, la alimentación es el factor que menos se altera durante el proceso de aculturación, porque, aunque algunos ingredientes se puedan modificar, de acuerdo con su disponibilidad en el país que acoge, los procedimientos culinarios y algunas tradiciones se mantienen.⁴⁹

Antes, los inmigrantes musulmanes tenían mayores dificultades para encontrar comida “halal” y, por tanto, para cumplir las directrices dietéticas que impone su religión. Sin embargo, actualmente resulta más fácil mantener los hábitos alimenticios específicos de una determinada cultura cuando se emigra, debido al desarrollo de los transportes y del comercio, que han abaratado el coste de los alimentos, y a la progresiva legislación sobre los derechos de las minorías religiosas, a fin de preservar o respetar el sentido de identidad que aporta la religión y la cultura.²⁰

Está claro que cuanto mayor sea la disponibilidad de un alimento más sencillo resultará incorporarlo a la dieta.⁴⁴ En este sentido, en los últimos años, la industria alimentaria ha visto a los musulmanes como posibles clientes que necesitan productos no fácilmente disponibles o poco asequibles en un país no islámico.²⁰ Los fabricantes de productos alimentarios han querido dar una respuesta a estos nuevos consumidores, facilitando la adquisición de los productos y mejorando la información sobre la composición de los alimentos colocados en el mercado.⁴⁹

La Junta Islámica de España creó en 1986 el Instituto Halal, organismo encargado de gestionar la Marca de Garantía Halal para el etiquetado de los alimentos.²⁹ Ese proyecto se puso en marcha en 1998, pero la falta de un etiquetado riguroso creó desconfianza entre el colectivo musulmán y muchos de ellos optaron por abrir sus propias tiendas y carnicerías. Se ha intentado solventar dicha desconfianza y en la actualidad hay en España más de 50 empresas que cuentan con la certificación de Garantía Halal de la Junta Islámica,⁵⁷ así como 25 mataderos ubicados sobre todo en zonas con una población musulmana importante (Barcelona, Valencia o Sevilla, entre otros).⁵⁸ A pesar de esto, sigue existiendo una cierta indiferencia respecto de la normativa legal existente, lo que se percibe sobre todo en las instituciones (en los comedores escolares, por ejemplo, no hay un plato que sustituya al que no pueden tomar los niños musulmanes.²⁹ La normativa andaluza es la única que recoge de manera explícita el respeto a las creencias religiosas como causa de excepción al menú escolar común).⁴⁹

En este contexto, en ocasiones resulta complicada, para los profesionales de la salud la sustitución de los platos o productos típicos de los países de origen por otros más propios de nuestro país o comunidad.⁴³ Por un lado, dicha sustitución puede suponer un gasto que el inmigrante no se puede permitir y, por otro, nos encontramos con el posible problema de identidad y el consecuente rechazo por parte de la persona inmigrante a dicha sustitución.⁴³

Es importante que los profesionales de la enfermería tengamos en cuenta las dificultades mencionadas, así como otras que vayamos descubriendo en el desarrollo de nuestro trabajo, y que intentemos preservar, en la medida de lo posible, los hábitos de la población a tratar, conociendo sus costumbres, permitiendo su implicación en los cuidados y aportando alternativas culturalmente adaptadas, a fin de respetar el significado simbólico de la alimentación (prescripciones religiosas e identidad).⁴³

5. CONCLUSIONES

Actualmente, en nuestra sociedad multicultural, convivimos con un grupo numeroso de personas inmigrantes musulmanas (3%) ¹⁶ que tiene características socioculturales y necesidades de salud específicas. Los profesionales de la enfermería debemos adaptarnos a dicha situación y adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para aplicar cuidados culturalmente competentes a este grupo de población. ^{4, 9-10}

Como hemos visto a lo largo de la presente monografía, el proceso migratorio supone una serie de cambios y dificultades que pueden influir de forma directa o indirecta en la salud de las personas inmigrantes. Uno de los factores que se altera con la migración es la alimentación, ya que, aún siendo uno de los aspectos más enraizados en la vida de los pueblos, es susceptible de variación provocada por los cambios económicos, sociales y culturales que se producen en la vida de las personas al llegar al país de acogida. ¹⁷⁻¹⁹

El proceso migratorio puede conllevar la adopción de hábitos alimenticios no saludables, debido a las dificultades inherentes a él, que limitan el acceso a alimentos sanos y variados, o a la adaptación de la propia dieta a la del país de acogida. ^{17, 19} En este sentido y dentro del colectivo inmigrante de religión islámica, las mujeres cobran gran importancia, por su rol de cuidadoras de la familia y por cocinar de acuerdo con las preferencias dietéticas de su prole, que pueden verse influidas por las de sus compañeros y compañeras de clase. ¹⁸

Los países occidentales en los que es característica la sobrealimentación están viviendo un incremento importante de enfermedades relacionadas con ella, como, por ejemplo, la obesidad.¹⁸ Y, a pesar de no haber podido obtener datos sobre prevalencia de la obesidad en la población inmigrante infantil de origen o ascendencia musulmana, dados los datos citados y el aumento de la obesidad en las mujeres de origen marroquí, se hace necesario un esfuerzo en la consulta de enfermería para desarrollar estrategias de salud que favorezcan la adopción de hábitos saludables por parte de la población en general, y de la población infantil musulmana en particular. ⁵⁵

Para la planificación de dichas estrategias, los profesionales de la enfermería debemos tener un conocimiento previo de los aspectos culturales, sociales y económicos que pueden influir en los hábitos alimenticios del grupo de población al que van a dirigirse. En el caso de las madres y de las niñas y los niños inmigrantes musulmanes habrá que tener en cuenta los siguientes factores: la religión, pues determina en gran medida qué alimentos se pueden o no consumir y cuándo, la economía familiar, porque de ella dependerá el acceso a los alimentos, y, por último, todo lo referente a la comunicación, con el fin de saber cómo dirigirnos a estas personas, sin olvidar que el idioma supone una barrera importante, ya que las mujeres musulmanas tienen menor acceso a la educación y, además, están relegadas al cuidado del hogar, por lo que tienen mayores problemas para aprender el nuevo idioma. ²⁶

Recordamos, para terminar, que, aunque estudiemos las características generales de un grupo concreto de población, cada persona en particular vive unas circunstancias diferentes y tiene una forma distinta de actuar y de afrontar la situación, por lo que el mensaje debe ser individualizado y estar adaptado culturalmente. ⁴⁴

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Kérouac S, Jacinthe P, Ducharme F, Duquette A, Major F. Grandes corrientes del pensamiento. En: Éditions Études Vivantes de Laval (Québec), editor del libro. El pensamiento enfermero. Versión española. Barcelona: Masson; 1996. p. 2-21.
2. Siles González J, García Hernández E. Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en Enfermería. *Enferm Científ.* 1995; Julio-Agosto (160-161): 15-18.
3. Siles González J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enferm Científ.* 7(4): 188-194.
4. Siles J, Cibanal I, Vizcaya f, Gabaldón E, Domínguez J.Mª, Solano C, García E. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cul Cuid.* 2ª Semestre 2001. Año V (10): 72-87.
5. Ponte Mittelbrunn C. Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. [Internet]. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias; [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf
6. Romero Torres MC. La transculturalidad es parte de la evidencia del cuidado de enfermería. Biblioteca Lascasas, 2008 [acceso 26 de mayo de 2012]; 4(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0350.pdf>
7. Spector R. La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. *Cul Cuid.* 1º y 2º Semestres 2000. Año IV (7-8): 116-126.
8. Spector R. Enfermería de cuidados culturales. *Cul Cuid.* 1º Semestre 2002. Año VI (11): 5-10.
9. Purnell L. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cul Cuid.* 2º Semestre 1999. Año III (6): 91-97.
10. Rohrbach-Viadas C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leiniger. *Cul Cuid.* 1º Semestre 1998. Año II (3): 41-45.
11. Fundación Luis Vives [sede Web]. Madrid: Fundación benéfico-asistencial por Orden Ministerial [acceso 26 de mayo de 2012]. Igualdad de trato: el fenómeno de la inmigración en España. Disponible en: http://www.fundacionluisvives.org/temas/igualdad_de_trato/politicas_e_iniciativas_en_el_ambito_racial_o_etnico/el_fenomeno_de_la_inmigracion_en_espana/index.html
12. Pallas Alonso CR, de la Cruz Bértolo J. Inmigración y salud infantil. Una perspectiva diferente. *Rev Pediatr Aten Primaria.* Abril/junio 2003. V (18): 9-16.
13. INE. España en cifras 2010. Instituto Nacional de Estadística. Nº INE: 121.
14. INE. Cifras INE. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. 2009. Encuesta nacional de inmigrantes. 1/2009.
15. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor y extranjeros con autorización de estancia por estudios en vigor a 30 de junio del 2010. Ministerio de trabajo e inmigración. Agosto 2010. 2/2010.
16. Observatorio Andalusí. Estudio demográfico de la población musulmana. Explotación estadística del censo de ciudadanos musulmanes en España referido a fecha 31/12/2010. Unión de Comunidades Islámicas de España, UCIDE; 2011.
17. Montoya Saéz P.P., Torres Cantero A.M., Torija Isasa M.E. La alimentación de los inmigrantes marroquíes de la Comunidad de Madrid: factores que influyen en la selección de los alimentos. *Aten Primaria.* Marzo 2001. 27 (4): 264-270.

18. Piqué Prado, E.M. Alimentación e inmigración. *Enferm Comun* [revista en Internet] 2006 [26 de mayo de 2012]; 2(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec6453r.php>
19. Gallar M, Maestre J, Lillo M, Casabona I, Domínguez J.M. Consumo de alimentos en inmigrantes de Elda y Comarca. *Cul Cuid*. 2º Semestre 2007. Año XI (22): 56-63.
20. Ferrara M. Food, Migration and Identity. Halal food and Muslim imigrants in Italy. [Internet]. 2011 [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: http://kuscholarworks.ku.edu/dspace/bitstream/1808/7895/1/Ferrara_ku_0099M_11530_DATA_1.pdf
21. Ley 26/1992, de 10 de noviembre, por la que se aprueba el Acuerdo de Cooperación del Estado con la Comisión Islámica de España. *Boletín Oficial del Estado*, nº 272, (12-11-1992).
22. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados de del estudio enKid (1998-2000). *Med Clin*. 2003; 121(19): 725-732.
23. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio de prevalencia y obesidad infantil ALADINO. [Internet]. Edición 2010. [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/.../ALADINO.pdf
24. Gobierno de Cantabria. Conserjería de sanidad. Encuesta de salud de Cantabria 2006. ESCAN 06.
25. Aula Virtual. Enfermería y educación para la salud [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: www.fuden.es/FICHEROS.../aula/aula_acredit_eps_oct04.pdf
26. Sociedad de pediatría de atención primaria de Extremadura. Foro pediátrico [Internet]. Enero 2004. [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.spapex.es/pdf/bol14.pdf>
27. Fernández Oliver A.L., Mgueramen Jilali R, Rojas Mata M. Enfermería sin fronteras. “Enfermería y el paciente musulmán”. *Enfermería Docente*. 2011; 94: 16-21.
28. Real Academia Española. [Internet]. [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
29. Contreras J. Alimentación y religión. *HUMANITAS, Humanidades Médicas*. 2007; (16): 1-22.
30. Programa Perseo. Evaluación del IMC en niños y niñas [Internet]. [acceso 26 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/imc/evaluacion_imc_ninos.pdf
31. Alonso Álvarez Mª A, Alonso Franch M, Aparicio Hernán A, Aparicio Rodrigo M, Aranceta Bartrina J, Arroba Lasanta MªL, et al. Manual práctico de nutrición en pediatría. [Internet]. Madrid: Ergon; 2007 [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.spponline.net/documentos/manualnutricion.pdf>
32. Gentil García I. Educación para la salud a inmigrantes marroquíes. *Cul Cuid*. 1º Semestre 2005; Año IX (7): 54-58.
33. Andel Harem Odeh Yosef. Health Beliefs, Practice, and Priorities for Health Care of Arab Muslism in te United Status. *J Transcult Nurs*. 2008; 19 (3): 284-291.
34. Murillo-García S. Adaptaciones dietéticas a la diabetes para la población musulmana. *Jano*. Mayo 2006; (1609): 41-42.
35. El Corán. Barcelona: P. Editoriales.
36. Real Decreto 1384/2011, de 14 de octubre, por el que se desarrolla el artículo 1 del Acuerdo de Cooperación del Estado con la Comisión Islámica de España, aprobado por la Ley 26/1992, de 10 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 255, (22-10-2011).
37. Instituto halal [sede Web]. [acceso 26 de mayo de 2012]. Presentación. Disponible en: <http://www.institutohalal.com/presentacion/>

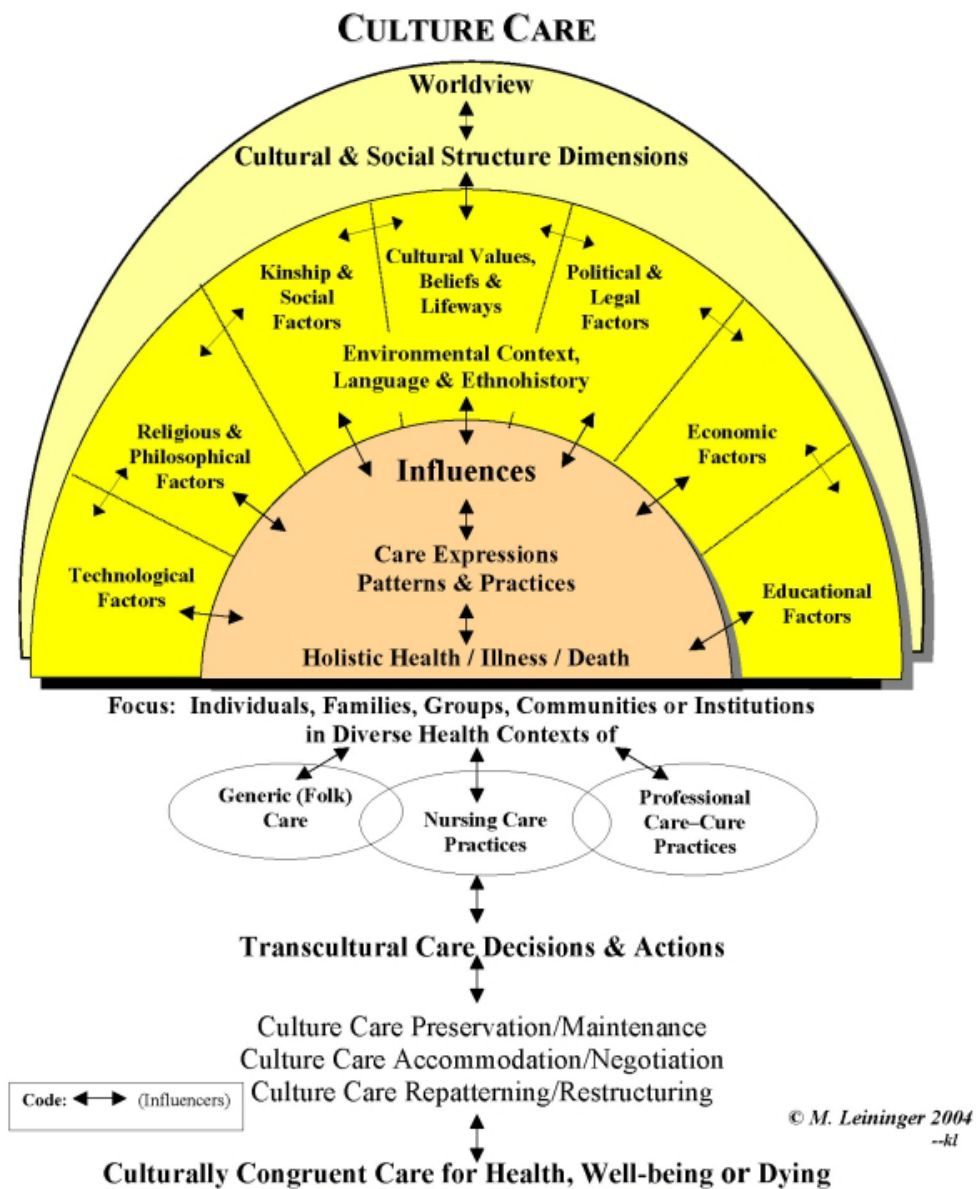
38. Eroski consumer [sede Web]. 2004; [acceso 26 de mayo de 2012]. Normativa legal. Disponible en: <http://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/normativa-legal/2004/07/05/13205.php>
39. Webislam [sede Web]. 2011 [acceso 26 de mayo de 2012]. Artículos. Disponible en: <http://www.webislam.com/articulos/62604-entrevista-a-isabel-romero-directora-del-instituto-halal.html>
40. Gentil García I. Educación para la salud en las familias inmigrantes marroquíes. Cul Cuid. 2º Semestre 2008; Año XII (24): 114-118.
41. Rubio Rico L, Ferrater Cubells M. Los conceptos salud y enfermedad contenidos en el Corán. Cul Cuid. 2º Semestre 2006; Año X (20): 122-128.
42. Gentil García I. Consideraciones para la práctica de cuidados a inmigrantes marroquíes. Cul Cuid. 2º Semestre 2007; Año XI (22): 50-55.
43. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Estudio sobre determinantes de salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria. Edita: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria; 2010.
44. Winham D. Culturally Tailored Foods and Cardiovascular Disease Prevention. Am J Lifestyle Med. 2009; (3 Suppl 1): 64-68.
45. Fumadó V. Patología en los niños inmigrantes [artículo especial]. 11-18.
46. Poch J, Montesceoca A, Hernández Borges A, Aparicio J.L., Herranz M, Almaraz López R, et al. Valoración del niño inmigrante. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl 1):35-48.
47. Sánchez Gea M, Folguera Arnau M, García López A, Miguelsanz García S, Fernández Cuesta A. Inmigración y formación continuada en el colectivo de enfermería de la región sanitaria de Lleida. Cul Cuid. 2º Semestre 2006; Año X (20): 99-108.
48. Alarcón A, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil. 2003; 131: 1061-1065.
49. Abu- Shams Leila. Inmigración marroquí en España: connotaciones sociales y culturales. [Internet] [acceso 26 de mayo de 2012] Disponible en: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/esthom/esthompdf/esthom24/art23.pdf>
50. Jansá JM., García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004; 18 (supl): 207-213.
51. Cabot Dalmao A. Enfermedades reemergentes en niños de familias inmigradas. Jano. 2006; (1610): 33-38.
52. Sabah Benjelloun. Las disparidades entre el medio urbano y el medio rural en Marruecos: una realidad que la asociación euromediterránea debe tener en cuenta. [Internet]. [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.iemed.org/publicacions/detalls/agriculturalibre/benjelloun.pdf>
53. Martínez JMA, Pérez Diéguez JC. Relación entre las tecnologías para el ocio y el tiempo libre y el índice de masa corporal (IMC) en escolares de etnia gitana e inmigrantes marroquíes. [Internet] [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: http://virtual.tecnoneet.org/documentos/2008/1/1_16.pdf
54. Martín-Guerrero AC, Gutiérrez-Fisac JL, Guayar-Castillón P, Banegas Banegas JR, Regidor E, Rodríguez-Artalejo F. Prevalencia de obesidad en inmigrantes en Madrid. Med Clin. 2010; 134 (11): 483-485.
55. Wikipedia. La enciclopedia libre. [sede Web] [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Barfi>
56. Wikipedia. La enciclopedia libre. [sede Web] [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Paratha>
57. Web Islam. [sede Web]. [acceso 26 de mayo de 2012] Artículos. Disponible en: <http://www.webislam.com/articulos/27293-la-marca-de-garantia-halal-de-junta-islamica.html>

58. Web Islam. [sede Web]. [acceso 26 de mayo de 2012] Artículos. Disponible en:
[http://www.webislam.com/articulos/32889-
mataderos_de_toda_espana_sacrifican_reses_por_el_rito_halal_desde_hace_anos.html](http://www.webislam.com/articulos/32889-mataderos_de_toda_espana_sacrifican_reses_por_el_rito_halal_desde_hace_anos.html)

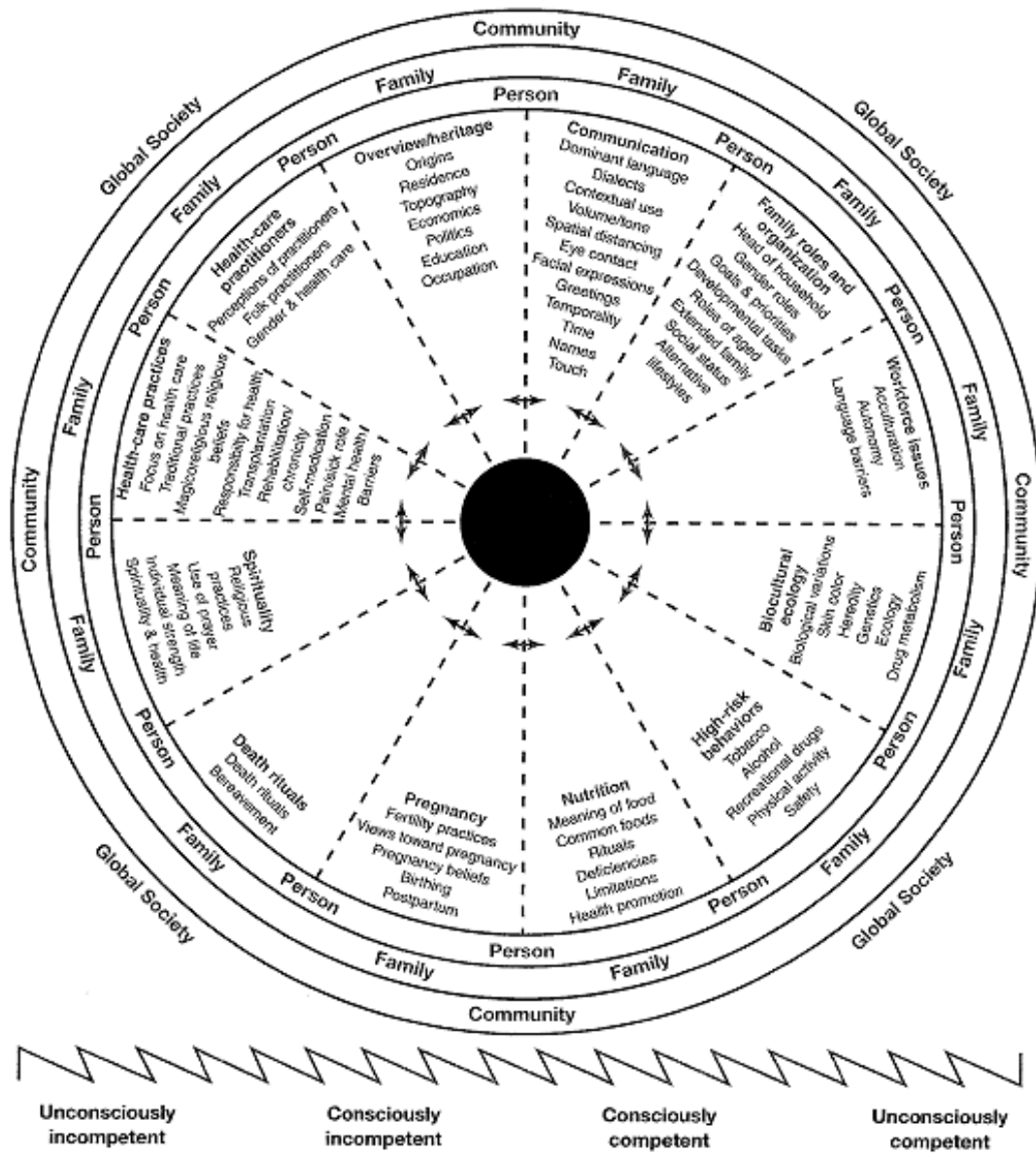
7. ANEXOS.

7.1. ANEXO I

Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care



7.2. ANEXO II



7.3. ANEXO III



7.4. ANEXO IV

DIRECTRICES GENERALES PARA EL USO DEL TÉRMINO “HALAL”

CAC/GL 24-1997¹

La Comisión del Codex Alimentarius admite que puede haber ligeras diferencias de opinión en la interpretación de lo que son animales lícitos e ilícitos y del sacrificio según las distintas escuelas islámicas de pensamiento. Por tanto, estas directrices generales están sujetas a la interpretación de las autoridades competentes de los países importadores. No obstante, los certificados otorgados por las autoridades religiosas del país exportador deberán ser aceptados en principio por el país importador, salvo cuando este último justifique otros requisitos específicos.

1. ÁMBITO DE APLICACIÓN

- 1.1 Las presentes directrices recomiendan las medidas que deben adoptarse para las declaraciones de propiedades “halal” en el etiquetado de los alimentos.
- 1.2 Las presentes directrices se aplican al empleo del término “halal” y otros términos equivalentes en las declaraciones de propiedades con arreglo a la definición de la *Norma General del Codex para el Etiquetado de los Alimentos Preenvasados*, incluido su uso en marcas registradas, nombres de fábrica, y nombres comerciales.
- 1.3 Las presentes directrices tienen por objeto complementar el Proyecto de Revisión de las Directrices Generales del Codex sobre Declaraciones de Propiedades, sin perjuicio de ninguna de las prohibiciones en ellas establecidas.

2. DEFINICIÓN

- 2.1 Se entiende por alimentos “halal”, los alimentos permitidos en virtud de la ley islámica, los cuales deberán satisfacer los requisitos siguientes:
 - 2.1.1 no incluir en su composición ni contener nada que sea considerado ilícito con arreglo a la ley islámica;
 - 2.1.2 haber sido preparados, elaborados, transportados o almacenados utilizando aparatos o medios que exentos de todo aquello que sea ilícito con arreglo a la ley islámica; y
 - 2.1.3 no haber estado, durante su preparación, elaboración, transporte o almacenamiento, en contacto directo con un alimento que no satisfaga los

¹ Las *Directrices del Codex para el Uso del Término “Halal”* han sido adoptadas por la Comisión del Codex Alimentarius en su 22º período de sesiones (1997).

requisitos de los apartados 2.1.1 y 2.1.2 anteriores.

2.2 No obstante la sección 2.1 anterior:

2.2.1 el alimento “halal” puede ser preparado, elaborado o almacenado en diferentes secciones o líneas dentro del mismo local donde se produzcan alimentos “no halal”, siempre y cuando se tomen las medidas necesarias para prevenir cualquier contacto entre alimentos “halal” y “no halal”;

2.2.2 el alimento “halal” puede ser elaborado, procesado, transportado o almacenado en locales previamente utilizados para alimentos “no halal”, siempre y cuando se hayan observado procedimientos de limpieza adecuados según los requisitos islámicos.

3. CRITERIOS PARA EL EMPLEO DEL TÉRMINO “HALAL”

3.1 Alimentos lícitos

Podrá utilizarse el término “halal” en relación con los alimentos que sean considerados lícitos. Con arreglo a la ley islámica, todas las fuentes de alimentos son lícitas, salvo las que se indican a continuación, incluidos los productos obtenidos de las mismas y sus derivados que se consideren ilícitos:

3.1.1 Alimentos de origen animal

1. Cerdos y jabalíes.
2. Perros, serpientes y monos.
3. Animales carnívoros con garras y colmillos, como leones, tigres, osos y otros animales similares.
4. Aves de presa con garras, como águilas, buitres y otras aves similares.
5. Animales dañinos como ratas, ciempiés, escorpiones y otros animales similares.
6. Animales a los que el Islam prohíbe matar, por ejemplo, hormigas, abejas y pájaros carpinteros.
7. Animales que en general se consideran repulsivos, como piojos, moscas, gusanos y otros animales similares.
8. Animales que viven tanto en la tierra como en el agua, como ranas, cocodrilos y otros animales similares.

9. Mulas y burros domésticos.

10. Todos los animales acuáticos venenosos y peligrosos.

11. Todo animal que no haya sido sacrificado con arreglo a la ley islámica.

12. La sangre.

3.1.2 Alimentos de origen vegetal

Plantas y sustancias estupefacientes y peligrosas, excepto cuando la toxina o el riesgo puede eliminarse durante su elaboración.

3.1.3 Bebidas

a) Bebidas alcohólicas

b) Todo tipo de bebidas estupefacientes y peligrosas.

3.1.4 Aditivos alimentarios

Todos los aditivos alimentarios derivados de los renglones 3.1.1, 3.1.2 y 3.1.3.

3.2 Sacrificio

Todos los animales de tierra lícitos serán sacrificados con sujeción a las reglas establecidas en el *Código del Codex Recomendado de Prácticas para Carnes Frescas^m* y los requisitos siguientes:

3.2.1 El matarife deberá ser un musulmán que esté en posesión de sus facultades mentales y conozca los procedimientos islámicos del sacrificio.

3.2.2 El animal que vaya a ser sacrificado deberá ser lícito de acuerdo con la ley islámica.

3.2.3 El animal que vaya a ser sacrificado deberá estar vivo o considerarse que está vivo en el momento del sacrificio.

3.2.4 Durante el sacrificio deberá pronunciarse la frase "Bismillah" (En el nombre de Alá) inmediatamente antes del sacrificio de cada animal.

3.2.5 El utensilio empleado para el sacrificio deberá ser afilado y no deberá separarse del animal durante el acto del sacrificio.

^{m 2} CAC/RCP 11.

- 3.2.6 En el acto del sacrificio deberán seccionarse la tráquea, el esófago y las principales arterias y venas de la zona del cuello.

3.3 Preparación, elaboración, envasado, transporte y almacenaje

Todos los alimentos deberán ser preparados, elaborados, envasados, transportados y almacenados de modo que se ajusten a las secciones 2.1 y 2.2 anteriores y a los *Principios Generales del Codex sobre Higiene de los Alimentos* y otras normas pertinentes del Codex.

4. REQUISITOS DE ETIQUETADO ADICIONALES

- 4.1 Cuando se haga una declaración de que el alimento es halal, en la etiqueta deberá figurar la palabra “halal” u otros términos equivalentes.
- 4.2 Con arreglo al Proyecto de Revisión de las Directrices Generales del Codex sobre Declaraciones de Propiedades, las declaraciones de propiedades “halal” no deberán utilizarse de modo que puedan originar dudas en cuando a la seguridad de otros alimentos análogos, o en declaraciones de propiedades que den a entender que los alimentos “halal” son, desde el punto de vista nutricional, superiores o más saludables que otros alimentos.

