



La enfermera transcultural en los cuidados paliativos

Marina Cruz Sánchez

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



Universitat
Internacional
de Catalunya

Facultad
de Medicina y
Ciencias de la Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

La enfermera transcultural en los cuidados paliativos

Grado en Enfermería

Autor: Marina CRUZ SÁNCHEZ

Tutor: Mercedes BELLIDO PÉREZ

Fecha de presentación: 26/05/2015

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

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a mi familia, en especial a mis padres, por ayudarme y animarme a lo largo de estos años. Gracias por la paciencia, el apoyo y la confianza que me habéis dado.

A mi pareja, por el ánimo, ayuda y apoyo que siempre me da. Gracias por tu paciencia y comprensión.

A mis amigos y compañeros, por el apoyo y ayuda prestada. Gracias por todos los momentos vividos con cada uno.

Y sobre todo a mi tutora, Mercedes Bellido, por la gran ayuda prestada durante la realización de este trabajo. Gracias por toda la dedicación, el tiempo empleado, los ánimos y los consejos. Sin ti este trabajo no habría sido posible.

De todo corazón, muchas gracias a todos.

RESUMEN, ABSTRACT Y KEYWORDS

Introducción: La multiculturalidad es un fenómeno común en las sociedades contemporáneas. Por este motivo, los cuidados culturalmente competentes (CCC) están adquiriendo cada vez mayor importancia en el ámbito sanitario, especialmente en el contexto de los cuidados paliativos (CP).

Objetivo: El objetivo principal es analizar la importancia del contexto cultural en el ámbito de los CP.

Método: Se realizó una revisión de la literatura a través de la consulta a diferentes bases de datos (BD): PubMed, Cinahl, Scielo, Scopus, Proquest Central y Google académico.

Resultados: La diversidad cultural está fuertemente influida por la globalización y los factores migratorios. Este hecho origina la necesidad de adaptar los cuidados a la cultura del paciente. Desde esta perspectiva surge el concepto de enfermería transcultural y la aparición de diferentes teorías y modelos que intentan dar respuesta a esta necesidad social.

En el ámbito de los CP, proporcionar CCC contribuye tanto a la satisfacción del usuario como a la eficacia de los cuidados facilitados por los profesionales de la salud. Existen diferencias culturales y religiosas que pueden condicionar la aceptación del paciente de determinados tratamientos. Entre ellos destaca la sedación paliativa que en determinados países no es aceptada. Por otro lado, la toma de decisiones, la comunicación de malas noticias o el lugar de la muerte son algunos aspectos a considerar en relación a las posibles preferencias de los pacientes de acuerdo con su cultura.

Conclusiones: En el contexto de los CP la cultura es un aspecto importante que debe incorporarse en el plan de cuidados. A pesar de las posibles diferencias culturales existentes, existen similitudes universales en el proceso de morir: el confort, la comunicación, esperanza, optimismo, la espiritualidad y la despedida.

Palabras clave: enfermería transcultural, cultura, religión, cuidados culturalmente competentes, cuidados transculturales, cuidados paliativos, final de vida.

ABSTRACT

Introduction: Multiculturalism is a common phenomenon in contemporary societies. Because of this fact, cultural competent cares (CCC) are gaining more importance in the sanitary field, specifically in palliative care (PC) context.

Objective: the principal objective is to analyze the importance of the cultural context in PC field.

Method: A literature review was made by consulting different databases: PubMed, Cinahl, Scielo, Scopus, Proquest Central and Google Scholar.

Results: Cultural diversity is strongly influenced by factors as globalization and migration. This fact causes the need to adapt the care to the patients' culture. From this perspective the term of transcultural nursing (TN) and different models and theories appear in order to solve this social necessity.

In PC field, providing CCC contributes to patients' satisfaction and the efficacy of the care provided by health care providers. There are many cultures and religions which condition in the acceptance of some treatments of the patients. For example, in some countries the palliative sedation is not allowed. On the other hand, decision making, communicating bad news or the death place are some aspects which need to be considered in relation to the patients' preferences according to their cultures.

Conclusions: The concept of culture is a very important term in PC field, so it needs to be considered in health care plans. Despite of the existence of cultural differences, there are universal similarities in the process of dying: the comfort, the communication, hope, optimism, spirituality and the farewell.

Key words: transcultural nursing, culture, cultural competent care, transcultural care, palliative care, end of life.

ÍNDICE

Resumen, abstract y keywords	II
Abreviaturas	V
1. Introducción	1
2. Justificación del trabajo.....	2
3. Objetivos	2
4. Metodología	3
5. Consideraciones éticas	3
6. Revisión de la literatura.....	4
6.1. Cultura y diversidad cultural	4
6.2. La cultura y los cuidados.....	6
6.3. Enfermería transcultural	7
6.3.1. Teorías	8
6.1. La importancia de la cultura en los cuidados paliativos.....	10
6.2. Los cuidados paliativos	11
6.2.1. Filosofía.....	11
6.3. Aspectos culturales y religiosos en la aplicación de cuidados al final de la vida.....	12
6.3.1. Religiones	13
6.3.2. Culturas por países	19
7. Discusión.....	25
8. Implicaciones para la práctica	26
9. Limitaciones	27
10. Futuras líneas de investigación.....	27
11. Conclusiones	27
12. Reflexión personal sobre el aprendizaje obtenido.....	28
13. Referencias	29
ANEXOS	VI
Anexo I: Historial de búsqueda.....	VI
Anexo II: Calendario de actividades	X
Anexo III:	XII
Anexo IV	XIII
Anexo V	XIV
Anexo VI:.....	XVI
Anexo VII:	XVII

ABREVIATURAS

BD = Base de Datos

CCC = Cuidado Culturalmente Competente

CP = Cuidados Paliativos

EEUU = Estados Unidos

ET = Enfermería Transcultural

INE = Instituto Nacional de Estadística

OB = Operadores Boleanos

PAE = Proceso de Atención de Enfermería

PC = Palliative Care

PSDA = Patient Self-Determination Act

RAE = Real Academia Española

TFG = Trabajo Final de Grado

TN = Transcultural Nursing

1. INTRODUCCIÓN

La pirámide poblacional de la sociedad actual está invertida, lo que representa un envejecimiento de la población. Ello implica un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas y un incremento de las necesidades de CP a nivel mundial [1, 2].

Los CP van dirigidos a garantizar el bienestar y la máxima calidad de vida a las personas que se enfrentan a enfermedades con expectativa de vida limitada [3, 4]. Este tipo de cuidados requieren de un enfoque holístico donde el individuo es contemplado desde una perspectiva multidimensional [5].

Por otro lado, en la actualidad, la población multicultural está aumentando a nivel mundial debido a la globalización y al aumento de los movimientos migratorios [5-7]. Esto implica, en la profesión enfermera, que los CCC están adquiriendo cada vez mayor importancia en todos los ámbitos asistenciales [4, 8, 9]. Este tipo de cuidados hacen referencia a la competencia de los profesionales para proporcionar cuidados efectivos, seguros y centrados en pacientes con diversos valores, creencias y comportamientos [10-12].

Es importante destacar que las discrepancias culturales entre pacientes y profesionales pueden generar interferencias en la adherencia al tratamiento o en los cuidados proporcionados. Cada individuo tiene unas creencias determinadas y actúa de acuerdo con ellas [11, 13-16]. En situaciones de final de vida, la cultura, religión y espiritualidad son aspectos esenciales que deben incorporarse en la planificación de cuidados para proporcionar una asistencia sanitaria óptima [7, 17]. En este sentido, la ET surge como necesidad de dar respuesta a una realidad social mediante una atención integral cultural holística [18-21].

La ET hace referencia a aquellos cuidados basados en la cultura, creencias, valores y prácticas dirigidas a cada paciente en concreto para fomentar su recuperación o proporcionar una muerte digna y tranquila [8, 12, 14, 17, 19]. En ella se unen la disciplina antropológica y la enfermera [21].

Existen diferentes teorías y modelos dirigidos a incorporar el concepto de cultura en la realidad asistencial [22, 23]. La cultura hace referencia a “maneras de vivir de un individuo o un grupo con referencia a unos valores, creencias, normas, patrones y prácticas” [17]. Teorías como la de Leininger afirman que los términos cultura y cuidado deben ir unidos para un adecuado tratamiento, ya que la cultura influye en la terapia y el comportamiento de los pacientes [5, 17].

Cada persona, según su cultura y creencias, tiene una serie de símbolos y actitudes propias ante el proceso de morir que los profesionales de enfermería deben conocer, además de velar y responder a sus necesidades espirituales particulares [6].

Partiendo de la base de que existen diferentes creencias religiosas, prácticas y rituales de final de vida, así como diferentes contextos culturales que pueden influir en la práctica asistencial, el presente trabajo pretende analizar la importancia del contexto cultural en el ámbito de los CP. Específicamente trata de profundizar sobre diferentes conceptos relacionados con la cultura, identificar la importancia de la cultura en los cuidados, analizar las religiones y culturas más prevalentes en España y su relación con la aplicación de cuidados de final de vida. Para ello se ha realizado una revisión de la literatura a través de la consulta de diferentes bases de datos.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Debido a factores como la globalización y el desarrollo de las nuevas tecnologías que han aumentado la migración global, la sociedad mundial de hoy en día se ve conectada por un factor de multiculturalidad.

La religión, cultura y espiritualidad son aspectos muy importantes que influyen en el modo de ver el mundo, así como en la percepción de la propia salud y la enfermedad. En situaciones de final de vida, adquieren un mayor protagonismo debido a la proximidad de la muerte. En estas circunstancias, los profesionales sanitarios no sólo deben proporcionar unos CP efectivos, sino que deben ser conscientes de la necesidad de contemplar la cultura en el proceso de cuidados.

Por todo ello, se considera necesario realizar una revisión de la literatura sobre la importancia del contexto cultural en el ámbito de los CP. Ello podría contribuir a una mayor sensibilización de los profesionales hacia las diferencias culturales e incluso mejorar la práctica asistencial.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Analizar la importancia del contexto cultural en el ámbito de los CP.

Objetivos específicos:

- Profundizar en el concepto de cultura, cuidados culturalmente competentes y ET.
- Identificar la importancia de la cultura en los cuidados en general y en los cuidados paliativos en particular.
- Analizar las religiones y culturas más prevalentes en España y su relación con la aplicación de cuidados de final de vida.

4. METODOLOGÍA

Para el presente trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica avanzada de artículos originales en las bases de datos “PubMed”, “Cinahl”, “Scielo”, “Scopus”, “Proquest Central” y “Google académico”. Además, se buscaron artículos directamente de revistas en Internet como “Journal of Transcultural Nursing” y “International Journal of Palliative Nursing” debido a su contenido y relación directa con el tema de estudio.

Las palabras clave utilizadas fueron “transcultural death process”, “transcultural care”, “cultural competence concept”, “transcultural nursing”, “end of life”, “palliative care”, “cultura de los cuidados”, “modelo de cuidados de enfermería multicultural”, “cultura”, “cultural importance in end of life care”. El operador booleano (OB) utilizado en las búsquedas fue “AND”. Para facilitar la búsqueda se introdujeron algunos filtros, como “last 5 years”, “full text”. Durante esta primera etapa de la revisión de la literatura se recogieron todos los pasos seguidos en una tabla (ver Anexo I). Tras las búsquedas realizadas, se procedió a la lectura del título de los artículos encontrados con la finalidad de seleccionar aquellos de interés acorde a los objetivos planteados.

Posteriormente se procedió a la lectura del abstract de los artículos anteriormente seleccionados, descartando aquellos que no cumplían con los objetivos del trabajo.

Finalmente, la lectura crítica de cada artículo completo permitió la selección final de aquellos incluidos dentro de la revisión de la literatura.

Por otro lado, para complementar la información, además de artículos científicos también se han incluido libros, artículos de referencias de artículos originales y páginas web.

Por último, tras la recopilación de información se procedió a la redacción del TFG siguiendo los objetivos planteados junto con una contextualización adecuada. El trabajo se inició en septiembre de 2014 y finalizó en mayo de 2015. El calendario de actividades realizadas a lo largo de todo este periodo de tiempo se encuentra especificado en el Anexo II.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de este trabajo se ha evitado el plagio de información mediante la citación de autores de los artículos originales. Toda información extraída de artículos científicos, libros y otros trabajos relacionados está adecuadamente referenciada según las normas Vancouver,

Además, los estudios revisados cumplen con la normativa de la Ley de Helsinki.

6. REVISIÓN DE LA LITERATURA

6.1. CULTURA Y DIVERSIDAD CULTURAL

El concepto de cultura ha evolucionado a lo largo del tiempo dando lugar a diferentes definiciones y significados [24]. Hace referencia al conjunto de elementos integrados en una persona, grupo o comunidad que incluye conocimiento, patrones de comportamiento, estilos de vida, creencias, valores, visión del mundo, arte, moral, leyes, lenguaje y comunicación, costumbres, tradiciones, símbolos y prácticas adquiridas por el hombre como miembro de la sociedad que guían el modo de hacer y de ser de las personas [2, 11-14, 18, 19, 25].

Según la Real Academia Española (RAE), la cultura se define como el “conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico” o “conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.” [26]. La cultura, a nivel popular, engloba tanto aquella persona con estudios y nivel socio-económico elevado como el entorno que influye en las personas para actuar y comportarse de una determinada manera [18, 27].

Una de las definiciones comúnmente aceptada es la proporcionada por la UNESCO en la que “la cultura puede considerarse actualmente como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias que da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden” [28].

Desde un punto de vista histórico, los contactos entre diferentes grupos sociales y culturales han contribuido a la difusión de diferentes formas de vida o comportamientos. En la época romana las diferentes conquistas dieron lugar a la adopción de nuevas costumbres, lengua, creencias, etc. [13]. En el siglo XV, España colonizó América con la consiguiente emigración de españoles hacia esas tierras [1]. A consecuencia de estas conquistas y colonizaciones la sociedad se va transformando cada vez más en multiétnica, pluricultural y mestiza [1, 20].

En la actualidad, la diversidad cultural es una característica común de las sociedades contemporáneas [6, 13, 14, 29]. Este hecho está fuertemente influido por la globalización y los factores migratorios [1, 13, 19, 20].

La globalización:

El término globalización hace referencia a la “interrelación creciente de la humanidad a nivel global mediante la acción de los nuevos medios de comunicación”. Este proceso implica aspectos positivos (como la expansión de una ética cada vez más global, equidad entre las diferentes naciones, aumento de la seguridad de los seres humanos a nivel internacional, etc.) y aspectos negativos (como la pérdida de la identidad individual, del entorno geográfico y cultural) [13].

La globalización permite una mayor aproximación entre las culturas del mundo a través de la ampliación de las redes de comunicación. Es un fenómeno que se define y se identifica como causa de las migraciones [13], donde las personas se desplazan en busca de nuevas oportunidades y construyen en el país receptor nuevas relaciones sociales y familiares [30].

Los movimientos migratorios:

Las migraciones han existido desde la antigüedad aunque han cobrado mayor interés a partir del siglo XIX. La industrialización de Europa Occidental y América del Norte dio lugar a nuevas migraciones como mano de obra para la construcción de ferrocarriles, puertos y ciudades. Entre 1860 y 1920 emigraron a Estados Unidos (EEUU) unos 30 millones de personas [31]. Hacia los años setenta España se convirtió en un país receptor de inmigrantes, de antiguos colonizadores en busca de una vida mejor [1].

El aumento de las migraciones en los últimos años se ha visto fuertemente influido por las condiciones socio-laborales. En los países pobres, cuya tasa de natalidad es muy elevada en comparación a los países desarrollados, la población joven emigra en busca de trabajo [1].

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España, la inmigración ha aumentado un 2,0% y la emigración ha disminuido un 21,4%. En el caso de los españoles, el saldo migratorio ha sido de -24.734. Emigraron 42.685 personas e inmigraron 17.951 [32].

En el 2014, los principales lugares de origen de los inmigrantes que llegaron a España fueron (de mayor a menor): Rumania, Marruecos, Italia, Reino Unido, China, Colombia, Rusia, República Dominicana, Francia, Alemania, Pakistán, Honduras, Venezuela, Brasil y Paraguay [32].

En general, las migraciones comportan cambios sociales donde grupos diferentes, con culturas diversas, conviven en un mismo espacio geográfico dando lugar a sociedades multiculturales. Este hecho da lugar a diferentes interacciones entre culturas influyéndose entre sí a través de un proceso de acción y comunicación basado en el intercambio, la reciprocidad y la solidaridad [33].

La convivencia entre diferentes culturas en un mismo entorno social conlleva en ocasiones a la aparición de diferentes problemas y dilemas que frecuentemente se reflejan en los medios de comunicación. Estas diferencias también se producen en el ámbito sanitario [20, 34].

6.2. LA CULTURA Y LOS CUIDADOS

La importancia de la cultura se refleja en la propia percepción de salud y enfermedad, en la utilización de los servicios sanitarios, en las prácticas o creencias para restituir el bienestar del paciente, en los cuidados y en el cumplimiento terapéutico [14-16, 25]. En este sentido, el significado que el paciente y el profesional atribuyen a la salud o enfermedad pueden ser diferentes y aparecer el denominado “choque cultural” que puede interferir en el proceso de cuidados [21, 35]. De hecho, algunas personas pueden manifestar síntomas y enfermedades no comprensibles en nuestro sistema sanitario o generarse problemas relacionados con las costumbres culturales (por ejemplo, que las mujeres no quieran ser reconocidas por los hombres o que los hombres no quieran ser atendidos por mujeres) [33].

Desde el punto de vista de enfermería, los aspectos culturales están adquiriendo cada vez mayor importancia [7]. De hecho, las enfermeras se enfrentan diariamente al reto de adaptar los cuidados a las diferentes culturas. Algunas de estas situaciones, además de las derivadas de la inmigración, incluyen la atención de un paciente que acude al centro sanitario en su periodo vacacional, aquellos pacientes que se desplazan para recibir un tratamiento o personas que residen temporalmente en otro país [36].

Desde esta perspectiva surge el concepto de CCC que se definen como actos de prestación de cuidados de ayuda y/o apoyo de calidad a una población multicultural con tal de promocionar la salud o bienestar del paciente, o ayudar a afrontar sus discapacidades, enfermedad o muerte [5, 8, 9].

La competencia cultural hace referencia a la capacidad de los profesionales sanitarios de proporcionar cuidados efectivos, seguros y centrados en pacientes con diversos valores, creencias y comportamientos [10, 11, 12]. Algunos elementos importantes que incluyen este concepto son: la capacidad de valoración de la propia cultura, ser consciente de las interacciones

culturales, adquisición de conocimiento y habilidades, sensibilidad hacia las diferencias culturales, interacción y comprensión cultural [17, 23].

Douglas et al. [12] establecen diez puntos esenciales para proporcionar CCC:

1. Conocimiento y respeto de la cultura.
2. Educación académica.
3. Reflexión crítica sobre la propia cultura.
4. Comunicación verbal o no verbal multicultural.
5. Práctica culturalmente competente.
6. Competencia cultural por parte de las organizaciones sanitarias.
7. Apoyo al paciente y a sus tradiciones.
8. Población activa multicultural.
9. Dirección multicultural (conocimiento y habilidades por parte de los profesionales para proporcionar unos CCC).
10. Conocimiento y práctica basada en la evidencia.

En la atención a personas inmigrantes es importante no realizar juicios de valor y evitar los prejuicios y el etnocentrismo (considerar el modo correcto de actuar de acuerdo a la propia cultura a la que uno pertenece) [2, 18, 20, 35]. Reconocer la influencia que la cultura ejerce en la vida de las personas, en su vivencia sobre la salud, la enfermedad o el morir, son aspectos esenciales en la efectividad del cuidado. Por ello, se considera necesaria la contemplación de las diferencias culturales en la atención sanitaria y la formación de los profesionales de enfermería en la interculturalidad y en la diversidad [33].

6.3. ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

El concepto de ET surge de la necesidad de proporcionar CCC [12, 36]. Sus inicios se sitúan a mediados de 1950 [18-21].

La ET se define como “área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencia de salud o enfermedad, valores o prácticas de las personas, ayudarlas a mantener o recuperar su salud y hacer frente a sus discapacidades o a su muerte” [8, 12, 14, 17, 19].

La ET une la práctica enfermera con los conocimientos antropológicos y el cuidado con la cultura [14, 20]. Analiza los aprendizajes adquiridos a través de los conocimientos científicos y humanísticos para facilitar un proceso de atención de enfermería (PAE) óptimo [8, 14, 21]. En él se incluye tanto al paciente como a su entorno social (familia, grupo o comunidad) [8].

Partiendo del concepto de ET se han desarrollado diferentes modelos y teorías que pretenden servir de guía y ofrecer herramientas ante situaciones de cuidados con culturas diferentes a la propia [18, 23, 36-38].

6.3.1. Teorías

Existen diversos modelos culturales que orientan el cuidado enfermero con el objetivo de proporcionar CCC, como el de CCC de Campinha-Bacote (Anexo III), el Modelo de Tradiciones Sanitarias de Spector (Anexo IV) o el de Competencia Cultural de Purnell (Anexo V) [22]. Sin embargo uno de los más ampliamente conocidos y utilizados es el modelo transcultural de Madeleine Leininger [23]. Giger y Davidhizar [39] desarrollaron otro modelo con posterioridad (1988) que se utiliza no sólo como una herramienta práctica sino como parte de la formación de enfermería transcultural en EEUU.

Modelo transcultural de Madeleine Leininger: Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales

Leininger introdujo el término “Enfermería Transcultural” con el objetivo de guiar los cuidados hacia unos resultados positivos y eficaces en las sociedades multiculturales. Desarrolló el modelo de la Enfermería Transcultural entre 1950 y 1960, basando su teoría en la disciplina Antropológica y la Ciencia Enfermera [8, 14, 19].

Se trata de un modelo holístico, útil tanto en culturas orientales como en occidentales [8], que pretende ofrecer unos cuidados enfermeros adecuados a una sociedad cada vez más diversa en cuanto a culturas [8, 14] y descubrir lo universal y particular de cada cultura en relación al cuidado de salud [8].

El objetivo de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar las diferencias y las similitudes de los cuidados en diferentes contextos culturales; para ello desarrolló el “Modelo del Sol Naciente” (ver Anexo VI) [8, 14]. Este último expone que los seres humanos no pueden separarse de la procedencia cultural, estructura social, concepción del mundo, trayectoria vital y del contexto del propio entorno [8].

El significado de salud, enfermedad o muerte, así como los patrones o prácticas del cuidado están influidos por el entorno, lengua y etnohistoria (factores tecnológicos, religión y filosofía, familia, educación, etc.) que definen la concepción del mundo y la dimensión cultural de cada persona. Las decisiones y acciones de los cuidados sanitarios deben ir encaminadas a complacer estas dimensiones de cada individuo mediante la aplicación de unos cuidados transculturales (cuidados coherentes con la cultura) [8].

Esta teoría postula tres modos de actuar según las creencias y práctica sanitaria del paciente [23, 37]:

1. La práctica tradicional del paciente es beneficiosa para éste. El profesional mantendrá el cuidado cultural.
2. La práctica tradicional del paciente no es ni prejudicial ni buena para éste. El profesional negociará entre la práctica que puede seguir realizado y la que debe adaptar para mejorar su salud o bienestar basándose en la ciencia.
3. La práctica es perjudicial para la salud del paciente. El profesional deberá reorientar su cuidado explicando los daños que pueden surgir si no se actúa desde la ciencia.

Leininger sitúa como centro del cuidado el respeto y consideración de los valores y creencias de cada persona [14].

Modelo transcultural de Giger y Davidhizar: Modelo Transcultural

Este modelo postula que cada individuo es culturalmente único, y debería ser tratado teniendo en cuenta seis fenómenos culturales [23, 25, 37, 39-41]:

1. **Comunicación:** dialecto, estilo (lenguaje, social...), tono (silencio), contacto, contexto del habla, comunicación no verbal (gestos, miradas, etc.). Este aspecto influye en la forma de expresarse. Forma parte de la máxima interacción y comportamiento de los humanos.
2. **Espacio personal:** la distancia entre individuos durante la comunicación y su significado varía en cada cultura. En general existen cuatro zonas de espacio interpersonal: íntima, personal, social y pública.
3. **Organización social:** para muchas culturas la unidad familiar, roles de género y la organización de los grupos sociales es muy importante. Hace referencia a cómo están organizadas/jerarquizadas las familias o grupos.
4. **Orientación en el tiempo:** dependiendo de la importancia de algunos sucesos, las personas otorgan más o menos tiempo a ellos. Algunas culturas dan mucha importancia al pasado, otras al presente y otras al futuro.
5. **Control del entorno:** es la habilidad de adecuarse a él y realizar actividades o controlar lo que está pasando. También incluye la explicación que se da a los hechos (voluntad de Dios versus ciencia). Es decir, la capacidad de controlar y dirigir factores del entorno que afectan directamente al paciente.
6. **Diferencias biológicas:** dependiendo de la etnia, las personas son biológicamente diferentes; existen razas con mayor prevalencia a algunas enfermedades que otras.

Todos estos aspectos permiten elaborar un plan de cuidados adecuado a las necesidades del paciente y coherente a su cultura basado en el respeto mutuo y la negociación de intervenciones entre profesional y paciente [2].

6.1. LA IMPORTANCIA DE LA CULTURA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Del mismo modo que la salud y la enfermedad tienen un significado social y cultural diferente en cada grupo humano, el proceso de morir también adquiere diferentes connotaciones según la cultura [33].

La atención al final de la vida supone una fuente de estrés para el paciente y sus familiares que puede verse incrementada por la actitud de los profesionales ante las creencias y valores de las personas a las que proporcionan los cuidados [42].

En situaciones de final de vida, la comunicación, la paliación de síntomas, la sedación, el lugar de la muerte o prácticas post-mortem son sólo algunos de los aspectos donde las diferencias culturales pueden influir en la satisfacción y eficacia de los cuidados proporcionados por los profesionales de la salud. Por ese motivo es importante ser consciente de las necesidades culturales únicas en cada individuo en la aplicación de los CP [43].

De acuerdo con Huang et al. [44] existen diferentes factores que influyen en la prestación de cuidados de enfermería, éstos incluyen: la visión e interpretación de la cultura por parte de las enfermeras, la filosofía de los cuidados culturales, las experiencias previas con personas de diferentes culturas a la propia, los enfoques organizativos y en los cuidados culturales (todos ellos relacionados entre sí tal y como se muestra en la Figura 1).

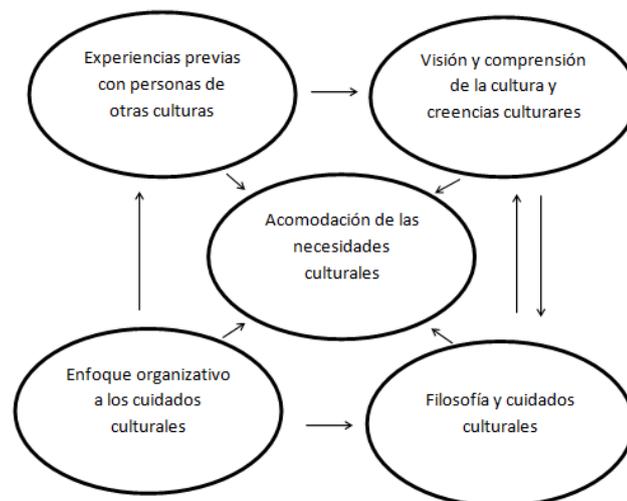


Figura 1: Acomodación de las necesidades culturales de los pacientes y sus familiares en los CP (extraído de Ya-Ling Huang, Patsy Yates y Deborah Prior)

La literatura sugiere la importancia de proporcionar unos CP culturalmente competentes [16, 43, 45-47]. Según el End of Life Nursing Education Consortium (ELNEC) [48] esto incluye:

1. La atención culturalmente sensible abarca el reconocimiento de múltiples factores, incluyendo, pero no limitado a la etnia, género, orientación sexual y clase social.
2. Los factores culturales influyen significativamente en la comunicación con los pacientes y las familias al final de la vida.
3. La atención culturalmente apropiada se proporciona mejor mediante un enfoque interdisciplinario.

6.2. LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La organización mundial de la salud (OMS) define los CP como aquellos que “mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo” [49].

El objetivo de los CP es proporcionar el mejor cuidado posible mediante los recursos disponibles con la finalidad de conseguir la mejor calidad de vida, prevenir o disminuir la angustia por los signos y síntomas de las enfermedades y facilitar una muerte tranquila y con el mayor bienestar posible para el paciente y su familia [3, 4].

Este tipo de cuidados son proporcionados por un equipo interdisciplinar que tiene en cuenta las necesidades emocionales, espirituales, sociales y físicas. El paciente y la familia son la unidad a tratar donde adquiere gran importancia el cuidado holístico, con compasión, bondad, adecuada comunicación y escucha activa [4].

6.2.1. Filosofía

El término de CP hace referencia a toda una filosofía de cuidados humanistas dirigidos a los enfermos y sus familias fundamentados en determinados valores y principios [50]:

Valores:

- Derecho al alivio del sufrimiento.
- Valor intrínseco de cada persona como individuo autónomo y único.
- Calidad de vida definida por el paciente.
- Expectativas del enfermo y familia sobre la respuesta del sistema sanitario a sus necesidades en el final de la vida.
- Solidaridad ante el sufrimiento.

Principios:

- Acompañamiento al paciente y familia basado en sus necesidades.
- Atención integral, accesible y equitativa.
- Continuidad de la atención y coordinación de niveles asistenciales.
- Comunicación abierta y honesta.
- Reflexión ética y participación del paciente y familia en la toma de decisiones.
- Competencia y desarrollo profesional continuados para responder adecuadamente a las necesidades del paciente y familia.
- Trabajo en equipo interdisciplinar.
- Actuaciones terapéuticas basadas en las mejores evidencias disponibles.
- No discriminación en función de la edad, sexo ni de ninguna otra característica.

Enfermería debe defender las creencias del paciente, y de ese modo promover su autonomía, además de seguir los valores y principios que definen los CP. El tiempo que se invierte en estos pacientes y familia es mayor que en cualquier otra unidad [4, 5, 47, 51, 52]. Los cuidados del cuerpo y familia después de la muerte también entran como competencia del rol enfermero en CP [51, 52].

La falta de respeto hacia las preferencias del paciente y familia es una barrera importante en los CP que no permite el buen desarrollo de unos CCC y morir en paz [51].

Existen similitudes universales en relación a los CP y la cultura como la importancia del confort, la comunicación, la esperanza, el optimismo, las necesidades espirituales, el amor y compasión, la expresión de sentimientos, la despedida, y estar listo para partir [53]. Sin embargo, las diferencias culturales pueden condicionar tanto la práctica asistencial como la experiencia del receptor de cuidados [6]. Por este motivo, es importante conocer algunos aspectos culturales que pueden presentarse en la aplicación de cuidados al final de la vida.

6.3. ASPECTOS CULTURALES Y RELIGIOSOS EN LA APLICACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

La muerte es un aspecto común en toda la humanidad, pero cada cultura ha desarrollado una serie de estrategias para hacer frente al proceso de morir, al dolor por la pérdida de alguien y a la pena a través de rituales religiosos y/o sociales [54, 55]. Enfermería debe estar preparada para todo tipo de rituales que puedan precisar sus pacientes y familiares y ser consciente de la importancia de la cultura, la espiritualidad y la religión en situaciones de final de vida [6, 35, 56,

57]. Considerar todos estos aspectos puede mejorar la satisfacción del paciente con los cuidados proporcionados [56].

Según O'Brien et al. [57] existen siete religiones principales: judaísmo, cristianismo, islamismo, hinduismo, budismo, religiones autóctonas chinas y otras creencias autóctonas. De éstas derivan diferentes ramas, y al mismo tiempo, dependiendo de la etnia y área geográfica derivan diferentes grupos formando una cultura. La cultura, por lo tanto, está influida por el grupo social perteneciente, por la religión y el área geográfica en la que se encuentre el grupo de personas [57, 58]. A continuación, se exponen las tradiciones y rituales en el proceso de morir según la religión y cultura de los países de procedencia de los inmigrantes a España en 2014 según el INE (apartado "Cultura y Diversidad Cultural"). En el Anexo VII puede visualizarse gráficamente la religión que predomina en cada uno de estos países de donde procede la población extranjera e inmigrante en España [57, 59, 60].

6.3.1. Religiones

Existen muchos seguidores cada una de las religiones en todo el mundo. Las prácticas, tradiciones, rituales y creencias de cada persona pueden variar de una a otra. Enfermería debe preguntar específicamente las creencias de cada individuo y familia [61].

Judaísmo

Existen diversas ramas del judaísmo: reformistas, conservadores, ortodoxos, reconstruccionistas y jasidismo. Cada una tiene su propia práctica dentro del proceso de morir [35, 54, 60].

Crean en un único Dios, en la vida después de la muerte y en la resurrección. Tienen un gran sentimiento de los valores humanos [35, 57, 62] y sus acciones están influidas por la creencia en el Juicio Final, cuando Dios resucitará a los muertos y los juzgará [57].

El judaísmo se basa en la Biblia Hebrea (el antiguo testamento cristiano). La principal orden a seguir según el libro sagrado es el de "Amor a Dios por encima de todas las cosas". Los puntos de encuentro donde los judíos leen la Torá (libro sagrado) son las sinagogas, y en ellas se aplican los ritos a través de un rabino (sacerdote) [62].

Según el Génesis (Biblia), los judíos deben hacer del mundo una armonía, y si algo va mal es porque no han sabido hacer bien su función (Dios les creó con la misión de hacer un mundo mejor, deben ser la "luz de las naciones"); deben hacer honor a sus prácticas tradicionales [62]. En la Torá se desarrollan 613 mandamientos éticos y rituales que deben seguir los judíos para demostrar su fe y divinidad [63].

La vida de los judíos se basa en los mandamientos de la Torá; la higiene personal indica perfección y pureza divina, y existen bendiciones para casi toda situación. Existen ritos y celebraciones para cada etapa de la vida: en el momento de la muerte recitan el *Shema* (principal confesión de fe), el funeral debe celebrarse antes de pasadas 24 horas tras la defunción, pues el alma regresa a Dios inmediatamente después de la muerte, y el cuerpo debe ser enterrado bajo tierra para devolverle al mundo “el polvo” del que estamos hechos [54, 63].

Después del funeral se da una semana de completo luto (*Shivah*), pasado un mes se vuelve a la vida normal con luto (*Sheloshim*) y este periodo finaliza pasados diez meses. Se recuerda el difunto en el aniversario de su muerte (*Yahrzeit*). Durante este año se recita a diario el *Kaddish* (oración) [54, 57, 63].

Las prácticas judías en el proceso de morir se dividen en dos categorías: rituales de luto y rituales del cuidado del cuerpo del difunto [54].

Creencias en el proceso de morir: deben ser visitados por un rabino. Se recitan plegarias y salmos por el paciente y la familia [35].

Cuidados del cuerpo: tradicionalmente se coloca una pluma entre la nariz y los labios que debe mantenerse ahí durante ocho minutos para confirmar la muerte. La familia cierra la boca del difunto y coloca bien los brazos, coloca el cuerpo en el suelo con los pies en dirección a la puerta y una vela en la cabeza; el cuerpo no debe tocarse ni dejarse solo durante el *Sabbath*. El cuerpo es sagrado puesto que guarda el alma y es un símbolo del amor de Dios de su creación [54]. Los ortodoxos entierran y los no-ortodoxos incineran el cuerpo lo más rápido posible [35].

Alimentación: no es aceptado comer carne y leche a la vez o en un tiempo corto (acorde al mandamiento “no cocerás el cabrito en la leche de su propia madre”). Para comer carne, anteriormente el animal debe ser sacrificado de un modo concreto [63].

Cristianismo

Existen diferentes ramas del cristianismo, las más amplias son el catolicismo, el ortodoxo y el protestante [63].

Es una religión monoteísta en la que se considera a Dios como creador de todas las cosas, y a Jesús como el salvador de la humanidad [57, 60, 63]. Su libro sagrado es la Biblia Cristiana, formada por cuatro evangelios. Se centra en la vida, enseñanzas e incluso muerte de su fundador, Jesús. Los principios éticos del cristianismo se basan en diez mandamientos que tratan sobre las relaciones entre Dios y el prójimo, aunque lo principal es el “Amor hacia los hombres y hacia Dios” [62, 63].

Creen que sólo hay una vida; después de la muerte el alma ascenderá al cielo y será juzgada por Dios el Día del Juicio Final [57].

El culto católico está basado en una liturgia y en sacramentos; católicos y ortodoxos reconocen siete (Bautismo, Eucaristía, Confirmación, Penitencia, Matrimonio, Ordenación Sacerdotal y Extremaunción) mientras que los protestantes reconocen dos (Bautismo y Confirmación), pero todos se basan en las virtudes “fe, esperanza y amor” y en que hay que llevar una vida parecida a la de Jesús para ser un buen cristiano [63].

El cristianismo tiene diversos rituales que honran la vida de Cristo, como los sacramentos, la lectura de la Biblia, oraciones perceptivas, vigilias, días de ayuno y peregrinaciones. Concretamente, durante el proceso de morir, un cura entrega la Extremaunción y los familiares y allegados oran por el alma del difunto [63].

Creencias del proceso de morir: el cristianismo cree en la vida eterna después de la muerte. La salvación aparece con la fe de cada individuo y la aceptación de Jesucristo; la persona salvada vivirá en el Paraíso durante toda la eternidad, y los condenados serán castigados en el Infierno [63].

Cuidados del cuerpo: después de morir se entierran los difuntos con la anterior preparación del cuerpo para ello, y se considera un rito de transición de abandono de un mundo hacia otro; se practican oraciones, misas y celebraciones especiales [63].

Alimentación: no se puede comer carne durante la Cuaresma [63].

Islam

El islam se subdivide en sunitas, chiitas y sufistas [60, 62, 63]. Es una religión monoteísta. Se basa en la sumisión a la voluntad de Dios, Alá, y como consecuencia aparecerá la paz (*Salam*) [57].

Creen en la vida del alma después de la muerte y en la resurrección, y que el momento de morir, igual que el nacimiento, es obra de Dios. Para ellos, las almas se someten a un juicio final en el que se juzgará si la vida eterna tendrá lugar en el Paraíso, Infierno o junto a su Dios [57, 62, 63].

Tal y como se postula en el Corán, el libro sagrado y fuente principal de fe y tradiciones islámicas, “Amarás a Dios por encima de todas las cosas”; los islámicos fueron creados para atraer el bien y alejar el mal [63].

Los principios y base ética del islam se rigen según lo expuesto en el Corán. Hay acciones obligatorias, recomendadas, indiferentes, censurables y prohibidas. Los musulmanes deben practicar cinco pilares para mostrar su fe a Alá [35, 57, 61-63]:

1. Pronunciar el *Shahada*: No hay más Dios que Alá y Mahoma es su mensajero.
2. *Salat*: orar cinco veces diarias en horas determinadas.
3. *Zakat* (dar limosna obligatoriamente).
4. Ayuno durante el noveno mes islámico.
5. Peregrinaje hacia la Meca (santuario de peregrinación).

Creencias en el proceso de morir: el día de la muerte de la persona se conoce como el día del juicio o resurrección [35, 61, 62]. Durante el proceso de morir, los pacientes tendrán el soporte de los familiares y amigos, serán citadas cinco plegarias diarias dirigidas hacia la Meca, recitarán lecturas del Corán y serán visitados por un líder religioso [35].

Cuidados del cuerpo: en cuanto el paciente muere, los cuidados post-mortem deben realizarse lo antes posible para que el difunto se reúna más rápidamente con Dios. El paciente debe estar dirigido hacia la Meca. La habitación debe estar perfumada, los familiares deben estar “puros” (limpios y no menstruar). El difunto estará con los ojos y boca cerrados, pies juntos y cubierto por una sábana. La familia limpia al paciente, más en concreto las partes corporales con las que se rezan [61].

Alimentación: no comen cerdo [61].

Hinduismo

El hinduismo puede considerarse religión, cultura o forma de vida. Comprende a los budistas, jainistas y a los sijis [63].

Es una fe que proviene de diversas escrituras, fundadores y lugares sagrados [54]. No existe un profeta o maestro ni un libro sagrado reconocido por sus seguidores. Creen en diversas divinidades, maestros y líderes. Cada grupo tiene a su propio *gurú* (maestro vivo), comparten tradiciones y rituales pero sus significados son diferentes [63], aunque las prácticas relacionadas con el proceso de morir son siempre las mismas [54].

El culto a los dioses es muy importante, y cada persona adora a un Dios. Incluso cada miembro de la familia puede adorar a un Dios diferente. Todas las casas tienen un espacio dedicado a sus dioses preferidos y cada miembro limpia y adora su estatua, pues piensan que a través de ella se alcanzará la experiencia divina. Algunos adoran a un *gurú* [62].

Crean en la reencarnación, pues la vida y la muerte es un continuo círculo (*Samsara*). El objetivo es alcanzar la liberación (*Moksha*), ya que de esa manera se encontrarán con las divinidades y alcanzarán y aprenderán la pureza. Para ello deben conseguir la paz en la vida. Existen vías para llegar a ello: vía de acción, de conocimiento y de devoción [35, 54, 62, 63].

Creencias respecto la muerte: creen en el *Karma* (sistema de causa-efecto de sus acciones en esta vida). Justo después de morir el alma se reencarna acorde a las acciones hechas en esta vida. Para limpiar el *Karma* acumulado, los hindúes meditan, cantan mantras y hacen yoga [57, 62].

Creencias en el proceso de morir: es tiempo de medicación y plegaria. Practican rituales de limpieza del alma. Imágenes, abalorios y talismanes se colocan cerca del paciente; además, deben tomar agua de río Ganges. Un sacerdote hindú atará un hilo alrededor de la muñeca o cuello del paciente que no debe ser quitado [35].

Aunque el cuerpo físico se haya ido, creen que el cuerpo astral sigue cerca de ellos [54]. Al morir, los pacientes son incinerados y las cenizas arrojadas al río Ganges u otro río sagrado [57, 64].

Cuidados del cuerpo: la familia limpia el cuerpo (los sijs lo hacen con yogur, pues se considera agente de limpieza). Se incinera antes de la salida del sol para facilitar la transición hacia la siguiente vida (enterrarlo significaría confundir al alma). Los allegados pasan un periodo de luto de 10 días; el día 11 realizan unos rituales de baño, rasurarse la cabeza y dejar flotar un candil a lo largo de un río, y así se pone en libertad el alma del difunto alejando su apego con la anterior vida. A partir del día 12 se honra y se recuerda al difunto [11, 35, 54, 64].

Individualmente, los sijs deben llevar cinco símbolos de su religión: *Kesh* (no cortarse el pelo), *Kangha* (cresta), *Kara* (pulsera de acero), *Kirpan* (daga simbólica) y *Kaccha* (pantalones cortos) [35, 57]. Durante el proceso de morir la familia ora y cita textos del libro sagrado y prepara el cuerpo lo más rápido posible (las cinco Ks deben mantenerse), no acostumbran a tener miedo de la muerte [35].

Budismo

Del budismo derivan tres doctrinas: budismo theravada, budismo tibetano, y budismo mahayana [63].

Esta religión se centra en el sufrimiento y en las técnicas para evitarlo. Postula “Cuatro Verdades Nobles”: la vida comporta inevitablemente sufrimiento, es imperfecta e insatisfactoria; nuestros deseos son la causa de nuestro sufrimiento; existe un estado en el que no hay sufrimiento; existe una forma de alcanzar este estado. Con el objetivo de eliminar el sufrimiento, propone controlar la mente y los impulsos a través de la meditación [62, 65].

Esta religión se basa en Buda, príncipe indio que se liberó del *Samsara*, y no en un Dios creador. Buda significa “el que ha despertado”. Éste siguió un camino que le llevó al *Nirvana* (liberación); evitó los extremos de placer y abnegación a través de la meditación [63].

Posteriormente, Buda fue predicando y explicando sus iluminaciones a los pueblos, y así siguieron las palabras del “maestro” para alcanzar ellos también el *Nirvana*: comprensión justa, meditación justa, palabra justa, acción justa, sustento justo, empeño justo, atención justa y concentración justa, además de conducta moral (buenas acciones), concentración mental y sabiduría (comprensión del mundo) [35, 57, 63].

Creen en muchos dioses o seres sobrenaturales, en la reencarnación y en el *Karma* [63].

Creencias en el proceso de morir: tiempo para la meditación; rechazan la medicación que anuble la mente y alivie el dolor. Aprecian la visita de un monje Buda que lea las escrituras [11, 35, 57].

En el momento de la muerte la vida sigue en forma humana, divina o animal [57].

Cuidados del cuerpo: la habitación debe estar ambientada con incienso. La familia prefiere limpiar el cuerpo ellos mismo. Habitualmente se incineran [35].

Los rituales en el proceso de morir están muy relacionados con los valores budistas. Monjes y sacerdotes offician el funeral, y se hacen muestras y ofrendas en honor al difunto. También se recitan *Sutras*. Los funerales se hacen con la finalidad de que esa persona, en su reencarnación, tenga una vida mejor [63].

Tradiciones chinas: confucianismo, taoísmo y budismo

Sus tradiciones se basan en el universo, la relación entre todo y su funcionamiento. Creen en las fuerzas universales de la naturaleza del *Yin-Yang* (agua - fuego) y en que en cada objeto/persona habitan ambos, también en la piedad filial (vinculo padre e hijo y familiar) [57, 63].

Sus prácticas tradicionales son el chamanismo, la adivinación y la honra a los antepasados. Incluye el *Karma* y el Renacimiento, el *Nirvana*, el Cielo y el Infierno, y la jerarquía de dioses y seres espirituales. Existen dioses para curar determinadas enfermedades; la comunicación con ellos se hace mediante ofrendas de dinero y comida o mediante incienso [63].

Los principios éticos son: vivir en armonía con la familia, sociedad y naturaleza. Sociedad en armonía es aquella que trata como igual a los iguales y respeta a un superior (ejemplo respectivamente: amigo-amigo, padre-hijo). La meditación es una práctica importante, del mismo modo que honrar a los padres y antepasados [63].

Creencias en el proceso de morir: el ritual de transición más importante es la muerte, pues la persona pasa a ser antepasado [63]. Después de la muerte el alma baja hacia el Infierno, donde es juzgada por sus actos, purificada por el castigo y reencarnada; la familia puede agilizar el paso por el Infierno recitando *Sutras* budistas [57, 63].

Cuidados del cuerpo: los pacientes son honrados, se debe poner incienso dos veces al día y los familiares han de hacer ofrendas de comida y dinero espiritual a los antepasados (que consumen la energía de éstos, quedándose lo material para los vivos). En el funeral se queman objetos valiosos simbólicos que puedan servir al difunto en otra vida. Como muestra de piedad filial, los entierros deben ser dignos [57, 63].

Individualmente, el confucionismo tiene su enseñanza central en el *Ren*: benevolencia, lealtad, respeto y reciprocidad [60]. Se cree que todos aquellos que hayan actuado moralmente bien irán al Cielo después de morir por lo que no deben asustarse en los momentos de final de vida. Quieren morir de manera natural (no administración de analgesia), y deben cultivarse (meditación, control de la respiración) [65].

El taoísmo practica la adivinación, el culto a los antepasados y el chamanismo con la finalidad de vivir en armonía; practican ejercicios de respiración para cultivar y preservar la energía y realizan buenas acciones [60]. Postula que la muerte es un proceso natural dentro de una transformación, no sienten miedo en estos momentos. Morir es motivo de felicidad y cantan, pues el difunto se ha transformado y yace en el Cielo [65].

6.3.2. Culturas por países

Rumanía

En Rumanía se practica el cristianismo ortodoxo [59, 60, 57]. La religión es muy importante para esta cultura, pues basan sus creencias en la existencia de un Dios que es muy importante para ellos [66].

Según sus creencias tradicionales todo en la tierra está conectado, y los rituales adquieren gran significado [66]. La muerte es vista como un gran paso hacia el otro mundo, por lo que las tradiciones y rituales ante este suceso son muy importantes. Tras la muerte los difuntos se encontrarán con su único Dios, por lo que, antiguamente, la muerte era un motivo de celebración [67]; Dios da la vida y él mismo la quita, por lo que entienden la sedación paliativa como forzar la muerte y no la aceptan [68], aunque sí aceptan la utilización de medicación para el control de síntomas [68-70].

La enfermedad es vista como una vergüenza familiar, por lo que la ocultan y el propio paciente se aislará; la familia es de gran ayuda en estos momentos, pues el apoyo que ésta le ofrece al paciente facilita un final de vida tranquilo. Prefieren morir en casa [68].

Durante el proceso de morir, el difunto, llamado “el viajero puro y blanco”, se lava su cuerpo, se viste con ropa nueva, es aconsejado y guiado, y posteriormente honrado. Durante el funeral, el sacerdote recuerda la vida del difunto y se le honra. La proyección del duelo es obligatoria. Los

difuntos son enterrados con máscaras, entre colores en la lápida de su tumba que representan su vida [67].

En relación a los CP, los pacientes rumanos prefieren participar en la toma de decisiones de sus cuidados y quieren ser conscientes del proceso que están viviendo. Expresan sus deseos en el proceso de morir, reviven las experiencias vividas, tienden a resolver conflictos familiares y sociales pendientes y aceptan la muerte que está por venir [69].

Desde el punto de vista enfermero, es importante el manejo del dolor y otros síntomas, mantener a la familia unida, estar presente durante el proceso, la escucha activa, el apoyo emocional y realizar los cuidados acorde las creencias del cristianismo ortodoxo [69].

Marruecos

Parte de la religión islámica suní [57, 59, 60]. En Marruecos se practican las culturas Árabe y Bereber [60].

Aunque la cultura musulmana esté localizada en diferentes partes del mundo, todos los grupos comparten las mismas ideas islámicas de fe. La enfermedad se considera una prueba de Alá y los pacientes acostumbran a rezarle para disminuir su sufrimiento [56].

Creer que la muerte es un paso desde este mundo hacia la resurrección, y que leer el Corán da paz interior en aquellos que están al final de la vida. Antes de la oración, deben limpiarse con agua, ritual común en la cultura musulmana. Durante la enfermedad, los familiares mojan los labios al enfermo con agua bendecida [56].

Durante el proceso de morir acostumbran a estar rodeados de sus seres queridos. De hecho, la familia es una parte importante en todo el proceso. Son los que se encargan principalmente de proporcionar los cuidados al paciente y, en general, rechazan informar al paciente sobre la realidad de su estado. Evitan palabras como “muerte” o “cáncer”. La información de malas noticias puede ocasionar un conflicto en los profesionales ya que frecuentemente el paciente sí desea conocer su pronóstico. Por este motivo es importante negociar con la familia el proporcionar información de forma progresiva [35, 53].

Una vez el enfermo ha muerto, el cuerpo debe quedar completamente limpio y cubierto por ropa. La familia limpia al paciente sin guantes, en cambio los que no compartan la misma religión deben colocárselos antes de tocar el cuerpo [35, 61]. Después de la muerte, la vida continúa, por lo que la preservación del cuerpo es muy importante. Se acostumbran a colocar plegarias sobre del pecho del difunto. Después de la muerte y hasta el entierro, el cuerpo permanece con luz, pues se tiene la creencia que en la oscuridad los malos espíritus atacaran al cuerpo [11, 56].

Se permite la expresión del duelo por la pérdida a través del llanto, pero no de modo excesivo. Las mujeres preparan el funeral, por lo que no se quedan junto al difunto [61].

Su mano izquierda es considerada sucia, aspecto importante a considerar para la aplicación de determinadas técnicas (por ejemplo una vía endovenosa) [61].

Los tratamientos para alargar o acortar la vida no están bien vistos, pero sí la medicación para aliviar el dolor [11, 61]. La analgesia, meditación, aromaterapia y masajes son tratamientos que utilizan para paliar el dolor [61].

Esta cultura no acepta la cremación, siempre entierran a los difuntos [57]. No se permite la eutanasia ni el suicidio. Son reacios a ingresar en una unidad de CP u hospitales [53], pues prefieren morir en casa [56].

Italia

Más de la mitad de la población practica el cristianismo católico [57, 59, 60]. En Italia, la cultura está muy influenciada por la religión [71]. Tener fe les da un sentido a la vida y al sufrimiento, les permite morir en paz, estar más cerca de los seres humanos y sanar [72-74].

Desean recibir información acerca de la enfermedad por la que están pasando ya que prefieren zanjar temas sin resolver, dejar escrita su voluntad y tener todo preparado para su entierro. Sin embargo, si el pronóstico es malo, generalmente se informa primero a la familia quienes frecuentemente deciden si explicárselo o no como muestra de protección [75]. La mayoría de la población italiana prefiere morir en casa y apoyan la sedación paliativa farmacológica [71, 72, 76]. La eutanasia no está permitida en Italia [55].

Para ellos es muy importante mantener una actitud positiva ante el proceso de morir, desean evitar el estrés y sufrimiento de sus familiares y amigos [71]. En este sentido, es muy importante incluir a la familia en el PAE y ofrecerles ayuda a ellos también. Los pacientes toman las decisiones junto con ellos y una mayoría prefiere ser cuidada por sus allegados antes que por los profesionales sanitarios [71, 72, 77].

Toda unidad de CP en Italia ofrece apoyo psicológico y espiritual así como terapias complementarias (generalmente masaje y relajación) en el proceso de morir a los pacientes y familiares. El 65% de los pacientes aceptan estos tratamientos [78].

Para aquellos creyentes, la visita de un cura o sacerdote para la Extremaunción es muy importante [72, 73].

Reino Unido

Se practica el cristianismo protestante mayoritariamente, también hay un gran porcentaje de hinduismo y judaísmo [57, 59, 60].

No están a favor de la sedación paliativa, pero sí aceptan analgesia y otros fármacos para paliar el dolor y otros síntomas desagradables [65].

Para estos pacientes y sus familias es muy importante promover la autonomía del paciente en estos momentos. Se deberá informar sobre todo pronóstico al paciente, sean buenas o malas noticias, pues será él quien tome las decisiones respecto su situación. La familia residirá al lado del enfermo terminal [75].

Es de vital importancia la comunicación con estos pacientes y sus familias. Los deseos y voluntad del enfermo van por encima de los tratamientos médicos. Por este motivo es importante incluir al paciente y, si éste quiere, a la familia en el PAE [52].

China

En este país se practica la religión taoísta y confucionismo, además de la budista y la islámica [57, 59, 60].

Practican la medicina tradicional china (que complementa a los tratamientos médicos). Los profesionales sanitarios deben informarse si el paciente la practica ya que podrían crearse efectos adversos junto con los tratamientos médicos occidentales. Aceptan los CP [79].

Los chinos niegan hablar de la muerte. Son supersticiosos, y creen que hablar de ella da mala suerte. Son partidarios de la resucitación cardiopulmonar en el caso de ser necesaria [2, 79].

La lealtad filial es una característica importante en esta cultura, el respeto y honrar a los ancianos es una obligación. En general, son los familiares quienes toman las decisiones acerca del tratamiento del enfermo. Estos pacientes tienen la tradición de morir en casa, acompañados por sus seres queridos que les cuidan y ofrecen confort [35, 65, 75, 79].

Además de la comunicación, uno de los problemas que nos encontramos con estos pacientes es la dieta. Son pacientes con unas costumbres dietéticas características y debemos intentar mantenerlos por todos nuestros medios. Acostumbran a beber agua caliente, por lo que se debe evitar proporcionarles bebidas frías. Para ellos es muy importante el equilibrio y la armonía (*Yin-Yang*), y uno de los pasos para alcanzarlo es una nutrición adecuada. Cuando se rompe el equilibrio es cuando se enferma [37, 79].

Quieren morir de manera natural (pueden rechazar determinados tratamientos como los opioides o la sedación), y en esta fase consideran importante cultivarse (meditación, control de la respiración) [65].

Latino-América: Colombia, República Dominicana, Honduras, Venezuela, Brasil, Paraguay.

La fe y la espiritualidad son esenciales para los pacientes y familiares en Latino-América [80, 81]. En todos estos países se practica el cristianismo católico [57, 59, 60].

En la cultura latino-americana es muy importante el respeto. Tanto la familia como los profesionales deben honrar a su jerarquía: de ancianos a los más jóvenes y de hombres a mujeres [54]. Cuando una enfermedad aparece de repente y no funciona el tratamiento farmacológico creen que es debido a un “mal de ojo” [37].

Esta cultura se apoya en la familia y amigos. En situaciones de final de vida todos los miembros viajan para ofrecer apoyo a su familiar. El contacto físico (tocarles un brazo o la espalda) es habitual en la familia, se considera una muestra de apoyo. Estos pacientes agradecen que los profesionales de la salud muestren su apoyo de este modo [54]. En general, suelen exteriorizar mucho sus emociones y su dolor con el llanto fuerte, aunque los varones deben ser fuertes, por lo que ellos generalmente evitan llorar en público [54, 81].

En relación a la comunicación, es importante responder a las atenciones del paciente, mostrar empatía y hablar mirando a los ojos [65, 82]. La toma de decisiones pertenece al paciente, familia y profesionales sanitarios juntos [83].

Aceptan la sedación paliativa, el uso de medicación para aliviar el dolor [81, 84, 65] y la hidratación vía parenteral [82].

Los latinos son muy religiosos, y según su religión católica, se ora por el alma del paciente uno o dos anocheceres antes del funeral. Es común vestir de negro o con ropa oscura [54].

Rusia

Se practica el cristianismo ortodoxo. También hay un gran porcentaje de judaísmo [57, 59, 60].

En Rusia se percibe la muerte como un hecho negativo, por lo que evitan pronunciar este término; prefieren hablar de forma metafórica como “la carne ha caducado” a expresar directamente el diagnóstico del paciente. Para ellos es preferible no ser informados de una enfermedad terminal, tanto por parte de la familia como por parte del paciente. No comprenden la filosofía de los CP [85].

Los últimos días son momentos de tristeza y angustia por parte de la familia, quienes pasan el mayor tiempo posible con el enfermo, proporcionándole cuidados y acompañándolo [86].

Las costumbres al final de vida se basan en los valores del cristianismo ortodoxo: se enciende una vela para que la iluminación guíe a su ser querido hacia el otro mundo. En general, reciben la Eucaristía y la Extremaunción por parte de un sacerdote [86].

Desde un punto de vista sanitario, se debe ofrecer apoyo psicológico a la familia durante el proceso de morir, informarles de toda intervención que se realice, proporcionar unos cuidados adecuados según sus creencias y manejo adecuado del dolor y otros síntomas [86].

Francia

Se practica el cristianismo católico y el judaísmo [57, 59, 60]. También el budismo [62].

Para mejorar la calidad de vida de estos pacientes existen tres aspectos predominantes según sus valores: poder actuar con normalidad realizando aquellas actividades que se hacían anteriormente, ser de ayuda para otras personas y mantenerse en un ambiente cálido. La familia, amigos y entorno social son muy importantes y de gran apoyo para ellos. Como estrategias para hacer frente al proceso de enfermedad que están viviendo, estos pacientes y sus familiares tienen como costumbre mantener una actitud positiva, aceptando las etapas de la vida que vienen, tener fe y/o espiritualidad, humor (reírse) y esperanza [87].

Para aquellos creyentes, la fe y los rituales acordes a su religión les proporcionan paz. Al resto les reconforta encontrar un significado a la vida y a la enfermedad [87].

En relación a los cuidados, los profesionales sanitarios deben velar por la autonomía del paciente (tomar las decisiones terapéuticas junto con él) y cubrir sus necesidades espirituales, tener un buen manejo del dolor y otros síntomas (uso de medicación), mantener su sentido de felicidad, su bienestar, facilitar la expresión de sus sentimientos y luchar para que ellos puedan cumplir sus últimos deseos (dejar todos los asuntos resueltos). Desde el punto de vista de enfermería, hablar con positivismo e incluso utilizar el humor es positivo para estos pacientes [47, 87].

Alemania

Se practica el cristianismo protestante [57, 59, 60].

En líneas generales se informa al paciente respecto todo diagnóstico y pronóstico (antes de morir quieren resolver todos los asuntos pendientes). El no cumplimiento de la voluntad anticipada del paciente es considerado delito [71].

En esta cultura se acepta el uso de analgesia y otros fármacos para paliar el dolor y otros síntomas. Priorizan morir con dignidad; las decisiones en relación con los tratamientos van dirigidas a aumentar su calidad de vida. La familia es importante, por lo que, desde un punto de vista sanitario, se debe incluir en el PAE [65, 71].

Para ellos es fundamental mantener una actitud positiva por su bienestar. Prefieren morir en casa, escoger quien les va a facilitar los cuidados y ser informados [71].

Pakistán

Se practica el islam suní, además del hinduismo [57, 59, 60].

Los familiares no quieren que se informe al enfermo terminal de su diagnóstico para evitar el sufrimiento del paciente y que éste viva los últimos meses feliz. La familia es la unidad principal en Pakistán; el respeto a los familiares mayores es de gran importancia [88].

La toma de decisiones respecto el tratamiento reside en el médico [88].

Las tradiciones y rituales al final de vida y las creencias respecto la muerte de estos pacientes son acorde a la religión islámica principalmente [88].

7. DISCUSIÓN

Los resultados de la revisión de la literatura muestran la importancia que la cultura adquiere en la proporción de cuidados en general y en el contexto de los cuidados paliativos en particular [14-16, 25, 33]. Diversos autores sugieren que la cultura debe formar parte de la planificación de los cuidados y que la competencia cultural debe incorporarse en la formación de enfermería [36, 43].

La realidad actual de la diversidad cultural en las sociedades contemporáneas crea la necesidad de que los profesionales de la salud adopten una mayor sensibilidad a los aspectos culturales, religiosos y espirituales en la atención al paciente en situación de final de vida [89, 90]. En este sentido, diversas investigaciones han ido dirigidas a profundizar en las diferencias existentes entre diferentes contextos culturales y su relación con la aplicación de CP [11, 16, 35, 43, 54, 65, 71, 75, 91].

Las aportaciones de diferentes autores sobre las tradiciones y rituales en determinadas culturas y países [52, 55, 68, 76, 79, 81-83, 85, 87, 88] contribuyen sin duda a un mayor conocimiento en esta área y facilita de forma paralela la posible adaptación de los cuidados a la cultura.

Algunos aspectos importantes a considerar están relacionados con la aplicación de determinados tratamientos que pueden interferir con las propias creencias. Entre ellos destacan los analgésicos o sedantes que en algunas culturas como las asiáticas, rumanas e islámicas pueden ser rechazados [11, 61, 68, 79].

Un tema importante, desde el punto de vista sanitario, es la comunicación de malas noticias. Proporcionar información sobre el diagnóstico o pronóstico al paciente directamente puede generar conflictos en algunos contextos culturales. Este es el caso de Marruecos y Pakistán [35, 53, 88]. En situaciones de mal pronóstico, algunas culturas prefieren que se informe a los familiares como sucede en Italia, China o Rusia [2, 75, 79, 85]. Ligado a este aspecto, las creencias sobre el morir que tienen en diferentes culturas es el que determina, de alguna manera, si los familiares desean informar al paciente o no. En la cultura Pakistaní, los familiares deciden no informar al paciente para evitarle el sufrimiento [88]. En Rusia, generalmente asocian la muerte con un hecho negativo y el proceso de morir es vivido con mucha tristeza y angustia [85].

La expresión del duelo por la pérdida del ser querido también varía según la etnia. En algunos países como Rumanía y Rusia se exterioriza mucho [67, 86] mientras que en otras culturas como la Latina e Islámica no está bien visto que los hombres lloren demasiado [54, 61, 81].

Un resultado a destacar es el hecho de que en toda cultura y religión, el apoyo de la familia es muy importante, ya que con su presencia el bienestar del paciente incrementa [35, 53, 54, 65, 68, 71, 72, 75, 77, 79, 86-88].

Cada cultura tiene sus propios rituales y tradiciones en el proceso de morir. Pandey [58] afirma que la cultura está determinada en parte por la religión y fe que uno tenga. Por este motivo muchos de estos rituales tienen relación con las tradiciones al final de vida de la religión mayoritaria que se practique en ese país, como es el caso de Marruecos, Italia, China, Latino-América y Pakistán [56, 71, 79-81], en los que la cultura está fuertemente influenciada por la religión.

8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El presente trabajo puede servir de guía para la aplicación de CP en pacientes de cultura o religión distinta a la propia. En él se recogen algunos aspectos importantes a considerar en la práctica asistencial con el objetivo de mejorar la competencia cultural en el contexto de los cuidados de final de vida.

9. LIMITACIONES

Esta revisión de la literatura está limitada por diversos aspectos. La principal limitación es la falta de información acerca las diferentes culturas, y más concretamente, en las tradiciones y cuidados en relación al proceso de morir de cada una de ellas.

Por otro lado, el hecho de incluir únicamente artículos de libre acceso, aquellos facilitados por la universidad, y artículos en catalán, español/castellano o inglés pueden limitar los resultados obtenidos.

10. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Después de esta revisión, se propone como trabajos futuros la realización de estudios de investigación respecto las diferentes tradiciones, valores y rituales de las diferentes culturas del mundo existentes en el proceso de morir, y respecto la salud y enfermedad, con tal de utilizar estos conocimientos como herramienta para el cuidado transcultural en la profesión enfermera.

11. CONCLUSIONES

En general, a modo de conclusiones, podemos afirmar que aún y existir muchas diferencias culturales, en los cuidados de final de vida existen unas similitudes que son universales para toda cultura: es importante el confort, la comunicación, la esperanza, el optimismo, las necesidades espirituales, el amor, la compasión, expresar los sentimientos que se sienten, despedirse, y estar listo para partir [53].

Los profesionales sanitarios deben evitar tratar a los pacientes según los valores personales y no marcar estereotipos culturales o religiosos, pues cada individuo vive y siente con unos valores y creencias propias que pueden diferir de su mismo grupo cultural [2, 40, 54, 91]. En los CP se debe preguntar las preferencias espirituales o rituales tradicionales a los pacientes, o en su defecto a las familias, pues dentro de un mismo grupo cultural pueden existir diferencias que es importante respetar [6, 11, 35, 54].

Para finalizar es importante resaltar la importancia de incorporar la cultura en la planificación de cuidados. Ello puede contribuir a mejorar la práctica asistencial e incrementar la satisfacción del usuario [11, 13, 43].

12. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO

Los valores y creencias con los que una persona crece y es criada son muy importantes puesto que el modo de actuar y las preferencias que cada individuo tenga están determinados por ello. Gracias a nuestro entorno socio-cultural actuamos de un modo ante todos los aspectos de nuestra vida, y la enfermedad no es una excepción. Durante el tiempo en el que vivimos y estamos sanos los valores y preferencias en la vida pueden diferir en un mismo grupo social, e incluso en los miembros de una misma familia; ante una enfermedad pasajera también puede darse este aspecto.

Como profesionales sanitarios debemos mantener una mente abierta y respetar las diferencias relacionadas con los valores y creencias de los pacientes y ofrecer unos cuidados adecuados desde un punto de vista científico. Ello implica que si las prácticas sanitarias o rituales que aplica el paciente no son malas para su salud, aceptaremos estas tradiciones, pero si por el contrario las prácticas empeoran su estado de salud, deberemos reconducir esa situación. Del mismo modo que tenemos nuestros valores individualmente, el resto de la sociedad también los tiene, y todos son igual de válidos e importantes.

Concretamente, al final de vida las prácticas culturales no difieren tanto de las religiosas. Todo individuo de esta sociedad busca un mismo objetivo para el familiar o ser querido que se encuentra en fase terminal: que muera en paz, dignamente y que tenga la mayor calidad de vida posible el tiempo que le quede. Para ello, las estrategias que siguen las religiones o culturas son diferentes, pero el objetivo es el mismo. Personalmente pienso que es muy importante comprender el significado de los rituales culturales o religiosos para poder facilitar, en la medida de lo posible, todo aquello que los pacientes y familiares precisen para conseguir ese objetivo.

Con la realización de este trabajo he comprobado que hay mucha falta de información acerca de las creencias al final de vida, pero también he comprendido que es prácticamente imposible plasmar en papel toda creencia, tradición y ritual de toda cultura en todos los lugares del mundo. Conociendo las prácticas religiosas tendremos parte del terreno ganado.

La herramienta más útil que como profesionales tenemos es la comunicación. Por lo tanto, si preguntamos directamente al paciente y a su entorno social sus preferencias, seguro que llegaremos a conocer aquellos aspectos que le permitirán morir en paz.

13. REFERENCIAS

- [1] Calvo Buezas T. Identitats i valors culturals de convivència: el desafiament de la immigració. *Revista Catalana de Sociologia*. 2008; (23): 13-25.
- [2] Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P. Multi-Cultural and Multi-Ethnic Considerations and Advanced Directives: Developing Cultural Competency. *J Cult Divers*. 2006; 13 (1): 3-9.
- [3] Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Cornelia M. Ruland & Shirley M. Moore. 7ed ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- [4] Hui D, Cruz M, Mori M, Parsons H, Kwon J, Torres-Vigil I, et al. Concepts and definitions for 'supportive care,' 'best supportive care,' 'palliative care,' and 'hospice care' in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer*. 2013; 21 (3): 659-85.
- [5] Maier-Lorentz M. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *J Cult Diversity*. 2008; 15 (1): 37-43.
- [6] Holloway M. Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. *J Clin Nurs*. 2006; 15 (7): 833-9.
- [7] Juan LC. Conclusiones a las V Jornadas sobre Cultura de los Cuidados. *Cul Cuid*. 2012; (20): 153-5.
- [8] Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Madeleine Leininger. 7ed ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- [9] Crespo ML, Martínez IC. Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud. *Cul Cuid*. 2012; (20): 87-91.
- [10] Nyatanga B. The pursuit of cultural competence: service accessibility and acceptability. *Int J Palliat Nurs*. 2011; 17(5): 212-4.
- [11] Kemp C. Cultural issues in palliative care. *Semin Oncol Nurs*. 2005; 21 (1): 44-52.
- (SS) Holman D. The Emotional Labour of Caring for Patients at the End of Life. *End Life J*. 2014; 4 (1): 1-5.
- [12] Douglas MK, Rosenkoetter M, Pacquiao DF, Callister LC, Hattar-Pollara M, Lauderdale J, et al. Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care. *J Transcult Nurs*. 2014; 25 (2): 109-21.
- [13] González JS. La naturaleza histórica y dialéctica de los procesos de Globalización-Glocalización y su incidencia en la cultura de los cuidados. *Index Enferm*. 2010; 19 (2-3): 162-6.

- [14] González DL. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gac Antropol.* 2006; 22 (32): 1-14.
- [15] Dewey C. Training in hospice and palliative care a 'huge need'. *Grand Rapids Business Journal.* 2014; 32 (39): 19.
- [16] Nyatanga B. Culture, palliative care and multiculturalism. *Int J Palliat Nurs.* 2002; 8 (5): 240-6.
- [17] Ansuya. Transcultural nursing: cultural competence in nurses. *Int J Nurs Educ.* 2012; 4 (1): 5-7.
- [18] Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18 (3): 459-66.
- [19] Fornons Fontdevila D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Index Enferm.* 2010; 19 (2-3): 172-6.
- [20] Chamorro ST. El cuidado del 'otro'. *Diversidad cultural y enfermería transcultural.* *Gac Antropol.* 2001; 17 (15): 1-6.
- [21] Amezcua Martínez M. Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cul Cuid.* 2000; (7-8): 60-7.
- [22] Sagar, PL. *Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice and administration.* New York: Springer Publishing Company; 2012.
- [23] Shen Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. *J Transcult Nurs.* 2014; 26 (3): 308-21.
- [24] Kroeber AL, Kluckhohn C. *Culture: A critical review of concepts and definitions.* 18ed. Massachusetts: Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University; 1952.
- [25] Spector RE. Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Cul Cuid.* 1999; (6): 66-79.
- [26] RAE. Cultura [Internet]. España: RAE; 2015 [acceso el 04 de Marzo de 2015]. Disponible en:
<http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=UitBPncv8DXX2pzUHdVB%7CpIvibrAavDXX2gn6q>
TEU
- [27] Vera Noriega JÁ, Rodríguez Carvajal CK, Grubits S. La psicología social y el concepto de cultura. *Psicol Soc.* 2009; 21 (1): 100-7.

- [28] UNESCO. Cultura. Líneas Generales [Internet]. México: UNESCO; 2014 [acceso 9 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/outline/>.
- [29] Salvador DR, Ojeda ET, Morales MO, del Pino Alcaraz M, López CA. Sociedad actual e inmigración: el reto de la enfermería humanista. *Cul Cuid*. 2006; (20): 76-82.
- [30] De Santos T, Maviana Da E, Vargas Liliana A, Chad Pellón LH. La Interculturalidad en el mundo globalizado y sus impactos en el proceso salud-enfermedad: contribuciones de la Enfermería. *Index Enferm*. 2013; 22 (4): 214-8.
- [31] UNESCO. Invertir en la diversidad cultural y el diálogo intercultural [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura: UNESCO; 26 de Marzo de 2010 [acceso el 9 de abril de 2015]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001847/184755S.pdf>.
- [32] INE. Cifras de Población a 1 de julio de 2014 [Internet]. Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2014. Datos Provisionales: INE; 10 de diciembre de 2014 [10 de diciembre de 2014; acceso el 03 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np884.pdf>. Accessed 3 de enero, 2015.
- [33] Artigas-Lelong B, Bennasar-Veny M. La salud en el siglo XXI: El reto de los cuidados multiculturales. *Index Enferm*. 2009; 18 (1): 42-6.
- [34] Moreno Preciado M, Martín Hernández T. Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores. *Cul Cuid*. 2003; (14): 44-8.
- [35] Carey S.M., Cosgrove J.F. Cultural issues surrounding end-of-life care. *Curr Anaesth Crit Care*. 2006; 17 (5): 263-70.
- [36] Martínez IC, Crespo ML. Gestión de cuidados de salud y competencia cultural. *Cul Cuid*. 2012; (20): 83-86.
- [37] Lipson JG. Cultura y cuidados de enfermería. *Index Enferm*. 2000; 9 (28-29): 19-25.
- [38] Karabudak S, Sarikaya, Tas F, Basbakkal Z. Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model: A Case Study in Turkey. *Health Sci J*. 2013; 7 (4): 342-5.
- [39] Giger JN DR. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *J Transcult Nurs*. 2002; 13 (3): 185-8.
- [40] Flowers DL. Culturally competent nursing care: a challenge for the 21st century. *Crit. Care. Nurse*. 2004; 24 (4): 48-52.

- [41] Jenko M, Moffitt SR. Transcultural nursing principles. *J Hosp Palliat Nurs.* 2006; 8 (3): 172-80.
- [42] Holman D. The Emotional Labour of Caring for Patients at the End of Life. *End Life J.* 2014; 4 (1): 1-5.
- [43] Clark K, Phillips J. End of life care. The importance of culture and ethnicity. *Aust Fam Physician.* 2010; 39 (4): 210-3.
- [44] Huang YL, Yates P, Prior D. Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *J Clin Nurs.* 2009; 18 (24): 3421-9.
- [45] Duffy S, Jackson F, Schim S, Ronis D, Fowler K. Cultural concepts at the end of life. *Nurs Older People.* 2006; 18 (8): 10-4.
- [46] Chater K, Tsai C. Palliative care in a multicultural society. *Aust J Adv Nurs.* 2008; 26 (2): 95-100.
- [47] Malloy P, Paice J, Coyle N, Coyne P, Smith T, Ferrell B. Promoting Palliative Care Worldwide Through International Nursing Education. *J Transcult Nurs.* 2014; 25 (4): 410-7.
- [48] American Association of Colleges of Nursing. End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) [Internet]. Washington: ELNEC; 2014 [acceso el 19 de Mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/elnec>.
- [49] OMS. Cuidados paliativos [Internet]. Programas y proyectos: OMS; 2014 [acceso el 9 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- [50] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2011 [acceso el 9 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>.
- [51] Kaasalainen S, Ploeg J, McAiney C, Schindel Martin L, Donald F, Martin-Misener R, et al. Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes. *Int J Palliat Nurs.* 2013; 19 (10): 477-85.
- [52] Fields A, Finucane A, Oxenham D. Discussing preferred place of death with patients: staff experiences in a UK specialist palliative care setting. *Int J Palliat Nurs.* 2013; 19 (11): 558-65.
- [53] Duffy S, Jackson F, Schim S, Ronis D, Fowler K. Cultural concepts at the end of life. *Nurs Older People.* 2006; 18 (8): 10-4.

- [54] Clements PT, Vigil GJ, Manno MS, Henry GC, Wilks J, Das S, et al. Cultural perspectives of death, grief, and bereavement. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2003; 41 (7): 18-26.
- [55] Servillo G, Striano P. End-of-life: still an Italian dilemma. *Intensive Care Med.* 2008; 34 (7): 1333-5.
- [56] Cheraghi MA, Payne S, Salsali M. Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: experiences from Iran. *Int J Palliat Nurs.* 2005; 11 (9): 468-74.
- [57] O'Brien J, Palmer M. Atlas del estado de las religiones. Madrid: Akal; 2000.
- [58] Pandey P. Religious Involvement and Intergroup Attitude. *Journal of Psychosocial Research.* 2014; 9 (1): 1-9.
- [59] Brigitte Dumortier. Atlas de las religiones: Creencias, prácticas y territorios. Barcelona: Icaria; 2003.
- [60] Smart N, Denny F. Atlas de las religiones del mundo. 1ed. Barcelona: Blume; 2008.
- [61] Ross HM. Islamic tradition at the end of life. *Med surg Nurs.* 2001; 10 (2): 83-7.
- [62] Mary Pat Fisher. Religiones en el siglo XXI. Madrid: Akal; 2003.
- [63] D. Coogan M. The illustrated guide to world religions. New York: Blume; 2003.
- [64] Ebrahim S, Bance S, Bowman KW. Sikh Perspectives towards Death and End-of-Life Care. *J Palliat Care.* 2011; 27 (2): 170-4.
- [65] Blank RH, Merrick JC. End-of-Life Decision Making. A Cross-National Study. 1ed. Massachusetts: The MIT Press; 2005.
- [66] Sechesan G. Aspects and views of the earth in the traditional Romanian culture. *J Agr Sci.* 2013; 45 (1): 70-4.
- [67] Cap-Bun M. Attitudes towards Death in Romanian Culture and Civilization. *Philologica Jassyensia.* 2012; 8 (2): 151-7.
- [68] Roman G, Gramma R, Enache A, Pârvu A, Ioan B, Moisa SM, et al. Dying and Death in Some Roma Communities: Ethical Challenges. *J Immigr Minor Health.* 2014; 16 (2): 290-300.
- [69] Vosit-Steller J, White P, Barron AM, Gerzevitz D, Morse A. Enhancing end-of-life care with dignity: characterizing hospice nursing in Romania. *Int J Palliat Nurs.* 2010; 16 (9): 459-64.
- [70] Mosoiu D, Ryan KM, Joranson DE, Garthwaite JP. Reform of drug control policy for palliative care in Romania. *Lancet.* 2006; 367 (9528): 2110-7.

- [71] Higginson I, Gomes B, Calanzani N, Gao W, Bausewein C, Harding R, et al. Priorities for treatment, care and information if faced with serious illness: A comparative population-based survey in seven European countries. *Palliat Med.* 2014; 28 (2): 101-10.
- [72] Miccinesi G, Bianchi E, Brunelli C, Borreani C. End-of-life preferences in advanced cancer patients willing to discuss issues surrounding their terminal condition. *Eur J Cancer Care.* 2012; 21 (5): 623-33.
- [73] Mazzotti E, Sebastiani C, Scoppola A, Marchetti P, Mazzuca F. Predictors of existential and religious well-being among cancer patients. *Support Care Cancer.* 2011; 19 (12): 1931-7.
- [74] Blank RH. End-of-Life Decision Making across Cultures. *J Law Med Ethics.* 2011; 39 (2): 201-14.
- [75] Johnstone MJ, Kanitsaki O. Ethics and Advance Care Planning in a Culturally Diverse Society. *J Transcult Nurs.* 2009; 20 (4): 405-16.
- [76] Mercadante S, Bellingardo R, Sabba S, Gulmini L, Ori S, Casuccio A, et al. Pattern and characteristics of advanced cancer patients admitted to hospices in Italy. *Support Care Cancer.* 2013; 21 (4): 935-9.
- [77] Morasso G, Costantini M, Di Leo S, Roma S, Miccinesi G, Franco D. End-of-life care in Italy: personal experience of family caregivers. A content analysis of open questions from the Italian Survey of the Dying of Cancer (ISDOC). *Psychooncology.* 2008; 17 (11): 1073-80.
- [78] Belletti M, Mallia L, Lucidi F, Reichmann S, Mastroianni C, Grazia De Marinis M, et al. Complementary therapy and support services for formal and informal caregivers in Italian palliative care hospices: an exploratory and descriptive study. *Support Care Cancer.* 2011; 19 (12): 1939-47.
- [79] Chan J, Kayser-Jones J. The experience of dying for Chinese nursing home residents: cultural considerations. *J Gerontol Nurs.* 2005; 31 (8): 26-32.
- [80] Cruz-Oliver DM, De Jesus-Monge WE, Rodin M. Experiences with End-of-Life Care in Paraguay. *J Palliat Med.* 2014; 17(9): 986-7.
- [81] Smith A, Sudore R, Pérez-Stable E. Palliative care for latino patients and their families: Whenever we prayed, she wept. *J Am Med Assoc.* 2009; 301 (10): 1047-57.
- [82] Nathalia Acosta T, Carolina Ramirez B. Overview of palliative care in Latin America. *Tech Reg Anesth Pain Manag.* 2013; 17 (1): 16-8.

- [83] Yennurajalingam S, Noguera A, Parsons H, Torres-Vigil I, Duarte E, Bruera E, et al. A multicenter survey of Hispanic caregiver preferences for patient decision control in the United States and Latin America. *Palliat Med.* 2013; 27 (7): 692-8.
- [84] Moyano J, Zambrano S, Ceballos C, Santacruz C, Guerrero C. Palliative sedation in Latin America: survey on practices and attitudes. *Support Care Cancer.* 2008; 16 (5): 431-5.
- [85] Goldstein C, Anapolsky E, Park J, Immordino M, Ukoha N. Research guiding practice related to cultural issues at end of life care. *Geriatric Nursing.* 2004; 25 (1): 58-9.
- [86] Kellehear A, Mindruta-Stratan R, Pogonet V, Gorelco V. Family Care of the Dying in the Republic of Moldova: A qualitative study. *J Palliat Care.* 2012; 28 (2): 69-74.
- [87] Gourджи I, McVey L, Purden M. A Quality End of Life from a Palliative Care Patient's Perspective. *J Palliat Care.* 2009; 25 (1): 40-50.
- [88] Moazam F. Families, patients, and physicians in medical decision-making: A Pakistani perspective. *Hastings Cen Report.* 2000; 30 (6): 28-37.
- [89] Amoach CF. The central importance of spirituality in palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 2011; 17 (7): 353-8.
- [90] Nazarko L. As death approaches: Cultural issues. *Nurs Residential Care.* 2006; 8 (10): 441-4.
- [91] Renea L., Beckstrand, Lynn Clark Callister, Karin T. Kirchhoff. Providing a "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care. *Am J Crit Care.* 2006; 15 (1): 38-45.
- [92] Marrero González CM. Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *Rev ENE Enferm.* 2013; 7 (3): 1-9.
- [93] Spector RE. *Cultural Care: guides to heritage assessment and health traditions.* 2ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health; 2000.
- [94] Spector R. Enfermería de cuidados culturales. *Cul Cuid.* 2002; (11): 5-10.
- [95] Purnell LD. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cul Cuid.* 1999; (6): 91-102.

ANEXOS

Anexo I: Historial de búsqueda

BD	Fecha acceso	Palabras Clave	OB	Nº art. encontrados	Nº art. seleccionados
CINAHL	Filtros: "full text"				
	06/10/2014	Transcultural death process		70	3
	21/12/2014	"End of life" "culture"	AND	89	4
	01/05/2015	"Russia" "end-of-life care"	AND	2	1

BD	Fecha acceso	Palabras Clave	OB	Filtros	Nº art. encontrados	Nº art. seleccionados
PUBMED	Filtros: "full text"					
	23/11/2014	Transcultural nursing		Last 8 years	3.456	5
	23/11/2014	"Transcultural nursing" "end of life"	AND		23	4
	24/11/2014	Palliative care		Last 5 years	53.004	8
	21/12/2014	"End of life" "Transcultural"	AND	Last 5 years	29	2
	22/12/2014	Cultural importance in end of life care			158	1

BD	Fecha acceso	Palabras Clave	OB	Filtros	Nº art. encontrados	Nº art. seleccionados
JOURNAL OF TRANSCULTURAL NURSING	Filtros: "full text"					
	23/11/2014	Cultural competence concept		Last 5 years	107	1
	21/12/2014	End of life			327	5

BD	Fecha acceso	Palabras Clave	OB	Nº art. encontrados	Nº art. seleccionados
INTERNATIONAL JOURNAL OF PALLIATIVE NURSING	Filtros: "full text"				
	28/04/2015	Latin America		304	4
	28/04/2015	Paraguay		3	1
	28/04/2015	United Kingdom		249	3
	28/04/2015	Italy		46	1
	1/05/2015	Romania		7	2

BD	Fecha acceso	Palabras Clave	OB	Filtros	Nº art. encontrados	Nº art. seleccionados
GOOGLE	03/01/2015	Instituto Nacional de Estadística			765.000	1

BD	Fecha acceso	Palabras Clave	OB	Filtros	Nº art. encontrados	Nº art. seleccionados
GOOGLE SCHOLAR	Filtros: "full text"					
	23/11/2014	Transcultural nursing models			22.800	4
	21/12/2014	"End of life" "Transcultural"	AND	Last 5 years	17.500	3
	22/12/2014	Cultura de los cuidados		Last 4 years	17.200	7
	22/12/2014	Concepto de cultura		Last 4 years	23.600	1
	22/12/2014	Transcultural concepts in nursing care			2.230	1
	22/12/2014	Teorías de la enfermería transcultural			28.800	2
	28/04/2015	Romanian rituals			7	1
	28/04/2015	Italian traditions in end of life			17.300	2

BD	Fecha acceso	Palabras Clave	OB	Filtros	Nº art. encontrados	Nº art. seleccionados
SCIELO	Filtros: "full text". Incluir: revistas					
	22/12/2014	Cultura de los cuidados		Español e Ingles	38	2
	22/12/2014	Diversidad cultural			460	1
	22/12/2014	Transculturalidad			5	1

BD	Fecha acceso	Palabras Clave	OB	Nº art. encontrados	Nº art. seleccionados
SCOPUS	Filtros: "full text"				
	28/04/2015	"Romania" "palliative care"	AND	19	1
	28/04/2015	"End-of-life" "Romania"	AND	78	1
	28/04/2015	"Palliative care" "Italy"	AND	18	3

BD	Fecha acceso	Palabras Clave	OB	Filtros	Nº art. encontrados	Nº art. seleccionados
PROQUEST CENTRAL	Filtros: "full text"					
	1/05/2015	"Dying process" "Romania"	AND		5	2
	1/05/2015	"palliative care" "Italy"	AND		45	1
	01/05/2015	"Pakistan" "rituals at end of life"	AND		106	1
	01/05/2015	"Russian culture" "Palliative care"	AND	Last 5 years	287	1
	01/05/2015	"French culture" "palliative care"	AND	Last 6 years	838	1

Anexo II: Calendario de actividades

FECHA	ACTIVIDAD
Septiembre 2014	<p>Seminarios presenciales del TFG: objetivos, cronograma de entregas, software TFG, evaluación y estructura del trabajo (introducción, revisión de la literatura).</p> <p>Primera tutoría grupal (30/09/2014).</p>
Octubre 2014	<p>Seminarios presenciales del TFG: búsqueda y gestores bibliográficos, estructura del trabajo (objetivo, metodología, discusión y conclusiones; anexos, índice).</p> <p>Primera tutoría individual (14/10/2014). Presentación de objetivos (generales y específicos). Normativa de referencia bibliográfica Vancouver.</p> <p>Inicio de búsqueda bibliográfica a través de bases de datos respecto la enfermería transcultural, los cuidados paliativos y las creencias y actitudes en diferentes culturas al final de vida. Selección de los artículos encontrados gracias a una primera lectura. Realización de una tabla de historial de búsqueda.</p>
Noviembre 2014	<p>Se continúa con la búsqueda bibliográfica y la tabla de historial de búsqueda. Se procede a escribir primer esbozo sobre la información encontrada en los artículos, desarrollando así una idea de la introducción.</p> <p>Determinación del guión a seguir.</p>
Diciembre 2014	<p>Segunda tutoría individual (02/12/2014). Presentación de la introducción.</p> <p>Se sigue con una exhaustiva búsqueda de información relevante, desarrollo del historial de búsqueda, y la redacción del trabajo.</p>
Enero 2015	<p>Tercera tutoría individual (20/01/2015).</p> <p>Se procede a desarrollar la información hallada a partir de los artículos seleccionados en la revisión de la literatura.</p> <p>Mínima búsqueda de información.</p>

<p>Febrero 2015</p>	<p>Cuarta tutoría individual (24/02/2015).</p> <p>Se sigue redactando información respecto al tema en relación según el primer guión escrito. Desarrollo de factores de la multiculturalidad, concepto de cultura, y enfermería transcultural.</p>
<p>Marzo 2015</p>	<p>Se sigue con la revisión de la literatura, desarrollando los CCC, los cuidados paliativos, y las creencias al final de vida. Búsqueda mínima de información.</p> <p>Desarrollo del resto de apartados: justificación, objetivos, metodología, y consideraciones éticas.</p>
<p>Abril 2015</p>	<p>Quinta tutoría individual (16/04/2015). Presentación de un esbozo del TFG.</p> <p>Se sigue con la redacción de la revisión de la literatura según el guión definitivo. Búsqueda bibliográfica de aquellos apartados de los que se carece información.</p> <p>Desarrollo del resto de apartados: resumen y abstract, discusión y conclusiones, implicaciones para la práctica, limitaciones, futuras líneas de investigación y reflexión sobre el aprendizaje.</p>
<p>Mayo 2015</p>	<p>Seminarios presenciales del TFG: exposición oral del TFG, PowerPoint y exposición.</p> <p>Sexta tutoría individual (14/05/2015). Presentación casi definitiva del TFG.</p> <p>Séptima tutoría (28/05/2015): preparación de la defensa oral del TFG.</p> <p>Últimos retoques y posterior presentación definitiva del trabajo.</p>

Anexo III:

MODELO DE CCC DE CAMPINHA-BACOTE

Este modelo expone cinco competencias necesarias para desarrollar unos CCC [23, 40, 92]:

1. **Conciencia cultural:** implica la exploración de la propia cultura, valores y creencias de los cuidados de la salud, y orígenes profesionales. Engloba respeto y eliminación de prejuicios.
2. **Conocimiento cultural:** búsqueda y obtención de información acerca de diferentes grupos étnicos para entender y enfocar los cuidados de salud y enfermedad individualizados a cada persona.
3. **Habilidades culturales:** habilidad de cada profesional sanitario para encontrar información cultural relevante considerando el problema del paciente y poder desarrollar un plan de cuidados adecuado.
4. **Encuentro cultural:** es el proceso que anima a enfermería a involucrarse en las actuaciones culturales de los pacientes de orígenes distintos al propio.
5. **Deseo cultural:** motivación del profesional para sensibilizarse con las diferentes culturas, aprender y comprender al paciente; es importante una actitud abierta, aceptar y respetar a cada persona y estar predispuesto a aprender de los otros.

Anexo IV

MODELO DE HERENCIA CULTURAL Y TRADICIONES DE SALUD DE SPECTOR

Esta teoría es una ampliación de la Teoría de la Consistencia hereditaria (Estes y Zitzow (1980), que incluye en el plan de cuidados la cultura, etnia, religión, aculturación y socialización del paciente [23]) introduciendo los seis aspectos culturales de Giger y Davidhizar: orientación en el tiempo, espacio personal, comunicación, organización social, hábitos de alimentación y control del entorno [93].

En 1994, Spector desarrolla este modelo con el objetivo de analizar las prácticas que una persona realiza para prevenir la enfermedad y restaurar, mantener y proteger la salud según las tradiciones de su cultura [23, 93, 94]. Para ello, además de los seis aspectos culturales de Giger y Davidhizar y las cinco dimensiones de Estes y Zitzow, valora la lengua hablada, las preferencias alimenticias, el nombre, la escuela a la que asistieron, los vecinos cercanos y las actividades sociales [93].

Anexo V

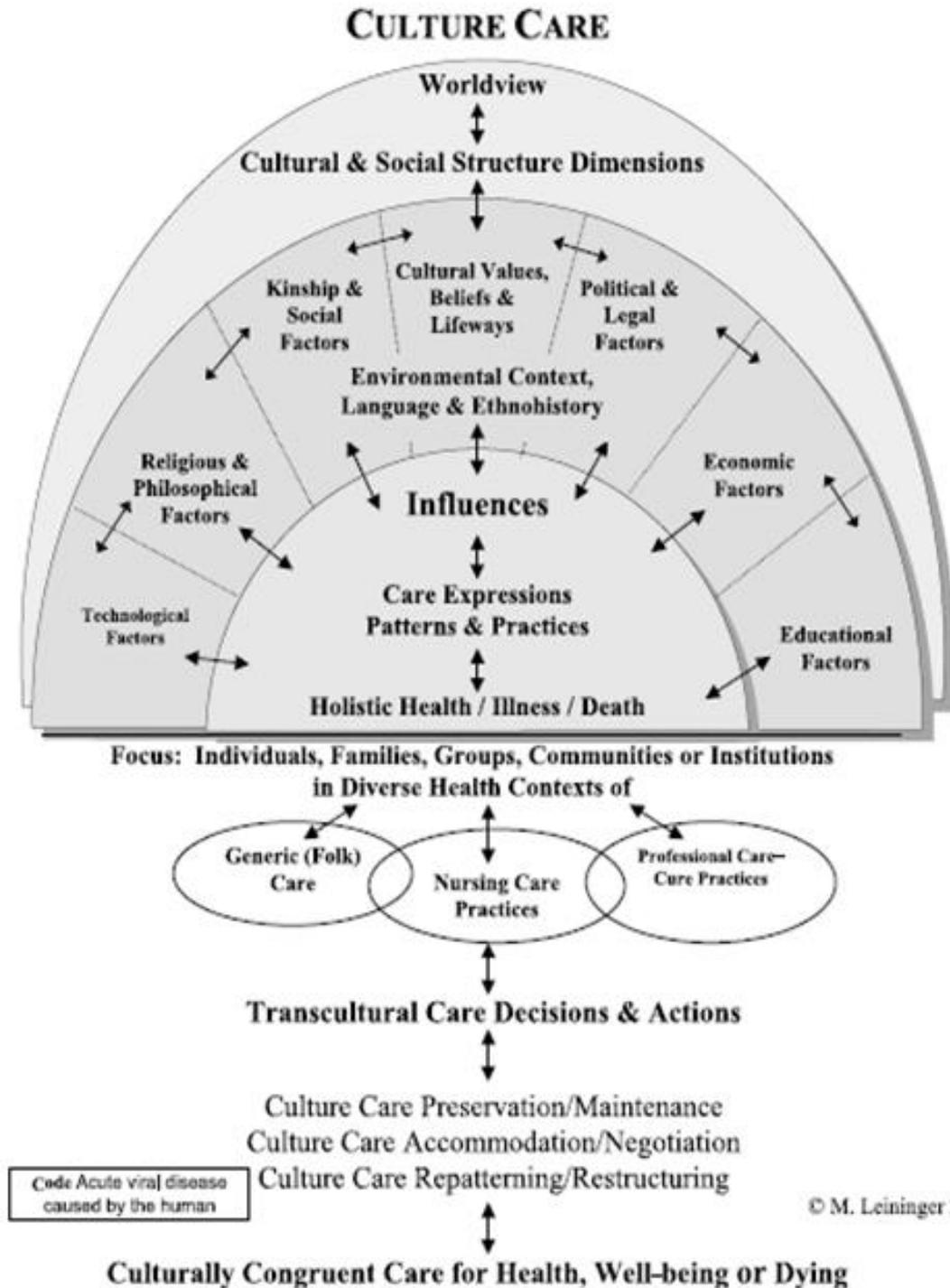
MODELO DE PURNELL PARA LA COMPETENCIA CULTURAL

Se desarrolló en 1995. Se basa en teorías administrativas, antropológicas, sociológicas, anatómicas, fisiológicas, psicológicas, religiosas históricas, lingüísticas, nutricionales, y las desarrolla en un ámbito de salud: prácticas clínicas en enfermería y medicina [95].

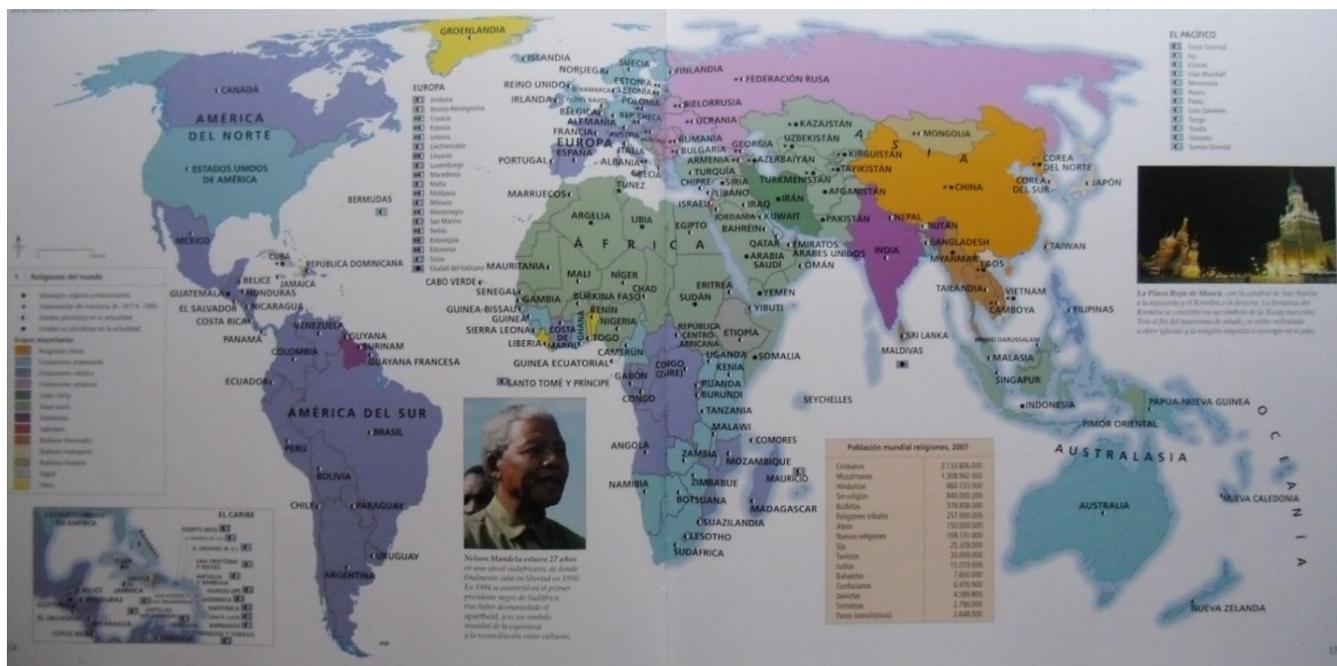
Purnell representa su modelo a través de un círculo con un margen periférico que representa a la sociedad global, un segundo margen representa a la comunidad, un tercer margen representa la unidad familiar, y un margen interno representa a la persona. Divide el círculo en doce dominios (indicando que cada uno está influido por una parte de la esfera): visión/herencia, comunicación, roles y organización familiar, recursos humanos (problemas de la población activa), ecología cultural, comportamientos de riesgo, nutrición, prácticas en el embarazo, rituales ante la muerte, espiritualidad, prácticas del cuidado de la salud, prácticas de los cuidadores de la salud [22, 23, 95].

Debemos preguntar e investigar estos doce dominios respecto el paciente para proporcionar unos CCC [23].

Anexo VI:



Anexo VII:



1	Religiones del mundo
■	Ideologías seculares predominantes
★	Implantación del marxismo (h. 1917-h. 1990)
●	Estados pluralistas en la actualidad
●	Estados no pluralistas en la actualidad
Grupos mayoritarios:	
	Religiones chinas
	Cristianismo protestante
	Cristianismo católico
	Cristianismo ortodoxo
	Islam chiita
	Islam sunní
	Hinduismo
	Judaísmo
	Budismo theravada
	Budismo mahayana
	Budismo tibetano
	Seglar
	Otros

Población mundial religiones, 2007	
Cristianos	2.133.806.000
Musulmanes	1.308.942.000
Hindúistas	860.133.000
Sin religión	840.000.000
Budistas	378.808.000
Religiones tribales	257.000.000
Ateos	150.000.000
Nuevas religiones	108.131.000
Sijs	25.378.000
Taoístas	20.000.000
Judíos	15.073.000
Bahaístas	7.650.000
Confucianos	6.470.900
Jainistas	4.589.800
Sintoístas	2.790.000
Parsis (zoroástricos)	2.648.000

Libro: Smart N, Denny F. Atlas de las religiones del mundo. 1ed. Barcelona: Blume; 2008.