**Universitat Internacional de Catalunya**
**Facultat de Medicina i Ciències de la Salut**
**Departament de Medicina**

Trabajo Fin de Grado

# Cristianismo, islam y judaísmo en la donación de órganos y tejidos.

Paula Marín Gonzalo

Aquest TFG està subject a la licencia Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Este TFG está sujeto a la licencia Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

This TFG is licensed under the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# Cristianismo, islam y judaísmo en la donación de órganos y tejidos

Grado en Enfermería

**Autor**: Paula Marín Gonzalo

**Tutor**: Magdalena Quijada Martorell

**Fecha de presentación**: 04/05/2020

**“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”**

(En el reverso de la página del Título)

*A Pepita,*
*somos hijas de la vida.*
*Vive en mí tu recuerdo*

**Agradecimientos**

Me gustaría dar las gracias en especial a mis queridos padres, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro y por apoyarme incondicionalmente siempre y en todo. Por estar conmigo, por enseñarme a crecer y a que si caigo debo levantarme, por apoyarme y guiarme, por ser las bases que me ayudaron a llegar hasta aquí.

A mi amado Dylan, la persona que me completa y con la que comparto la vida, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi estimada tutora Magdalena quien compartió su conocimiento conmigo y estuvo a mi lado apoyándome para lograr que este sueño se haga realidad.

Y por supuesto a mis compañeros de Enfermería.

Gracias a todos.

**Índice**

1. Abstract ..... 7
2. Resumen ..... 8
3. Índice de tablas ..... 9
4. Índice de figuras ..... 10
5. Lista de abreviaturas ..... 11
6. Estado actual del tema ..... 12
   6.1. Justificación del tema ..... 23
7. Pregunta de investigación ..... 24
8. Objetivos ..... 24
9. Metodología ..... 25
   9.1. Diseño ..... 25
   9.2. Estrategia de búsqueda ..... 25
   9.3. Criterios de selección ..... 29
   9.4. Consideraciones éticas ..... 29
10. Resultados ..... 30
   10.1. Análisis bibliométrico ..... 30
   10.2. Análisis del contenido ..... 32
11. Discusión ..... 45
   11.1. Limitaciones del estudio ..... 49
12. Implicaciones para la práctica clínica e investigación ..... 50
13. Conclusiones ..... 52
14. Referencias bibliográficas ..... 53
15. Reflexión del autoaprendizaje del alumno ..... 56
16. Anexos ..... 57
   16.1. Anexo I. Gestor bibliográfico ..... 57
   16.2. Anexo II. Cronograma ..... 58

## 1. Abstract

**Introduction.** The increase of chronic diseases with the only definitive treatment, organ transplantation has increased. Waiting lists due to a higher demand than supply have led to study the reasons why society rejects donation. Religious beliefs are one of the causes of rejection. Ignorance of the position of Christianity, Judaism and Islam, as well as knowledge of the group that forms part of these religions, makes it necessary to study their position in-depth.

**Objective.** To carry out a systematic review of the literature in order to identify the position of these religions and the obstacles in relation to OTD.

**Methodology.** A search strategy was designed combining the keywords in the Cinahl, Cochrane and PubMed databases. After eliminating duplicate articles, 150 articles were obtained of which 21 were finally included in the review.

**Results.** Christianity supports firmly OTD. In Islam, the majority of the Muslim community does too, although this view is not universally accepted. In Judaism, although there is also a lack of consensus, it supports OTD. The most frequently cited obstacles are the criteria for validating death, the dignified treatment of and respect for the body, the need to maintain the integrity of the body after death, and the need to perform the rituals of each religion. Despite this, all three religions put OTD ahead of these objections.

**Conclusions.** Religion is not an obstacle by itself, but it is because of the multiple and erroneous interpretations that have been carried out by different religious leaders. In addition, the most prevalent obstacles with a negative influence on OTD have been identified: family, religion, culture, relationship with the health system, and knowledge.

**Keywords.** Human donation; Organ donation; Tissue donation; Religion; Islam; Judaism; Christianism; Obstacle; Influence.

## 2. Resumen

**Introducción**. El aumento de enfermedades crónicas con único tratamiento definitivo el trasplante, ha ido en aumento. Las listas de espera debido a una mayor demanda que oferta ha conllevado a estudiar los motivos por los que la sociedad rechaza la donación. Las creencias religiosas son una de las causas del rechazo. El desconocimiento de la postura del cristianismo, el judaísmo y el islam, así como el conocimiento del colectivo que forma parte de estas religiones, hace necesario profundizar sobre su posición.

**Objetivo**. Realizar una revisión sistemática de la literatura con el fin de identificar la posición de estas religiones y los obstáculos en relación con la DOT.

**Metodología**. Se diseñó una estrategia de búsqueda combinando las palabras clave en las bases de datos Cinahl, Cochrane y PubMed. Tras eliminar los artículos duplicados, se obtuvieron 150 artículos de los cuales 21 fueron incluidos finalmente en la revisión.

**Resultados**. El cristianismo apoya firmemente la DOT. En el islam, la mayoría de la comunidad musulmana también, aunque esta opinión no está universalmente aceptada. El judaísmo, aunque existe una falta de consenso, apoya la DOT. Los obstáculos citados con mayor frecuencia son: los criterios de validación de la muerte, el trato digno y el respeto hacia el cuerpo, la necesidad de mantener la integridad del cuerpo tras la muerte y la necesidad de realizar los rituales propios de cada religión. A pesar de ello, las tres religiones anteponen la DOT a estas objeciones.

**Conclusiones**. La religión no es un obstáculo en sí mismo, sino por las múltiples y erróneas interpretaciones que se han llevado a cabo por distintos líderes religiosos. Además, se han detectado los obstáculos más prevalentes que ejercen una influencia negativa hacia la DOT: la familia, la religión, la cultura, la relación con el sistema de salud y el saber.

**Palabras clave.** Donación humana; Donación de órganos; Donación de tejidos; Religión; Islam; Judaísmo; Cristianismo; Obstáculo; Influencia.

## 3. Índice de tablas

**Tabla 1.** Clasificación de la donación en vida (1) .....12
**Tabla 2.** Clasificación de la donación cadáver (1) .....13
**Tabla 3.** Términos incluidos en la 1ª estrategia de búsqueda bibliográfica.....26
**Tabla 4.** Términos incluidos en la 2ª estrategia de búsqueda bibliográfica.....26
**Tabla 5**. Términos incluidos en la 3ª estrategia de búsqueda bibliográfica.....26
**Tabla 6.** Búsquedas bibliográficas realizadas.....27
**Tabla 7.** Criterios de selección .....29
**Tabla 8**. Resultados por país de publicación del estudio.....30
**Tabla 9.** Resultados por tipo de diseño del estudio .....30
**Tabla 10.** Resultados por año de publicación del estudio .....31
**Tabla 11.** Resultados por tipo de donación del estudio.....32
**Tabla 12.** Resultados por religión del estudio .....32
**Tabla 13.** Cronograma del proceso de realización del TFG.....58

## 4. Índice de figuras

**Figura 1.** Proceso de selección de los estudios.....28

## 5. Lista de abreviaturas

**BST** – Banco de Sangre y Tejidos

**DOT** – Donación de Órganos y Tejidos

**MA** – Muerte por Asistolia

**ME** – Muerte Encefálica

**OCATT** – Organización Catalana de Trasplantes

**ONT** – Organización Nacional de Trasplantes

**OTD** – Organ and Tissue Donation

## 6. Estado actual del tema

La donación se define como la cesión de un órgano para su posterior trasplante. El único objetivo es restaurar determinadas funciones del cuerpo mediante la sustitución de un órgano o tejido enfermo y disfuncional propio de un organismo receptor por un órgano o tejido sano y funcional propio de un organismo donante.

La DOT es un acto voluntario, altruista, solidario, generoso, confidencial, gratuito y sin ánimo de lucro; de manera que no es posible obtener compensación económica ni de ningún tipo por la donación de ninguna parte del cuerpo humano.

Se puede donar tanto órganos como tejidos y sangre. Los órganos que se pueden donar son: los riñones, el hígado, el corazón, el páncreas, el estómago, el intestino y los pulmones. Los tejidos que se pueden donar son: osteotendinoso, cutáneo, cardiovascular (válvulas y segmentos vasculares) y ocular (córnea y globo ocular).

Existen diferentes tipos de donación en función del estado del paciente donante. En una primera clasificación podemos distinguir dos grandes grupos: los donantes vivos y los donantes fallecidos (1).

**Tabla 1.** Clasificación de la donación en vida (1)

| **Donación en vida** | | |
|---|---|---|
| Tipo | Definición | ¿Qué puede donar? |
| Vivo autólogo | Donación en vida de tejidos y sangre de uno para uno mismo. | Tejido osteotendinoso, cutáneo, corteza ovárica, semen y colirio.<br>Sangre y médula ósea. |
| Vivo alogénico | Donación en vida de órganos, tejidos o sangre de un donante vivo a un receptor vivo. | Riñón e hígado.<br>Colirio y membrana amniótica.<br>Sangre y médula ósea. |
| Vivo cruzado | Donación en vida de órganos de un donante vivo I a un receptor vivo II y al mismo tiempo de un donante vivo II a un receptor vivo I, por histocompatibilidad. | Riñón e hígado. |

**Tabla 2.** Clasificación de la donación cadáver (1)

| **Donación cadáver** | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | Definición | | ¿Qué puede donar? |
| ME | Donación de órganos o tejidos por cese irreversible en las funciones neurológicas. | | Riñón, hígado, corazón, páncreas, estómago, intestino y pulmón.<br>Tejido osteotendinoso, nervioso, cutáneo, cardiovascular y ocular. |
| MA) | Donación de órganos o tejidos a corazón parado. | | |
| | Tipo I | Fallecido antes de llegar al hospital con tiempo de asistolia conocido. | Tejido osteotendinoso, nervioso, cutáneo, cardiovascular y ocular. |
| | Tipo II | Fallecido en el hospital tras maniobras de resucitación infructuosas. | Riñón e hígado.<br>Tejido osteotendinoso, nervioso, cutáneo, cardiovascular y ocular. |
| | Tipo III | Fallecido tras retirada de ventilación mecánica en situaciones de gran daño neurológico irreversible. | Riñón, hígado, corazón, páncreas y pulmones. |
| | Tipo IV | Fallecido en ME en el que la asistolia se produce antes de proceder a la extracción. | Tejido osteotendinoso, nervioso, cutáneo, cardiovascular y ocular. |

Todos los donantes potenciales deben ser evaluados exhaustivamente con el fin de garantizar que el trasplante es seguro para el paciente receptor de dicho órgano o tejido. En esta evaluación se tiene en cuenta: los antecedentes personales, la historia clínica, el riesgo biológico, la exploración física, la extracción de muestras y las pruebas complementarias (1).

## Memorias

El proceso de donación, en España, empezó en los años sesenta con Gilvernet y Cralps en el Hospital Clínic de Barcelona y Alférez y Hernando en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Estos personajes encabezaron los equipos de urología y nefrología que hicieron posible, a partir de 1965, los primeros trasplantes de riñón realizados con éxito en nuestro país. Entonces, aún faltaban quince años para que se promulgara la ley de trasplantes. Por lo tanto, en aquel momento, la obtención de órganos para su posterior trasplante se encontraba en un vacío legal.

En la década de los cincuenta, en Francia y Estados Unidos, ya se había llevado a cabo los primeros trasplantes de riñón con éxito. De esta manera, la técnica tardó diez años en llegar a nuestro país.

Durante los años sesenta y setenta aparecieron los primeros trasplantes de corazón, hígado, páncreas y pulmón. Las primeras intervenciones demostraron que eran técnicamente posibles, aunque, algunos de los primeros receptores sobrevivieron un tiempo limitado debido al rechazo del órgano trasplantado. Solamente el trasplante de riñón se continuó practicando con éxito debido al descubrimiento de la histocompatibilidad por el francés Jean Dausset, ya que la medicación disponible entonces era escasa.

En los años ochenta, el proceso de donación y trasplantes dio un giro con la introducción de un nuevo fármaco, la ciclosporina. Gracias a este medicamento se logró controlar el rechazo de órganos. Esto supuso una mejoría en las técnicas de todos los trasplantes junto con las mejoras sanitarias y permitió recuperar las técnicas de los años sesenta para proceder al renacimiento de los trasplantes (1).

## Legislación

El Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, es la ley por la que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad (1,2).

Bases generales de la donación y el trasplante de órganos y tejidos

El principal objetivo de este real decreto es "*respetar y proteger a nuestros donantes y receptores*". Por lo que dicta una serie de principios generales basados en la voluntariedad, altruismo, gratuidad, ausencia de ánimo de lucro y anonimato. Además, insta a garantizar la equidad en la selección y acceso al trasplante de los posibles receptores y a adoptar las medidas necesarias para minimizar en lo posible la transmisión de enfermedades y otros riesgos. De esta manera, se asegura al máximo el éxito. Todo esto mediante sistemas de evaluación y control de calidad (1,2).

- Respeto y protección a donante y receptor. La fundamentación de la ley en los trasplantes es que la extracción de órganos humanos procedentes de donantes vivos o fallecidos se realice con finalidad terapéutica y tras la obtención del consentimiento oportuno. Existen dos modos de obtener el consentimiento en el caso de fallecidos: el consentimiento presunto o "*opting out*" y el consentimiento explícito o "*opting in*". En España, la extracción se guía por el consentimiento supuesto mediante el cual una persona se considera donante siempre que no haya expresado en vida su negativa. Aunque, en realidad, no se sigue adelante sin la autorización familiar (1,2).

- Confidencialidad. Durante el proceso de donación y trasplante se debe garantizar el anonimato tanto del donante como del receptor con la excepción del donante vivo. En tal caso, la ley española obliga a que la donación sea para una persona determinada. Y en caso de riesgo para alguno de los implicados, podrán ser identificados (1,2).

- Educación y formación. La educación y formación de la población y los profesionales sanitarios en relación con la donación y el trasplante de órganos y tejidos debe ser regulada e impartida por autoridades sanitarias (1,2).

- Promoción y publicidad. De igual manera, la promoción y la publicidad de la donación debe realizarse siempre con el objetivo de buscar el beneficio colectivo (1,2).

- Gratuidad. La ley de trasplantes prohíbe cualquier tipo de gratificación por la donación de un órgano o tejido, así como cualquier tipo de transacción comercial entre donante y receptor. El objetivo es evitar el tráfico de órganos y tejidos y, además, añadir un valor de generosidad como es la donación (1,2).

Centros de trasplante, requisitos y autorización

El trasplante de órganos exclusivamente se podrá realizar en centros autorizados, con el consentimiento por escrito del receptor o sus representantes legales, previamente informados. Además, el responsable de la unidad solamente dará su conformidad si hay indicios de mejorar el pronóstico vital del receptor (1,2).

Organización, distribución y transporte

La ley regula el trasplante de órganos desde el centro extractor hasta el centro trasplantador. La regulación, tanto a nivel del estado español como de entradas y salidas de órganos del país, será controlada por la ONT. Dicha organización se encargará de comprobar todos los requisitos y el perfecto estado del órgano para su distribución y transporte (1,2). En la comunidad autónoma de Cataluña, el proceso de donación de órganos es regulado por la OCATT. Y en el caso del proceso de donación de tejidos será regulado por el BST.

Exclusiones

En este real decreto queda excluido la extracción y el implante de tejidos humanos, el cordón umbilical, la hemodonación, la sangre y el plasma humano, los embriones y fetos, los gametos, los productos humanos de desecho, la realización de autopsias clínicas y la donación de un cadáver para la ciencia (1,2).

**Tasas**

En Cataluña, en 2019, se detectaron 510 casos de donantes válidos: 376 donantes cadáver, de los cuales 210 fueron donantes de ME y 166 donantes de MA, y 134 donantes vivos, 132 donantes de riñón y 2 donantes de hígado. Los donantes cadáver válidos aumentaron un 15 % respecto el año 2018, así como el número de trasplantes de órganos aumentaron un 13 % en 2019 por sexto año consecutivo y más de un 80 % en seis años (3–5).
Finalmente, se ha batido un nuevo récord en Cataluña con 1296 trasplantes: el 68,16 % fueron trasplantes de riñón. De los cuales 49 trasplantes fueron pediátricos. Cabe destacar como desde el inicio de la actividad en Cataluña, en 1981, ya se ha superado los 1000 trasplantes infantiles (3).

A nivel mundial, las tasas de donación y trasplante de Cataluña y España son unas de las más altas del mundo. Cataluña se sitúa con 169,0 por millón de población (pmp) de trasplantes y 49,0 pmp de donaciones en el año 2019. España se sitúa con 116,0 pmp de trasplantes y 48,9 pmp de donaciones. A continuación, les sigue los Estados Unidos de América y Australia. En Europa con 67,1 pmp de trasplantes y 22.2 pmp de donaciones, en el año 2018, se puede observar como la tasa de donación en Cataluña y España es más del doble de la media europea (3–5).

Las negativas familiares son uno de los puntos clave a estudiar en el proceso de donación. Aunque en el año 2018 hubo un aumento del 5,4 % de negativas familiares, en el año 2019 se redujeron las negativas familiares en relación con la DOT. El 82,7 % de las familias dieron su consentimiento a la donación de los órganos de un familiar mientras el 17,3 % no lo hicieron: el 18 % fueron casos de ME y el 16 % casos de MA (3–5).

El mayor motivo de las negativas familiares en 2019 fue la negativa de la familia sin motivo aparente con un 43 % de representación. Otras causas fueron: la negativa previa del donante (34 %), otros motivos familiares sin especificar (11 %), dudas con la integridad corporal o con la ME (7 %), motivos religiosos (4 %) y problemas con el personal sanitario o reivindicación social (1 %) (3).

Aunque la media del tiempo de espera de los receptores de un trasplante ha disminuido en general, en el último día del año 2019, 1217 personas seguían esperando un trasplante de los cuales 19 eran niños. Es por eso por lo que, el proceso de donación es necesario debido a una mayor demanda que oferta (3).

El perfil del donante cadáver válido en Cataluña es de un hombre de 60 años, del grupo sanguíneo A, nacido en España y fallecido en casa por un accidente vascular cerebral (3).

Aproximadamente, 14 000 pacientes se han beneficiado de los tejidos distribuidos por el BST de Cataluña. El porcentaje de tejidos obtenidos respecto el año anterior aumenta un 15,7 % y, a la vez, aumenta un 12,2 % la donación de tejidos. En su mayoría fueron tejido musculoesquelético, cutáneo y ocular (3).

**Las religiones**

Cristianismo

El cristianismo surgió en el siglo I d. C. a través del judaísmo. La religión se asienta en la vida y la catequesis de Jesús. Él era un judío palestino al igual que los primeros discípulos. Cuando Jesucristo rezaba, se dirigía a Yahvé y cuando leía, eran los manuscritos de la Torá. El cristianismo y la Iglesia que han seguido después de Jesús continuaron agarrándose a su vida y su saber en la Sagrada Escritura (6–8).

El cristianismo sostiene a la Biblia como Santa Escritura. Está organizada en el Antiguo y Nuevo Testamento. Una de las enseñanzas elementales del cristianismo es que la muerte de Jesús ofrece la posibilidad de una nueva vida para quien cree. La resurrección de Jesús fue la señal de que Él venció a la muerte, no exclusivamente para sí mismo sino también para el creyente. Eso ofrece un nuevo futuro para la comunidad cristiana, la Iglesia (6–8).

Los devotos admiten a Jesucristo como el Hijo de Dios y el Salvador de la humanidad. Siguen las enseñanzas de Jesús en el Nuevo Testamento. Los fieles incluyen una gran variedad de expresión de estas enseñanzas: predicación, oración, cantos, meditación,

bautismo, y la Cena del Señor. La vida cristiana es vivir en el mundo con la ayuda de Dios de acuerdo con las buenas nuevas de Jesucristo (6–8).

Dentro del cristianismo hay tres grupos principales de iglesias: la Iglesia Católica Romana, la Iglesia Ortodoxa Oriental y las Iglesias Protestantes. El Cristianismo Católico Romano es liderado por el Papa, en Roma, y está integrado por más de 600 millones de adeptos. El Cristianismo Ortodoxo Oriental está guiado por varios jefes cabeza y tiene su mayor apoyo en el Medio Oriente. Cuenta con unos 125 millones de discípulos. Las Iglesias Protestantes representan una variedad de designaciones que engloba a luteranos, episcopales, metodistas, presbiterianos y bautistas. Sus seguidores superan los 300 millones (6–8).

Por lo tanto, el cristianismo ha tenido gran peso durante los últimos veinte siglos de historia. Además, reconoce sus raíces en el judaísmo. Por otra parte, ha sido una de las religiones con más movimiento y más afán misionero. Hasta la fecha, incorpora más de 1400 millones de simpatizantes (6–8).

Islam

El islam es una de las religiones más recientes de importancia mundial. La fe islámica surgió el siglo VII d. C. en el desierto-oasis de la península Arábiga. La difusión empezó en La Meca en el 622 d.C. (el primer año de la Hégira, la huida a Medina), y en 1300 años se propagó por todo el mundo: se expandió a Medina y Palestina, el norte de África, España, Persia, India, China, África y Norteamérica. Logró obtener 1300 millones de seguidores, convirtiéndose en una religión misionera (6–8).

El islamismo admite que emergió del judaísmo y el cristianismo, es por ello por lo que acepta a judíos y cristianos como pueblos del libro sagrado. Los creyentes acogen a Alá como su Dios y Mahoma como su profeta. La revelación de Alá a Mahoma está descrita en el Corán, considerada la Sagrada Escritura de los musulmanes. Para la religión, la Torá judía y el Evangelio cristiano son la declaración del Dios Alá a estos dos pueblos. Aunque, piensan que ambos fueron malinterpretados (6–8).

Los musulmanes profesan su religión con un estilo de vida muy definido que incluye seis responsabilidades específicas:

1. Los musulmanes confiesan que hay un Dios y que el profeta final es Mahoma;
2. se elevan oraciones cinco veces al día;
3. hay un mes en que se observa ayuno;
4. cierto porcentaje del ingreso y las propiedades se ofrenda para la obra religiosa;
5. hay que realizar una peregrinación a la Meca en Arabia Saudita;
6. los musulmanes son responsables de ser buenos portavoces de su fe (6–8).

La ley islámica engloba tanto al individuo como a la comunidad, dirige desde los asuntos de gobierno hasta las relaciones familiares e individuales; no posee un límite distinguido entre religión y estado. Así mismo, tanto los gobernadores como los jueces, los eruditos, los clérigos y todos los fieles islámicos acuden al Corán en busca de principios y prácticas para todos los aspectos de la vida cotidiana. La institución más visible del islam es la mezquita, frecuentada con motivo de las oraciones, los sermones, la vida social y los consejos generales por parte de especialistas en leyes y rituales de la ley islámica (6–8).

Aunque el islam muestra una relación de unión entre las creencias y las prácticas, hay diferencias y discordia entre los fieles. Existen dos grupos islámicos de mayor importancia: los Sunitas y los Chiitas. Una de las principales distinciones es la interpretación en cuanto a la sucesión del profeta Mahoma.

Aunque el Medio Oriente fue el origen del islam, gracias a su dedicación misionera se ha extendido hasta Indonesia, India, China y la antigua Unión Soviética. El islam llega a más de 600 millones de adeptos y está entre las religiones mundiales que presenta más desafíos (6–8).

Judaísmo

El judaísmo surgió el siglo II a. C. en Mesopotamia, los antiguos judíos eran unos pueblos nómadas originarios de esta región. La historia del pueblo judío se extiende unos treinta y cinco siglos, conducidos por Abraham se instalaron en Palestina y, a causa del mal

estado de las tierras, emigraron a Egipto donde fueron sometidos a esclavitud.
Finalmente, fueron liberados gracias a Moisés y regresaron a Palestina (6–8).
El judaísmo basa sus creencias en la Biblia, concretamente en el Antiguo Testamento, compuesta por diferentes textos en hebreo, arameo y griego escritos a lo largo de un milenio. Es considerada, tanto por los judíos como por los cristianos, como una Sagrada Escritura, ya que fue revelada e inspirada por Dios; aunque el judaísmo únicamente reconoce los libros escritos en hebreo. La Torá incluye la totalidad del Antiguo Testamento, que contiene los mensajes de los profetas en el nombre de Yahvé. La otra Sagrada Escritura del judaísmo es el Talmud, que significa "estudio". Es una colección de estudios e interpretaciones de la Torá realizada por rabinos judíos que se compone por tres partes: Mishná, Gemara y Midrashim (6–8).
El judaísmo es teocéntrico, es decir, cree en la existencia de un único Dios supremo que lo gobierna todo, es un Dios personal. El aspecto central de la religión es la adoración a Dios, la práctica de buenas acciones y el amor al conocimiento. Para el judaísmo Yahvé es su Dios personal (6–8).

Del judaísmo se han derivado, a lo largo de los siglos, el cristianismo y el islam. Sirve de base para muchas de las creencias y las prácticas de las religiones que lo siguieron; su punto focal es el monoteísmo, los profetas, la historia, la ética y un gran sentido de comunidad. Dios se ha revelado en la historia por medio de los mensajes de los profetas, esta revelación está en la ley del judaísmo, la Torá. Para ellos, la historia es crucial, ya que tiene un comienzo y un final (6–8).

La fe de la religión hebrea se puede resumir en 13 declaraciones:

1. Dios es el autor y el guía de todo lo que existe y de todo lo que existirá;
2. Dios es una Unidad; no hay nada que se compare con esta Unidad, y solamente Él es nuestro Dios;
3. Dios no tiene cuerpo y Él no tiene forma en absoluto;
4. Dios es el primero y el último;
5. debemos orar a Dios y a nadie más;
6. todas las palabras de los profetas son verdaderas;
7. Moisés es el profeta principal, cuya profecía es verdadera;

8. la Torá que poseemos es la misma que fue dada a Moisés;
9. la Torá nunca será cambiada y nunca habrá otra ley de parte de Dios;
10. Dios discierne los corazones de todos los hombres, y conoce todos sus pensamientos y todas sus acciones;
11. Dios recompensa a quienes guardan sus mandamientos divinos y castiga a quienes los transgreden;
12. aunque el Mesías tarde, vendrá,
13. los muertos habrán de resucitar (6–8).

En el judaísmo existe una profunda unidad en lo que respecta a la historia, la literatura, la oración, y el estilo de vida religioso. La base de la práctica religiosa judía es el sábado o día de reposo, es un tiempo destinado al descanso. Como dice en un capítulo del Éxodo del Antiguo Testamento "*Acuérdate del día de reposo para santificarlo*". Para los judíos el sexto día, conocido como "*Sabbat*", es una oportunidad para rememorar la creación, el éxodo y la rendición de Egipto. En los hogares y en las sinagogas judías es un tiempo de celebración (6–8).

Los tres movimientos más grandes dentro del judaísmo contemporáneo son: los ortodoxos, los conservadores y los reformistas. Los tres están de acuerdo en preceptos teológicos clave como la reverencia del monoteísmo por las Escrituras y la celebración de las tradiciones judías. Hay judíos en prácticamente todo el mundo; sin embargo, no son una religión misionera (6–8).

### 6.1. Justificación del tema

La demanda y las listas de espera de órganos y tejidos siguen aumentando. Esta elevación se puede frenar exclusivamente aumentando a su vez el número de donaciones. Por eso, el proceso de donación es necesario, debido a la existencia de una mayor demanda que oferta.

En España, por ley, todos somos donantes potenciales pero ningún profesional extraería un órgano ni un tejido sin el consentimiento del donante o de su familia. Es entonces cuando entra en juego la posible negativa familiar. Algunos aluden a la religión y las creencias como motivos para no seguir adelante con el proceso de donación.
La negativa a la donación por motivos religiosos representa el 4 % del total (3). Quizás puede parecer una cifra insignificante pero la verdad es que esta negativa puede estar fundamentada en desinformación por parte de la tradición y el culto de las diferentes religiones.

Este trabajo es necesario para esclarecer si realmente la religión es un impedimento en el proceso de donación. Es decir, si alguna religión prohíbe la DOT como tal.

## 7. Pregunta de investigación

¿Es la religión un obstáculo en el proceso de donación de órganos y/o tejidos?

## 8. Objetivos

1. Esclarecer si la religión es un obstáculo en el proceso de donación de órganos y/o tejidos.
2. Identificar si el cristianismo, el islam o el judaísmo prohíben explícitamente la donación de órganos y/o tejidos
3. Detectar cuáles son los verdaderos obstáculos en el proceso de la donación de órganos y/o tejidos.

## 9. Metodología

### 9.1. Diseño

El diseño de este trabajo se ha llevado a cabo con el propósito de alcanzar los objetivos planteados. Para ello, una revisión sistemática de la literatura se ha llevado a cabo desde el mes de septiembre de 2019 hasta el mes de mayo de 2020. En primer lugar, se realizó una revisión detallada de la literatura científica sobre la DOT desde la perspectiva de las tres religiones monoteístas.

### 9.2. Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se realizó una búsqueda avanzada en tres bases de datos: Cinahl, Cochrane y PubMed. Las palabras claves incluidas en la búsqueda definitiva fueron: donación humana; donación de órganos; donación de tejidos; religión; islam; judaísmo; cristianismo; obstáculo; influencia. Se utilizó el operador booleano OR para combinar los términos relacionados con un mismo concepto y el operador booleano AND para combinar los distintos términos de la búsqueda.

Se combinaron las palabras clave mediante una búsqueda avanzada, llevando a cabo tres estrategias de búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos. En las tablas 3, 4 y 5 se muestran dichas estrategias con los términos clave incluidos y los operadores booleanos utilizados.

**Tabla 3.** Términos incluidos en la 1ª estrategia de búsqueda bibliográfica

| **Términos incluidos en la 1ª búsqueda** | | |
|---|---|---|
| Human donation<br>**OR**<br>Organ donation<br>**OR**<br>Tissue donation | **AND** | Religion<br>**AND**<br>Islam<br>**OR**<br>Judaism<br>**OR**<br>Christianism |

**Tabla 4.** Términos incluidos en la 2ª estrategia de búsqueda bibliográfica

| **Términos incluidos en la 2ª búsqueda** | | |
|---|---|---|
| Human donation<br>**OR**<br>Organ donation<br>**OR**<br>Tissue donation | **AND** | Religion<br>**OR**<br>Islam<br>**OR**<br>Judaism<br>**OR**<br>Christianism |

**Tabla 5**. Términos incluidos en la 3ª estrategia de búsqueda bibliográfica

| **Términos incluidos en la 3ª búsqueda** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Human donation<br>**OR**<br>Organ donation<br>**OR**<br>Tissue donation | **AND** | Religion<br>**OR**<br>Islam<br>**OR**<br>Judaism<br>**OR**<br>Christianism | **AND** | Obstacle<br>**OR**<br>Influence |

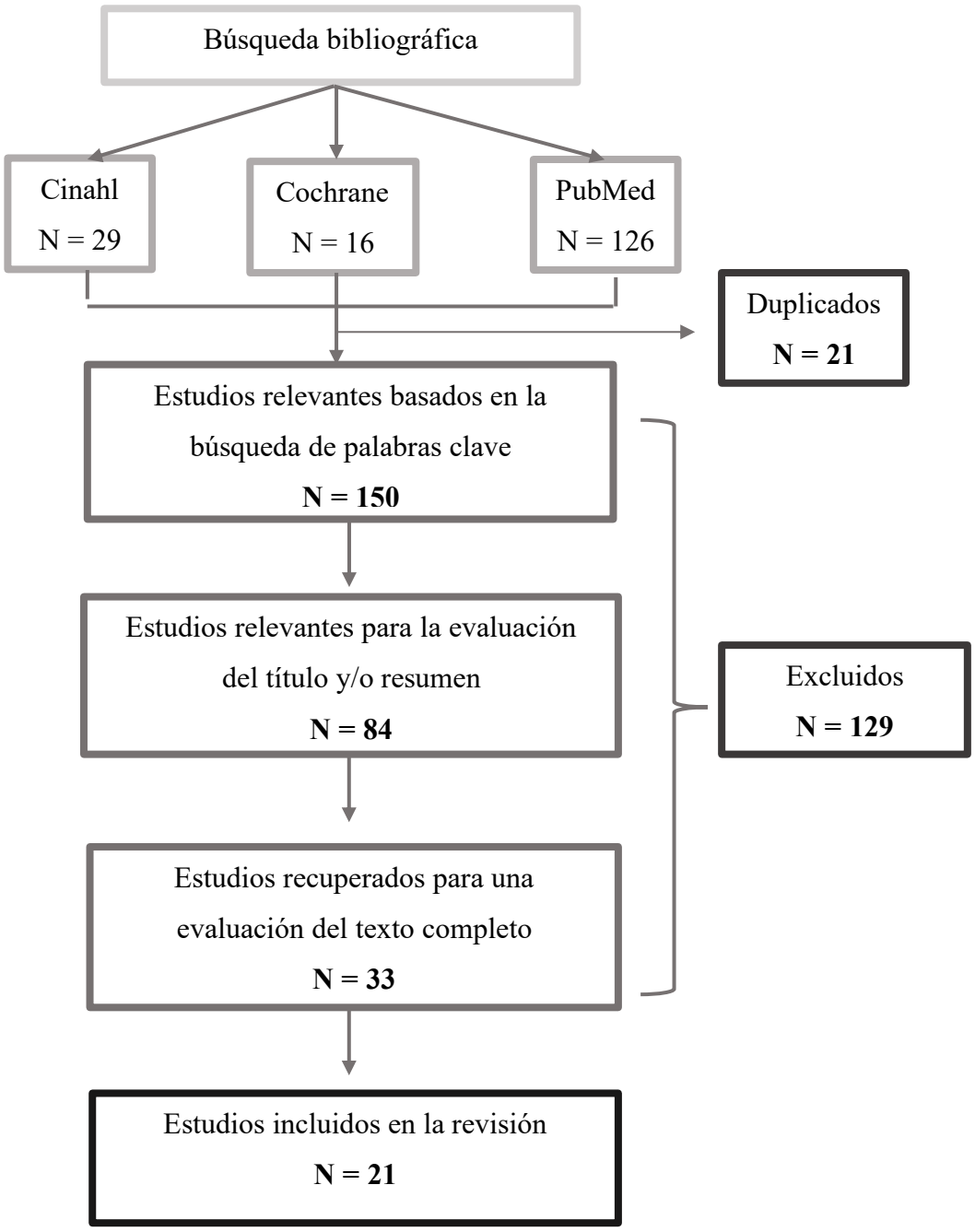
La tabla 6 muestra las cuatro búsquedas bibliográficas que se llevaron a cabo en las bases de datos a partir de las estrategias de búsqueda preestablecidas.

**Tabla 6.** Búsquedas bibliográficas realizadas

| Búsqueda | Base de datos |
|---|---|
| ((((("human donation") OR "organ donation") OR "tissue donation")) AND Religion*)) AND (((islam*) OR judaism*) OR christianism*) | PubMed |
| (((("human donation") OR "organ donation") OR "tissue donation")) AND ((((religion) OR islam) OR judaism) OR christianism)) | Cochrane |
| (((("human donation") OR "organ donation") OR "tissue donation")) AND ((((religion*) OR islam*) OR judaism*) OR christianism*)) AND ((obstacle) OR influence) | PubMed |
| (((("human donation") OR "organ donation") OR "tissue donation")) AND ((((religion) OR islam) OR judaism) OR christianism)) AND ((obstacle) OR influence) | Cinahl |

Las búsquedas bibliográficas que se llevaron a cabo en las bases de datos obtuvieron un resultado total de 171 artículos. A partir de ahí, se eliminaron aquellos artículos duplicados y se aplicaron los criterios de selección. Los artículos fueron estudiados según una evaluación del título, el resumen y el texto completo. Finalmente, se incluyeron 21 artículos en nuestra revisión sistemática de la literatura (Figura 1).

**Figura 1.** Proceso de selección de los estudios



### 9.3. Criterios de selección

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos incluidos en esta revisión sistemática de la literatura se muestran en la tabla 7.

**Tabla 7.** Criterios de selección

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|---|
| • Donación de órganos y/o tejidos<br>• Donación en vida y cadáver<br>• Religión: cristianismo, islam y/o judaísmo<br>• Idioma: castellano, inglés | • Donación no humana<br>• Otra religión<br>• Otro idioma<br>• Antigüedad mayor a 15 años |

### 9.4. Consideraciones éticas

Este trabajo de final de grado es de tipología revisión de la literatura con lo que no se considera necesaria la solicitud de aprobación por parte de un comité ético para llevar a cabo este proyecto. Tampoco se considera necesario la elaboración de un consentimiento informado, ya que toda la información incluida en el trabajo se ha recogido previamente de estudios ya publicados.

Se ha procurado evitar al máximo el plagio de textos incluyendo sus referencias siempre que ha correspondido.

Declaro no tener ningún conflicto de interés con terceras personas ni con los estudios presentados en este trabajo.

## 10. Resultados

### 10.1. Análisis bibliométrico

En este trabajo de fin de grado se ha realizado una revisión sistemática de la literatura incluyendo un total de 21 artículos. En cuanto a los resultados de la estrategia de búsqueda por país de publicación destaca que la mayoría de ellos fueron publicados en los Estados Unidos de América con una representación del 42,86 %. En la tabla 8 aparecen los resultados de la estrategia de búsqueda por país de publicación.

**Tabla 8**. Resultados por país de publicación del estudio

| País | Porcentaje (%) | N = |
|---|---|---|
| Estados Unidos | 42,86 % | 9 |
| Australia | 9,52 % | 2 |
| España | 9,52 % | 2 |
| Reino Unido | 9,52 % | 2 |
| Turquía | 9,52 % | 2 |
| Chile | 4,76 % | 1 |
| Italia | 4,76 % | 1 |
| Pakistán | 4,76 % | 1 |
| Polonia | 4,76 % | 1 |

En relación con los resultados de la estrategia de búsqueda por diseño de los artículos incluidos, destaca que la mayoría de ellos fueron revisiones bibliográficas con una representación del 47,62 %. En la siguiente tabla aparecen los resultados de la estrategia de búsqueda por tipo de diseño de los artículos incluidos.

**Tabla 9.** Resultados por tipo de diseño del estudio

| Diseño de estudio | Porcentaje (%) | N = |
|---|---|---|
| Estudio observacional: revisión sistemática de la literatura | 47,62 % | 10 |

| | | |
|---|---|---|
| Estudio cuantitativo: encuestas | 38,10 % | 8 |
| Estudio cualitativo: entrevista, dinámica de grupo | 14,29 % | 3 |

En cuanto a los resultados de la estrategia de búsqueda por año de publicación podemos observar como a lo largo del tiempo ha sido un tema de interés para la investigación de los autores. Con una representación del 23,81 % y 14,29 % destacan los años 2012 y 2015 respectivamente de los cuales hay 5 y 3 artículos incluidos en esta revisión. En la tabla 10 aparecen los resultados de la estrategia de búsqueda por año de publicación.

**Tabla 10.** Resultados por año de publicación del estudio

| Año | Porcentaje (%) | N = |
|---|---|---|
| 2019 | 4,76 % | 1 |
| 2018 | 4,76 % | 1 |
| 2017 | 4,76 % | 1 |
| 2016 | 4,76 % | 1 |
| 2015 | 14,29 % | 3 |
| 2014 | 9,52 % | 2 |
| 2012 | 23,81 % | 5 |
| 2011 | 10,05 % | 4 |
| 2010 | 9,52 % | 2 |
| 2005 | 4,76 % | 1 |

En relación con los resultados de la estrategia de búsqueda por tipo de donación de la cual se habla en los artículos incluidos, destaca que la totalidad de ellos fue sobre la donación de órganos con una representación del 100 %. Únicamente 3 artículos hablaron además de la donación de tejidos representando el 14,29 %. Además, el 90,48 % hablaron de la donación cadáver mientras solamente el 28,57 % habló de la donación en vida. En la siguiente tabla aparecen los resultados de la estrategia de búsqueda por tipo de donación de los artículos incluidos.

**Tabla 11.** Resultados por tipo de donación del estudio

| Tipo de donación | Porcentaje (%) | N = |
|---|---|---|
| Donación de órganos | 100 % | 21 |
| Donación de tejidos | 14,29 % | 3 |
| Donación cadáver | 90,48 % | 19 |
| Donación en vida | 28,57 % | 6 |

En relación con los resultados de la estrategia de búsqueda por tipo de religión de la cual se habla en los artículos incluidos, destaca el islam con una representación del 61,90 %. El cristianismo y el judaísmo, con menor porcentaje representativo entre los artículos incluidos, 28,57 %. Además, 5 artículos mencionaron la religión en general sin especificar una en concreto. En la tabla 12 aparecen los resultados de la estrategia de búsqueda por tipo de religión de los artículos incluidos.

**Tabla 12.** Resultados por religión del estudio

| Tipo de religión | Porcentaje (%) | N = |
|---|---|---|
| Islam | 61,90 % | 13 |
| Cristianismo | 28,57 % | 6 |
| Judaísmo | 28,57 % | 6 |
| Ninguna en concreto | 23,81 % | 5 |

### 10.2. Análisis del contenido

La investigación desarrolla, en el mundo contemporáneo con mucha rapidez, nuevos avances en tecnología que en el ámbito de la medicina mejoran nuestra salud. Nuevas técnicas y tratamientos se alzan para mejorar la calidad de vida de las personas e incluso salvarles la vida. Uno de estos tratamientos es el trasplante de órganos y tejidos, factible gracias a las donaciones.

Como consecuencia, se ha abierto un gran margen de diferencia entre el número de órganos disponibles y el número de órganos necesarios. Es decir, hay una mayor demanda que oferta. Y, aunque cada vez hay una mayor aprobación, aún hay muchas barreras éticas, morales, culturales, legales y religiosas.

El trasplante de órganos está habitualmente ligado a la muerte de una persona. Y la muerte a su vez está asociada a cuestiones espirituales y religiosas. Es difícil y doloroso para las familias aceptar la extracción de órganos de un ser querido. Con frecuencia en estas situaciones suelen recurrir a la religión. Por lo tanto, las creencias religiosas podrían ser una razón significativa para la escasez de órganos para su posterior trasplante (9).

Las religiones, a menudo, definen la muerte haciendo referencia a criterios no observables. Debido a que estos criterios no son visibles, las religiones recurren a la evidencia empírica para determinar que la muerte ha ocurrido. La perspectiva religiosa puede ser especialmente influyente porque explican la naturaleza del individuo humano, el objetivo de la vida, las razones de la muerte y lo que sucede después de la misma. Proporciona una manera de interpretar el mundo que influye a las personas que viven según una tradición particular.

Las tradiciones occidentales o Abrahámicas del cristianismo, el islam y el judaísmo encuentran sus raíces en un mismo ancestro, Abraham. Las tres religiones creen que el individuo es una única creación de Dios cuya vida empieza en un punto concreto en el tiempo, entienden que el individuo permanece siendo él mismo tanto en vida como tras la muerte. Las tres determinan la muerte a partir de la cesión del funcionamiento del corazón, los pulmones y el cerebro. Para interpretar problemas morales contemporáneos, como es la donación y el trasplante de órganos y tejidos, dependen en gran medida de sus Escrituras y las interpretaciones de los textos sagrados por parte de las autoridades religiosas (10).

El trasplante es el tratamiento de elección ante un fallo orgánico grave. La donación de órganos es una prioridad a nivel mundial y comprender las razones por las cuales la población dona o no, puede ayudar a crear nuevas políticas que combatan esta oferta insuficiente.

Hay factores específicos asociados con actitudes positivas como: el nivel de educación, el nivel socioeconómico y la edad. También se ha encontrado que la población está más dispuesta a hacer una donación en vida a un familiar que una vez fallecidos.

La decisión de donar un órgano es compleja y se basa en marcadas creencias personales.

Además, existen otros factores que ejercen una fuerte influencia en la decisión propia de ser donante de órganos. Estos son: las creencias religiosas, las creencias culturales, la influencia o los lazos familiares, la integridad del cuerpo, la interacción con el sistema de salud, el nivel de conocimiento e información de la DOT (11).

Actualmente, existen dos enfoques para la obtención de órganos de un donante fallecido: el consentimiento presunto o "*opting out*" y el consentimiento explícito o "*opting in*". El sistema de opting out es el que mejores resultados ofrece a nivel europeo. De hecho, el cambio de un sistema de consentimiento explícito a un sistema de consentimiento presunto aumentó las donaciones de órganos un 25 %. En el caso del donante en vida, la opción propuesta es la "*entitled compensation*" o el derecho a la compensación. A nivel ético, se debe evitar cualquier compensación o ganancia financiera por el órgano en sí manteniendo la donación como el mayor acto voluntario, altruista, solidario, generoso, confidencial, gratuito y sin ánimo de lucro. La compensación en sí se refiere a subsanar los problemas económicos surgidos a raíz del proceso de donación tales como el coste de desplazamiento, de las pérdidas salariales, de los exámenes o los tratamientos médicos y del alojamiento (9).

La religión es citada comúnmente como una barrera para la donación. Aunque, algunas creencias religiosas pueden ser también positivas. Cuando existen creencias negativas, normalmente se deben a la incertidumbre y a la distorsión de los decretos religiosos. Los líderes religiosos podrían estar disponibles en los hospitales para ayudar a las familias a tomar decisiones con respecto a la donación de órganos y posiblemente desacreditar percepciones erróneas (11).

Además, la negativa familiar sobre el consentimiento de la donación de órganos se ha mencionado como un factor clave. Las principales razones manifestadas por las familias para justificar el rechazo de la donación de órganos de sus familiares son: negación y rechazo de la ME, creencia en un milagro, miedo al comercio de órganos y al destino desconocido de los mismos, creencias religiosas, preocupación sobre el diagnóstico de ME, estado de ánimo familiar inestable, deseos del donante desconocidos, creencia en la integridad corporal después de la muerte y miedo a la objeción de otros miembros de la familia (11–15).

**Cristianismo**

La Iglesia Católica moderna apoya la donación y el trasplante de órganos, aunque condena vigorosamente su mercado (9,10). Es moralmente aceptable siempre y cuando se haga con el consentimiento informada del donante, no prive la vida del donante o la integridad del sistema de ese órgano. El cuerpo deberá ser tratado con absoluto respeto, ya que es la creación de Dios, la reencarnación de Jesús en nosotros y la expectación de nuestra resurrección (16).

Es evidente, para la Iglesia Católica, como en las Escrituras se alaba indirectamente la donación de órganos. Ni en el Antiguo ni en el Nuevo Testamento se aborda explícitamente la donación y el trasplante de órganos o el mercado de órganos humanos, aunque a partir de las interpretaciones de las Escrituras se obtiene la posición de la Iglesia Católica. En el Nuevo Testamento, Jesús manifestó "*Este es mi cuerpo*" y "*Esta es mi sangre que será entregada para vosotros*". La Iglesia Católica deduce de estos pasajes que los cristianos deberían entregar libremente sus cuerpos a la comunidad como lo hizo Cristo. Otro pasaje dice "*Si Cristo es el único cuerpo y nosotros pertenecemos a Cristo, entonces también nos pertenecemos el uno al otro, y estamos obligados a donar nuestros órganos el uno al otro*" (9,10).

Por lo tanto, la donación de órganos después de la muerte es un acto noble y meritorio y debe alentarse como una expresión de generosa solidaridad, según declaraciones de la Iglesia Católica en 1997. En el año 2000, esas declaraciones fueron respaldadas por el Papa Juan Pablo II cuando afirmó "*Hay una necesidad de inculcar en los corazones de las personas, una apreciación genuina y profunda de la necesidad del amor fraternal, un amor que pueda encontrar expresión en la decisión de convertirse en donante de órganos*". Así mismo, el Papa Benedicto XVI hizo eco de la postura de su predecesor abogando por el acto de donación como una "*noble y caritativa iniciativa*". El actual Papa Francisco I ha afirmado esta posición en el Comité de Trasplante para el Consejo de Europa en septiembre de 2014 cuando describió el acto de donación como "*un testimonio de amor por el prójimo*".

De esta manera, la donación de órganos puede ser una experiencia espiritualmente reconfortante para los católicos. Metafóricamente se coloca en el lugar de Jesús y el acto es muy promovido dentro de la Iglesia. Además, cuenta con el apoyo entusiasta del Papa, y esto influye positivamente en las tasas de donación de órganos entre los católicos (9,10).

El Papa Juan Pablo II mencionó que "l*a muerte es el resultado de la separación del principio de la vida (o alma) de la realidad corporal de una persona*" y afirmó el uso del criterio médico para identificar "*los signos biológicos de que una persona realmente ha muerto*".

Mientras que la muerte cardiopulmonar es completamente aceptada por la comunidad, puesto que ha sido el criterio estándar para establecer que una persona ha fallecido, existe una reciente discusión respecto a la ME. Con la llegada del respirador y la necesidad de órganos, la medicina ha desarrollado un nuevo criterio para establecer la muerte. Y aunque Juan Pablo II aceptó el criterio neurológico, en los últimos años han surgido algunos católicos romanos que se oponen a la visión del Papa y defienden el criterio tradicional.

La Iglesia Católica Romana afirma que la ME es muerte y, por lo tanto, no hay dificultad en acabar con el soporte mecánico que asiste al paciente antes de la determinación de su muerte. La desconexión debe surgir de una buena intención, es decir, el bien de la acción debe superar el mal de las consecuencias y el mal no debe ser directamente intencionado. En conclusión, no se debe desear la muerte intencionadamente. Por lo tanto, siempre y cuando el paciente y/o su familia hayan dado o den su consentimiento, la desconexión está permitida (9,10).

Además del marco teórico, en la práctica se confirman estas declaraciones a partir de la población encuestada. La edad y la religión tienen un impacto clave en la actitud de querer donar un órgano o ser trasplantado con un órgano. La mayoría de los encuestados menores de 60 años expresaron su consentimiento para la extracción de órganos de familiares después de su muerte (81,5 %). Hubo significativamente más católicos en este grupo (85,8 %). También se encontró que aproximadamente el 86 % de las personas menores de 60 años estaban dispuestas a donar sus propios órganos después de la muerte. De la misma manera, hubo significativamente más católicos en este grupo (88,8 %). Por último,

se encontró como significativamente más personas mayores habían oído hablar sobre la tarjeta del donante. Sin embargo, exclusivamente el 12 % de las personas menores de 60 años y el 2,7 % de los mayores de 60 años tenían una. La religión tuvo un impacto en las respuestas a la pregunta, el porcentaje más alto de personas que tenían una tarjeta fue entre católicos y bautistas (15 %) (17).

Es interesante evaluar el impacto de las creencias religiosas tanto de los donantes y receptores potenciales como de los estudiantes y profesionales de las ciencias de la salud en su actitud hacia la donación y el trasplante de órganos. Estos dos últimos sectores estarán involucrados en el proceso de donación y trasplante de órganos. Además, podrán modular la opinión del resto de la población.

Los españoles son creyentes, por religión y cultura, y la mayoría de ellos son católicos. En concreto, el 58 % de los estudiantes de medicina de las universidades españolas se declaran creyentes mayoritariamente católicos (55 %). Los que se consideran ateos o agnósticos tienen una actitud más favorable hacia la donación y el trasplante de órganos que los que se consideran religiosos. Pero los católicos están más a favor que los de otras religiones. Además, es necesario tener en cuenta que las personas religiosas creen que la opinión de su religión es favorable a la donación y el trasplante y están más a favor de la donación de órganos del donante fallecido (18).

**Islam**

El altruismo, la predestinación y el destino determinados por Alá son enseñanzas centrales del islam. Las enseñanzas de esta religión ofrecen esperanza y también alientan a buscar soluciones adecuadas a los problemas, incluidas las enfermedades médicas a las que se enfrentan los individuos. Mahoma dijo: "*Alá ha dado una cura para todas las enfermedades*", por lo que los musulmanes tienen el deber de buscar curas para las enfermedades. La mayoría de los líderes religiosos y seguidores del islam apoyan la donación y el trasplante de órganos, aunque estas opiniones no están universalmente aceptadas. Como tal, la donación y el trasplante de órganos tienen un gran apoyo dentro del Corán y son aceptados por la mayoría de las autoridades musulmanas y se practican

en la mayoría de los países musulmanes (9,19–21). Además, la Academia Islámica Fiqh decretó en 1981 que está prohibido vender un órgano, aunque existe un desacuerdo significativo con respecto a la permisibilidad de la compraventa de órganos. La jurisprudencia de los Chiitas está a favor de la remuneración si el órgano es necesario para salvar una vida. En cambio, los Sunitas son más reticentes con respecto al pago de órganos. El donante no debería vender sus órganos por dinero, ya que el cuerpo pertenece únicamente a Dios y la donación debe ser un acto de altruismo. Sacar partido de cualquier parte del cuerpo es considerado ilegal (*haram*) (9,21).

El islam, en contraste con la religión cristiana, no sostiene una posición rígida en relación con el proceso de donación y trasplante de órganos. Existe una falta de consenso entre las autoridades religiosas en la permisibilidad del proceso. Esta controversia deriva de la cuestionada moralidad del acto. De esta manera se recurre a la interpretación de las Sagradas Escrituras con el fin de determinar si un acto es moral (*halal*) según el código moral y legal del islam, la Sharía, derivada del Corán. Estas guías religiosas son interpretadas por distintos eruditos de distintas formas. Por lo tanto, son flexibles según: el lugar, la condición y las leyes que rodean la cultura y el contexto histórico, político o cultural. Estas interpretaciones resultan en opiniones legales (*fatwas*), por las autoridades religiosas o eruditos, adaptadas al contexto moderno y actual permitiendo que la religión islámica progrese con la sociedad y así perdure en el tiempo. Una fatwa dice "*Los órganos del difunto pueden ser trasplantados a un paciente, donde la vida del receptor depende del trasplante, o si la continuación de las funciones corporales básicas del receptor depende del trasplante. Sin embargo, esto depende del consentimiento del fallecido, de sus familiares después de su muerte o por decisión de los líderes de la comunidad musulmana, en caso de que el fallecido no sea identificado o no tenga ningún familiar*" (9,10,19,21,22).

La discusión acerca de la moralidad de la donación y el trasplante de un órgano radica en la definición de la muerte y los criterios para determinar el fin de la vida. Además de los procedimientos invasivos perimortem para preservar los órganos trasplantables y la divulgación de información a donantes y familiares. El Corán describió ambos fenómenos naturales de vida y muerte catorce siglos atrás y debido a la limitada capacidad de

comprender los versos antiguos, los eruditos continúan interpretando las escrituras para entender esas descripciones en un proceso llamado "*ijtihad*". El problema reside en los criterios de determinación de la muerte, ya que en el Corán no habla de estos. Por eso, las autoridades legales o juristas, de la Academia del Fiqh, crean interpretaciones legales (*fiqh*) a partir de principios islámicos. Hay dos condiciones previas para la validación de una fatwa: no debe chocar con el Corán y la Sunna y no debe dañar la religión, la vida, la mente, la propiedad o la descendencia de la persona. Sin embargo, estas opiniones son revocables debido a la posibilidad de malentendidos, malinterpretaciones o falta de conocimiento sobre el asunto que se aborda (21–23).

Los juristas crean fiqh citando numerosos principios morales en defensa de la permisibilidad de la donación y el trasplante de órganos. En el islam el altruismo es muy elogiado y salvar una vida tiene gran importancia, por eso otro principio basado en un verso del Corán afirma: "*Quien salva una vida sería como si hubiera salvado la vida de todas las personas*". El principio de la necesidad anula la prohibición, "*al-daruarat tubih al-mahzurat*", es a menudo citado como justificación, ya que las cosas inmorales, ilegales y prohibidas se vuelven entonces permisibles. Otros principios citados son: el predominio del bien sobre el daño resultante de una acción y la afirmación de que todo es presuntamente lícito salvo que una orden legal demuestre lo contrario. Es decir, si Alá no ha prohibido directa o indirectamente la donación y el trasplante de órganos en el Corán, debe considerarse como un acto permisible. Además, la propiedad de los órganos es relativa y subjetiva, ya que Alá es el dueño supremo. De esta manera, sería permisible donarlos, puesto que Dios ha puesto un gran valor en salvar vidas. Otros principios citados en relación con las enseñanzas islámicas son: mostrar compasión (*rahmah*), ayudar a los demás (*ta'awun*) y hacer donaciones continuas (*sadaqah jariah*). Siempre que sea posible será necesario el consentimiento explícito o implícito del donante, en el caso de no ser así, un pariente cercano deberá dar su consentimiento. Si el fallecido no tuviera familia cercana, la decisión estaría en manos del líder musulmán de su comunidad. Aunque salvar una vida es de gran importancia en el islam y la familia del difunto debe dar su consentimiento, de ninguna manera estarán obligados a hacerlo, aunque suponga la muerte de otra persona gravemente enferma (9,10,16,19–24).

El cuerpo humano, vivo o muerto, es sagrado y debe ser honrado. Una consideración previa en la donación de órganos es que el cadáver sea tratado con respeto y nunca maltratado. En el islam, el fallecido tiene derecho a la santidad y la integridad de su cuerpo, pero este mandato queda anulado bajo la necesidad de salvar una vida (9,19,21). El Corán describe la muerte como "*yaqin*", una palabra árabe para describir un evento singular determinado con absoluta certeza. Es una condición previa en la determinación de la muerte (22). Los criterios clínicos de la muerte son definidos por los médicos como única autoridad responsable (16). Estos además se apoyan en tradiciones islámicas antiguas que dicen así: "*si el rey ya no puede usar su mente, un nuevo rey puede ser coronado*". Dado que solamente el rey fallecido puede ser reemplazado, esta afirmación se utiliza para justificar la aplicación de los criterios de ME (10). Los criterios de muerte cardiopulmonar han sido comúnmente aceptados como la definición tradicional de la muerte y los criterios neurológicos de la ME son motivo de discusión; algunos eruditos musulmanes han rechazado el criterio neurológico como criterio válido para establecer la muerte (22). Por eso, la donación de órganos de un donante fallecido puede ser culturalmente menos aceptada en algunas comunidades musulmanas (19). Aunque, la Academia Islámica Fiqh concluyó que la ME es un criterio aceptable para la determinación de la muerte y dictaminó que el islam permite la declaración de la muerte cuando todas las funciones vitales del cerebro cesan irreversiblemente y el órgano comienza a degenerar. Los eruditos y autoridades islámicos que representan a todos los países musulmanes aprobaron una fatwa clara que designa la ME como muerte en 1986 (19).

Un estudio encontró entre los mayores de 60 años, que el 81,3 % tenía una actitud positiva hacia el trasplante de órganos. Al analizar las actitudes de los participantes con la consideración de la religión, se descubrió que el 100 % de los musulmanes manifestaron una actitud positiva. Entre los menores de 60 años, el grupo de los musulmanes manifestó una actitud positiva con un porcentaje de 96,4 %, el más alto de los grupos. Aunque al analizar el consentimiento de donación de órganos de un familiar fallecido, el grupo de los musulmanes fue el que presento una negativa mayor con el 25,9 % entre los menores de 60 años. Entre los mayores de 60 años, fue el grupo con mayor aceptación con un porcentaje de 66,7 %. A la hora de dar el consentimiento de donación de órganos de uno

mismo sucedió lo mismo. El grupo joven presento la mayor negativa de los grupos y el grupo mayor la actitud más positiva. Por último, el menor porcentaje de personas que tenían la tarjeta de donante fue entre los musulmanes con un 10,8 % (17).

**Judaísmo**

Aunque existe una percepción generalizada de que el judaísmo es contrario a la donación de órganos, esta apreciación no coincide con la realidad. La Asamblea Rabínica Ortodoxa de Estados Unidos de Norteamérica, en 1990, motiva a todos los judíos a que sean donante de tejidos y órganos, firmando y llevando consigo tarjetas de identificación en las que se afirme su decisión de ser donantes en caso de fallecer. Los trasplantes no están exclusivamente permitidos, sino que son considerados como parte de un mandato basado en el valor supremo de la vida humana. Aunque, no existe una posición única y jerárquica. Aún existen algunas corrientes del judaísmo reticentes a la donación de órganos argumentando que, en el momento de la resurrección de los cuerpos, ya que el pueblo judío espera la llegada del Mesías, será necesario que estos estén completos. Así, aunque existen distintos puntos de vista en el judaísmo, todas comparten el enunciado "*Quien salva una vida, salva al mundo entero*". Según esta posición, la donación de órganos sería una "*Mitzivá*" (un mandamiento o precepto).

Hay tres prohibiciones bíblicas referentes al cadáver:

1. "*Nivul Hamet*", que es la prohibición de la mutilación innecesaria de un cadáver;
2. "*Halanat Hamet*", que prohíbe retrasar el entierro de un cuerpo;
3. "*Hanaát Hamet*", que prohíbe obtener algún beneficio de un cadáver.

La mayoría de los rabinos están de acuerdo en que es más importante aplicar "*Pikuach Nefesh*" (Salvación del Alma), que respetar estas prohibiciones, ya que el trasplante de órganos salva vidas y, por ello, se está cumpliendo una Mitzivá mayor y se está dando lugar a un mayor respeto y dignidad del cuerpo humano.

La discusión primordial es la declaración de la ME y los criterios que determinan que una persona ha fallecido. La pregunta central en esta discusión es en qué momento una persona es declarada muerta, si la ley judía considera viva o muerta una persona con ME cuyo corazón sigue latiendo y que está conectada a ventilación mecánica (25).

Para determinar si una acción cumple con la ley judía, "*Halacha*", el judaísmo recurrirá a fuentes bíblicas e interpretaciones clave. Los ortodoxos creen que la obediencia a la ley judía es obligatoria porque proviene de Dios y es la más tradicional en su comprensión con los mandatos bíblicos. Los conservadores también creen que la ley judía es vinculante, pero la ley se desarrolla a través de Dios y de intérpretes humanos en un proceso que continúa en el presente. Normalmente, sus decretos son más flexibles. Y los reformistas son los más liberales de los tres, defienden la autonomía individual y creen que el judaísmo debe adaptarse a la situación contemporánea. Por lo tanto, la decisión del individuo y su familia en determinar la moralidad de un acto está permitida.

Los tres grupos coinciden en que la vida es un regalo de Dios y debe ser protegida y mantenida. Además, cuidar del cuerpo es una obligación, ya que pertenece a Dios.

Si bien la interrupción de la respiración y los latidos del corazón era la prueba tradicional de la muerte, con la aparición del respirador surgen nuevos problemas. La respiración espontánea ha cesado debido a la ME, pero el corazón continúa latiendo. Los reformistas y conservadores aceptan el criterio neurológico, pero entre los ortodoxos hay dos opiniones sobre la forma apropiada de determinar que una persona ha fallecido. Un lado acepta el criterio neurológico y el otro lado insiste en que únicamente la cesión de los latidos cardíacos son criterio válido para establecer la muerte.

En 1987, el Consejo Rabínico Jefe Israelí señaló cinco requisitos para establecer el estado de ME:

1. Conocimiento claro de la causa de la lesión;
2. cese absoluto de la respiración espontánea;
3. prueba clínica detallada de la lesión cerebral;
4. prueba clínica detallada de destrucción del tronco encefálico mediante pruebas científicas objetivas, como la prueba eléctrica del tronco encefálico;
5. prueba de que el cese absoluto de la respiración y la inactividad del tronco encefálico continúan durante al menos doce horas a pesar de los cuidados intensivos habituales.

Retirar el soporte mecánico en cualquier momento es al menos tan controvertido en la comunidad ortodoxa como los criterios para definir la muerte. Encuentran difícil desconectar sobre todo el respirador, aunque el paciente cumpla los criterios de ME. Por lo tanto, está prohibido hacer que la persona que muere lo haga más rápido. La tradición

conservadora comparte la perspectiva de que la atención médica es obligatoria hasta cierto punto, pero extiende el período de tiempo en el que se puede suspender o retirar el tratamiento hasta un año o más. El judaísmo reformista se centra en la efectividad terapéutica del tratamiento, "*La terapia ineficaz deja de ser medicina*" y no es necesaria. Las decisiones se dejan al paciente y a la familia en consulta con su médico (10).

El rol del rabino es un factor clave como guía en el cuidado al final de la vida. Hay dos principios superiores en la ley judía que se aplican en este delicado momento. El primero es que la vida tiene el máximo valor, el segundo es que morir es una parte natural del viaje de la vida que debe abordarse con dignidad y compasión. Es aconsejable que se pregunte a los pacientes ortodoxos y sus familias si desean consultar con un rabino de su elección acerca de la atención médica del paciente. Una vez el rabino ha sido escogido por la familia, el profesional de la salud debe invitarlo, con el consentimiento de la familia, a visitar al paciente y reunirse con el médico responsable. Esta reunión fomenta una mejor comprensión de las posibles intervenciones médicas dentro de la ley judía que serían apropiadas y permisibles para ese paciente en particular. Cuando la muerte está cerca, muchos rabinos reconocen que se debe tener en cuenta el sufrimiento que a menudo acompaña a la enfermedad terminal. Los pacientes judíos que se adhieren a la ley judía, o los miembros de la familia que cuidan al paciente moribundo, no tienen la autoridad para insistir en la retirada de un ventilador que es un acto de comisión que acelera la muerte. Del mismo modo, no pueden pedir que se retenga la nutrición e hidratación artificial de los pacientes que no pueden comer ni beber porque retener un sustento básico, necesario para cada persona viva, es un acto de omisión que conducirá a la muerte.

En la tradición judía ortodoxa, es un privilegio sagrado estar presente cuando alguien pasa de la vida a la muerte. Es más, no se les debe dejar solos.

En el momento que un paciente es declarado con ME, un miembro del equipo de obtención de órganos está habitualmente disponible para acercarse a las familias y discutir la posibilidad de la DOT. Puede ser de ayuda recordar a las familias la importancia de salvar una vida, lo cual es un valor muy arraigado en la ley judía. Para la parte de los judíos ortodoxos que solamente aceptan la muerte cardíaca-pulmonar, la DOT sería ilegal e inaceptable. Para otros judíos ortodoxos que aceptan la ME, la donación es alentada como un acto meritorio.

El segundo problema en la tradición ortodoxa incluye la creencia de que el cuerpo debe ser quemado con todas sus partes. Aunque esta creencia es reconocida por la ley judía, no es un requisito aplicable a los órganos trasplantados. La razón es que la prohibición del entierro sin todos los órganos se ve compensada por el beneficio de salvar una vida mediante la donación.

La ley judía alienta el entierro rápido del difunto. Después de la muerte del paciente, los profesionales de la salud deben informar inmediatamente a la familia para que se comunique con un comité judío de entierro. Cuyos miembros se aseguran de que los cuerpos de los judíos religiosos estén preparados para el entierro de acuerdo con la ley judía (26).

## 11. Discusión

Tras la síntesis de los estudios incluidos en esta revisión sistemática de la literatura, pueden observarse algunos obstáculos que afectan a la actitud en relación con el proceso de donación y trasplante de órganos de la población. Con el objetivo de identificar evidencias sobre las barreras que influyen en el proceso, este estudio recopila y sintetiza los obstáculos desde el punto de vista de la población, agrupándolos en tres asuntos clave relacionados entre sí: la muerte, la religión y los obstáculos en relación con la donación de órganos.

En primer lugar, el objetivo principal de este trabajo de fin de grado incluyó el conocimiento de la posición de la religión hacia la donación de órganos, así como la detección de los verdaderos obstáculos que influyen en el proceso. Tras el análisis de los resultados podemos concluir que la religión no es un obstáculo real en el proceso de donación de órganos, las tres religiones tradicionales la apoyan. Por un lado, el cristianismo sostiene una posición universal en apoyo a la donación de órganos. Por otro lado, tanto en el islam como en el judaísmo existe una falta de consenso entre los miembros de sus respectivas comunidades, aunque apoyan mayoritariamente la donación de órganos.

En segundo lugar, se han encontrado una serie de factores específicos asociados con actitudes positivas hacia la donación de órganos como las características sociodemográficas siguientes: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios o estado socioeconómico. Los individuos del sexo femenino, jóvenes, que han estudiado un curso universitario y tienen un trabajo fijo con mayor nivel de ingresos familiares con respecto a la media; tienen una mayor predisposición positiva la donación. Tener un seguro de salud también es un factor importante que influye positivamente en la donación de órganos (27–29).

Mientras, las razones religiosas se citan comúnmente como barreras. La mayoría de los cristianos tienen una predisposición positiva hacia la donación mientras los musulmanes tienen una mayor predisposición negativa. Aunque hay estudios contradictorios, según la

bibliografía, la mayoría de los creyentes creen que la religión es muy importante en sus vidas y que además están a favor de la donación de órganos.

Algunos temas principales que influyen en la actitud hacia la donación de órganos en la población son: los lazos familiares, las creencias religiosas, las influencias culturales, interacciones con el sistema de salud, validez de la ME y extracción temprana de los órganos, el conocimiento del individuo y/o familia acerca del proceso de donación de órganos (11–15,27,28).

- Lazos e influencia familiar. La población tiene mayor predisposición a donar a un miembro de la familia o amigos que a un desconocido, asimismo algunos individuos señalan la importancia de personalizar la necesidad. Las influencias familiares pueden ser positivas, aunque más a menudo son negativas en las decisiones de los individuos. La población estima necesario solicitar la aprobación de los familiares en la decisión de ser donante de órganos. Tomar una decisión definitiva podría aliviar a los familiares y evitar una carga en el proceso del duelo (11–15).

- Creencias religiosas. Para algunos individuos, la religión ejerce una influencia positiva, ya que alienta a la donación ajustándose a su sistema de valores en el que se alaba el altruismo por encima de otros, identificándolo como factor clave que lleva a una persona a convertirse en donante de órganos. Aunque a menudo los creyentes de una misma religión expresan creencias contradictorias, y esto se debe a las diversas interpretaciones de los edictos religiosos. Por lo tanto, es necesario una mayor discusión sobre la posición de la religión acerca de la donación de órganos y un posicionamiento universal respecto a ello. Pero la objeción religiosa citada con mayor frecuencia es la necesidad de mantener la integridad del cuerpo tras la muerte. Otros creen en la falta de posesión sobre su cuerpo, ya que pertenece a Dios, su creador. También se cree que no se debe intervenir por la predestinación a morir (11–15,27,28).

- Influencias culturales. Estas creencias generalmente se refieren a cuestiones relacionadas con la muerte, a menudo se basan en la superstición como la creencia

de que no se debe discutir acerca de la muerte o firmar una tarjeta de donante, ya que eso conduciría al final de la vida. Algunas culturas creen que el alma se transfiere del cuerpo del donante al cuerpo del receptor. La razón más citada es la necesidad de realizar los rituales en torno a la muerte y en el proceso de duelo considerando la donación como un obstáculo para llevarlos a cabo. Aunque, ha habido un cambio en las creencias tradicionales por las generaciones más jóvenes que deciden convertirse en donantes (11,27,28). En el islam, por ejemplo, es tradición ser incinerado dentro de las primeras 24 horas desde que se produce la muerte y, algunos procesos de donación de órganos pueden tomas más tiempo (16).

- Interacción con el sistema de salud. Algunos individuos presentan desconfianza hacia el equipo médico acerca del proceso de donación de órganos, a menudo basado en experiencias negativas previas con el sistema de salud. La cuestión más controvertida es la validez de la ME y la inadecuada atención a los pacientes, ya que los médicos podrían estar exclusivamente interesados en extraer los órganos prematuramente. La inadecuada atención se relaciona con el trato no digno y la falta de respeto hacia el cuerpo del fallecido (11–15,28).

- Conocimientos del proceso de donación de órganos. La falta de conocimiento sobre el proceso involucrado en la donación de órganos, a menudo, se percibe como una barrera. Algunos creen que el conocimiento sobre el proceso sería un facilitador en la decisión. También podría ayudar el hecho de hablar con pacientes y/o familias que han pasado por la misma situación y aprender de sus experiencias. El conocimiento acerca el alcance que puede tener un único donante sería un factor favorecedor en la toma de la decisión (11–15).

Culturalmente no estamos acostumbrados a dejar nuestras voluntades en relación con los cuidados y la salud futura por anticipado. Este hecho dificulta a la familia del paciente la toma de decisiones en situaciones críticas como es la muerte.

La negativa familiar ante la solicitud de consentimiento para la donación de órganos se menciona a menudo como un factor clave. La decisión de las familias está influida por la por las creencias religiosas y culturales, que juegan un papel importante en el proceso. Además, el desconocimiento de los deseos sobre la donación y la exageración emocional dada la situación, dificultan la toma de decisión de los familiares. El nivel socioeconómico y educativo, el sexo y las creencias personales afectan también en la toma de decisiones.

Las principales razones expresadas por las familias de los fallecidos para justificar el rechazo a la donación de órganos es la negación y el rechazo de la ME, ya que les resulta difícil comprender como alguien al que aún le late el corazón está muerto. También es un obstáculo la creencia en un milagro. Otras barreras son: el miedo al comercio y el destino de los órganos, las creencias religiosas, los criterios diagnósticos de la ME, el estado de ánimo familiar inestable, los deseos desconocidos del donante potencial en cuestión, la creencia de la integridad del cuerpo y la objeción del resto de familiares (11–15,24).

La ignorancia de las necesidades emocionales, la mal información acerca de las circunstancias de la muerte y el proceso de donación por parte del equipo de trasplantes, pueden llevar a una elección no informada por parte de los familiares del fallecido. Es por eso necesario que el equipo de trasplantes conozca los motivos del rechazo familiar, para que puedan ayudar a las familias a considerar la opción y crear políticas positivas acerca de la donación de órganos (11–15,20).

En el caso de donantes vivos, existen también algunas barreras relacionadas con la accesibilidad y los costes económicos. Algunos individuos creen que, disponer de centros de trasplante cerca su lugar de residencia, una mejor coordinación y agilización del preoperatorio, así como una mejor comunicación con el equipo de trasplantes, facilitaría el proceso de donación. Además, los costes económicos, tanto directos como indirectos, son preocupaciones relativas en el proceso de donación que afectan a la toma de la decisión. Los costes directos incluyen los costes de atención de salud, la propia donación o el coste de los viajes y los costes indirectos incluyen el salario perdido. La gravedad de la situación actual ha inspirado a muchos autores que han propuesto distintos sistemas de adquisición de órganos para aliviar la escasez existente; sin embargo, dado que este es un

tema muy polémico, la gran mayoría de las propuestas no han dado resultados satisfactorios. Aunque las tres religiones condenan vigorosamente el mercado de órganos podría establecerse el sistema de "compensación autorizada" para abordar estas inquietudes. El objetivo de esta nueva política impone pautas para frustrar cualquier intento de corrupción y al mismo tiempo alentar a las personas a donar órganos. Consiste en un reembolso de gastos durante el proceso de donación como los salarios perdidos, los gastos de viaje, los exámenes médicos y el alojamiento, pero sin ningún tipo de ganancia. En esta política además se debería cubrir los gastos médicos futuros que estén relacionados con el procedimiento de trasplante de órganos (9,14).

### 11.1. Limitaciones del estudio

La principal limitación en esta revisión de la literatura ha sido la falta de evidencia acerca de la donación y el trasplante de tejidos. La totalidad de los artículos debatían la donación de órganos y una minoría de ellos comentaban a su vez la donación de tejidos. Esto se debe a la popularidad de la donación de órganos reconocida como un acto que salva vidas y al desconocimiento y desinformación acerca de la donación de tejidos y la importante función que ofrece a la población como es la calidad de vida.

## 12. Implicaciones para la práctica clínica e investigación

Basándonos en los resultados obtenidos en esta revisión sistemática de la literatura, se considera relevante resaltar algunos aspectos que podrían tener implicaciones de peso tanto en el campo de la práctica clínica como en el de la investigación.

En primer lugar, cabe destacar la importancia de actuar sobre la población general para concienciar mediante un programa de sensibilización cultural de la necesidad existente e informar acerca del proceso de DOT. De esta manera sería necesaria la investigación para la creación de dicho programa dirigido a la población general con el objetivo de concienciar e informar sobre el proceso de donación basado en la última evidencia científica disponible.

En segundo lugar, es imprescindible detectar y prevenir las posibles barreras que obstaculizan el proceso de DOT en cada caso concreto y proponer un marco de soluciones bajo un protocolo estandarizado que pueda individualizarse dado el caso. Por eso, es imprescindible realizar una investigación científicamente objetiva y más extensa acerca de las barreras que obstaculizan la donación para poder crear un protocolo de actuación que sirva como guía.

En tercer lugar, cabe destacar la importancia de la formación específica de los profesionales de la salud y, en concreto, del equipo de trasplantes mediante programas de sensibilización, abordando las técnicas comunicativas más apropiadas en la relación con la ayuda al paciente y/o la familia, especialmente si comparten una tradición religiosa y/o cultural concreta. Asimismo, se plantea la creación de un programa de formación y de sensibilización para los profesionales de salud y el equipo de trasplantes, para el abordaje de la entrevista familiar en el proceso de DOT.

En cuarto lugar, es necesario reeducar a los líderes religiosos en materia de DOT mediante un trabajo interdisciplinar con los profesionales de salud y el equipo de trasplantes, en concreto, creando una única política de actuación frente a la DOT en vida y en muerte. Por eso, una vez impartida la formación al equipo de trasplantes se podría realizar un

taller de educación en la cual estos mismos profesionales reeducaran a los líderes religiosos, siempre teniendo en cuenta las creencias religiosas y culturales que eso conlleva.

Además, la disponibilidad de los líderes religiosos en los hospitales como apoyo a los pacientes y/o familiares de estos en el proceso de donación, creemos que puede ser un factor clave que aumentaría la experiencia positiva y las tasas de donación en estas delicadas situaciones.

## 13. Conclusiones

Los resultados del trabajo han demostrado que la religión no es un obstáculo en sí mismo, sino por las múltiples y erróneas interpretaciones que se han llevado a cabo por los distintos líderes religiosos. De hecho, ninguna de las tres prohíbe explícitamente la DOT, sino que la alientan. Aunque, es cierto que debido a la influencia de estas malinterpretaciones acerca de la religión, junto con el desconocimiento de la población general influenciado por la cultura popular, se ha creado una visión negativa en la relación religión-donación.

Algunos temas principales que influyen en la actitud hacia la donación de órganos en la población son: los lazos familiares, las creencias religiosas, las influencias culturales, interacciones con el sistema de salud, validez de la ME y extracción temprana de los órganos, el conocimiento del individuo y/o familia acerca del proceso de donación de órganos.

## 14. Referencias bibliográficas


1. Alonso M, Álvarez Miranda M, Álvarez Vázquez M, Aranzábal J, Ayesterán JI, Benito JR, et al. El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes [monografía en Internet]*. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008 [acceso noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.ont.es/publicaciones/Documents/modeloespanol.pdf
2. Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (28-12-2012).
3. Organització Catalana de Trasplantaments. Balanç 2019. Resultats d'activitat de donació i trasplantament a Catalunya [monogrfía en Internet]*. Cataluña: Servei Català de Salut; 2019 [acceso enero de 2020]. Disponible en: http://trasplantaments.gencat.cat/web/.content/minisite/trasplantament/els_trasplantaments_a_catalunya/activitat_de_donacio_i_trasplantament/OCATT-Balanc-Resultats-DTx-2019-web.pdf
4. Organització Catalana de Trasplantaments. Activitat de donacio i trasplantament d'òrgans a Catalunya. Informe 2018 [monografía en Internet]*. Cataluña: Servei Català de Salut; 2018 [acceso noviembre de 2019]. Disponible en: http://trasplantaments.gencat.cat/web/.content/minisite/trasplantament/registres_activitat/registre_de_donacio_i_trasplantament/arxius/Informe-2018.pdf
5. Organització Catalana de Trasplantaments. Balanç d'activitat de donació i trasplantament d'òrgans, teixits i cèl·lules a Catalunya, 2018 [monografía en Internet]*. Cataluña: Servei Català de Salut; 2018 [acceso noviembre de 2019]. Disponible en: http://trasplantaments.gencat.cat/web/.content/minisite/trasplantament/els_trasplantaments_a_catalunya/activitat_de_donacio_i_trasplantament/OCATT-Balanc-Resultats-DTx-2018-web.pdf
6. Braswell Jr GW. Guía Holman de Religiones del Mundo. Tennessee: Broadman & Holman Publishers; 2005.
7. Smith H. Las Religiones Del Mundo. 6.ª ed. Barcelona: Editorial Kairós; 2011.

8. Orbaneja F. Breve Historia De Las Religiones. 1ª ed. Barcelona: Ediciones B; 2013.
9. Smith HJ. The ethical implications and religious significance of organ transplantation payment systems. Med Heal Care Philos. 2016;19(1):33-44.
10. Setta SM, Shemie SD. An explanation and analysis of how world religions formulate their ethical decisions on withdrawing treatment and determining death. Philos Ethics Humanit Med. 2015;10(6):1-22.
11. Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Rose J, Chadban S, et al. Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. Nephrol Dial Transplant. 2012;27(6):2526-2533.
12. Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Chadban S, Allen RD, et al. Community attitudes to deceased organ donation: A focus group study. Transplantation. 2012;93(10):1064-1069.
13. Ghorbani F, Khoddami-Vishteh HR, Ghobadi O, Shafaghi S, Rostami Louyeh A, Najafizadeh K. Causes of family refusal for organ donation. Transplant Proc. 2011;43(2):405-406.
14. Dorflinger LM, Kulkarni S, Thiessen C, Klarman S, Fraenkel L. Assessing living donor priorities through nominal group technique. Prog Transplant. 2017;28(1):1-7.
15. Ozer A, Ekerbicer HC, Celik M, Nacar M. Knowledge, attitudes, and behaviors of officials of religion about organ donation in Kahramanmaras, an Eastern Mediterranean City of Turkey. Transplant Proc. 2010;42(9):3363-3367.
16. Messina E. Beyond the Officially Sacred, Donor and Believer: Religion and Organ Transplantation. Transplant Proc. 2014;47(7):2092-2096.
17. Kobus G, Malyszko JS, Małyszko J. Do Age and Religion Have an Impact on the Attitude to Organ Transplantation? Transplant Proc. 2016;48(5):1354-1359.
18. Ríos A, López-Navas A, Gutiérrez PR, Gómez FJ, Iriarte J, Herruzo R, et al. Do Religious Factors Influence the Attitude Toward Organ Donation Among Medical Students? A Spanish Multicenter Study. Transplant Proc. 2019;51(2):250-252.
19. Arbour R, AlGhamdi HMS, Peters L. Islam, brain death, and transplantation: Culture, faith, and jurisprudence. AACN Adv Crit Care. 2012;23(4):381-394.
20. Demırkiran O, Bozbay S, Elmaagac M, Agkoç M. Religious and Cultural Aspects

of Organ Donation in the Turkish Population. Transplant Proc. 2019;51(7):2158-2162.

21. Golmakani MM, Niknam MH, Hedayat KM. Transplantation ethics from the Islamic point of view. Med Sci Monit. 2005;11(4):105-109.
22. Rady MY, Verheijde JL. The moral code in Islam and organ donation in Western countries: reinterpreting religious scriptures to meet utilitarian medical objectives. Philos Ethics Humanit Med. 2014;9(1):1-9.
23. Sharif A. Organ donation and islam–Challenges and opportunities. Transplantation. 2012;94(5):442-446.
24. Moazam F, Jafarey AM, Shirazi B. To donate a kidney: Public perspectives from Pakistan. Bioethics. 2014;28(2):76-83.
25. Grossman N, Herrera J, Luco L. Trasplante de órganos, una mirada desde el judaísmo en el siglo XXI. Rev Med Chile. 2012;140(10):1352-1354.
26. Loike J, Gillick M, Mayer S, Prager K, Simon JR, Steinberg A, et al. The critical role of religion: Caring for the dying patient from an orthodox Jewish perspective. J Palliat Med. 2010;13(10):1267-1271.
27. Wakefield CE, Reid J, Homewood J. Religious and ethnic influences on willingness to donate organs and donor behavior: an Australian perspective. Prog Transplant. 2011;21(2):161-168.
28. López JS, Valentín MO, Scandroglio B, Coll E, Martín MJ, Sagredo E, et al. Factors related to attitudes toward organ donation after death in the immigrant population in Spain. Clin Transplant. 2012;26(3):1-13.
29. Padela AI, Rasheed S, Warren GJW, Choi H, Mathur AK. Factors associated with positive attitudes toward organ donation in Arab Americans. Clin Transplant. 2011;25(5):800-808.

## 15. Reflexión del autoaprendizaje del alumno

En primer lugar, estoy muy agradecida por la gran oportunidad que he tenido de escoger un tema de mi agrado e interés. Este hecho ha sido clave para la realización del trabajo con motivación e iniciativa para llevarlo a cabo.

En segundo lugar, me he planteado este trabajo como un ejercicio de profundización que me ha permitido desarrollar de manera autónoma un proyecto, bajo la dirección de mi tutora, integrando los conocimientos y habilidades que nos ha ofrecido la universidad como herramientas durante estos años. Además, he generado conocimientos nuevos fortaleciendo mis competencias en el campo de la investigación que en un inicio creía difíciles de alcanzar.

En tercer lugar, la elaboración del trabajo ha sido muy enriquecedora en todos los sentidos. He sabido superar mis propias barreras y los obstáculos encontrados en el camino buscando soluciones eficaces, con el único objetivo de seguir avanzando en la investigación de este trabajo. Aunque cabe destacar y es necesario reconocer el apoyo indispensable de mi tutora a la cual estoy muy agradecida.

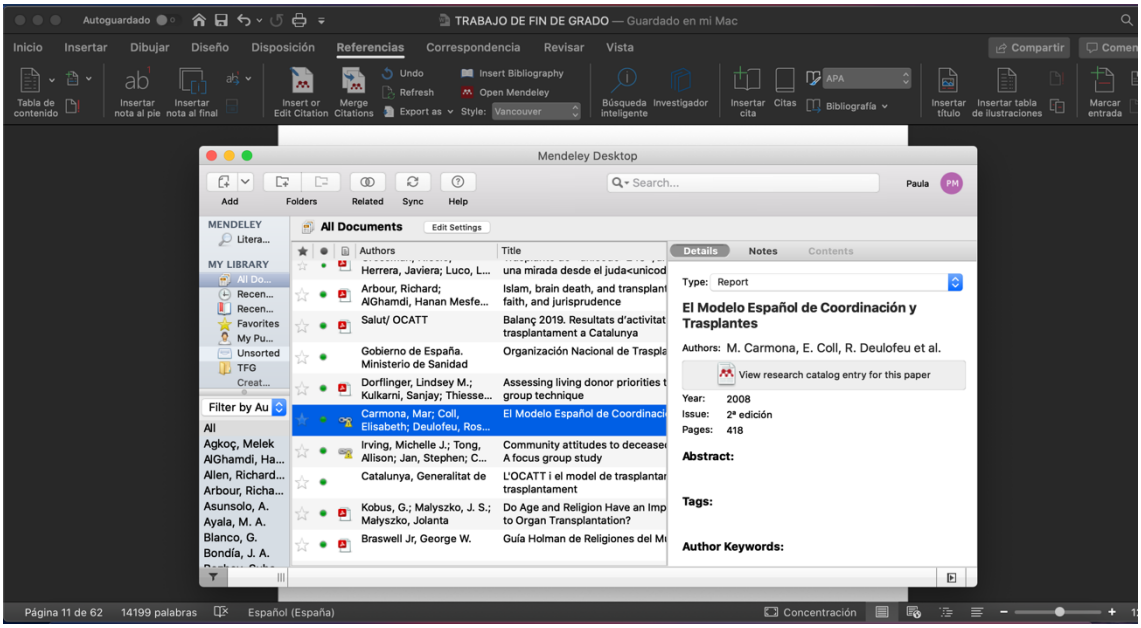
Además, este es un tema de actualidad y ya ha sido recientemente reflexionado en el proyecto “Donación de órganos, una mirada cultural y religiosa” con la colaboración del Palau Macaya de Barcelona (Obra Social “La Caixa”). Por eso, me gustaría que se llevara a cabo en la práctica, implementando estrategias de mejora para resolver los hallazgos encontrados en este trabajo de investigación acerca de la influencia de la religión en el proceso de donación y los verdaderos obstáculos entorno al proceso.

# 16. Anexos

## 16.1. Anexo I. Gestor bibliográfico

Adjunto esta imagen del gestor bibliográfico Mendeley que he utilizado para referenciar los artículos y demás recursos utilizados para la realización de este trabajo.

**Imagen 1**. Gestor bibliográfico Mendeley



### 16.2. Anexo II. Cronograma

**Tabla 13.** Cronograma del proceso de realización del TFG

| | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tutoría grupal** | | | | | | | | | |
| Acta grupal | | | | | | | | | |
| "*Brainstorming*" | | | | | | | | | |
| Estructurar trabajo | | | | | | | | | |
| Índice | | | | | | | | | |
| **Tutoría I** | | | | | | | | | |
| Acta I | | | | | | | | | |
| Palabras clave/ keywords | | | | | | | | | |
| Lista de abreviaturas | | | | | | | | | |
| Justificación | | | | | | | | | |
| Pregunta de investigación | | | | | | | | | |
| Objetivos | | | | | | | | | |
| 1ª Búsqueda bibliográfica | | | | | | | | | |
| **Tutoría II** | | | | | | | | | |
| Acta II | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado actual del tema | | | | | | | | | |
| 2ª Búsqueda bibliográfica | | | | | | | | | |
| 3ª Búsqueda bibliográfica | | | | | | | | | |
| Selección de artículos | | | | | | | | | |
| **Tutoría III** | | | | | | | | | |
| Acta III | | | | | | | | | |
| Metodología | | | | | | | | | |
| Resultados | | | | | | | | | |
| Índice de tablas | | | | | | | | | |
| Índice de figuras | | | | | | | | | |
| **Tutoría IV** | | | | | | | | | |
| Acta IV | | | | | | | | | |
| Discusión y limitaciones | | | | | | | | | |
| Implicaciones para la práctica y la investigación | | | | | | | | | |
| Conclusiones | | | | | | | | | |
| Reflexión personal | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tutoría V** | | | | | | | | | |
| Acta V | | | | | | | | | |
| Agradecimientos | | | | | | | | | |
| Dedicatoria | | | | | | | | | |
| Resumen/ abstract | | | | | | | | | |
| Referencias bibliográficas | | | | | | | | | |
| Anexo I | | | | | | | | | |
| Revisión gramática y ortografía | | | | | | | | | |
| Presentación PowerPoint | | | | | | | | | |