



¿Cómo comunicar las malas noticias a la etnia gitana?

Enric Muniente Fillat

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).

TRABAJO DE FIN DE GRADO

¿Cómo comunicar las malas noticias a la etnia gitana?

Grado en Enfermería

Autor: Enric MUNIENTE FILLAT

Tutor: Susana SANCHEZ

Fecha de presentación: 24/05/2016

**“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”**

DEDICATORIA

Dedicado a Lola y a su familia, quienes han sido la inspiración y el motor para la realización de este trabajo. Gracias.

AGRADECIMIENTOS

A David, mi familia, quien me ha apoyado en todo momento para la realización de estos estudios académicos, desde antes de iniciarlos y durante todo el proceso. Gracias por tu paciencia y ayuda. Gracias por estar siempre conmigo.

A mis amigos y compañeros de la universidad. Sin ellos mi camino universitario hubiera sido mucho más complicado y arduo.

Gracias también a mi tutora, Susana, quien desde el inicio me ha prestado toda su ayuda y apoyo en la realización de este trabajo de fin de grado. Gracias por tus sabios consejos.

Gracias también a la Universitat Internacional de Catalunya, por confiar en mí, por las enseñanzas recibidas y por el apoyo que me ha prestado. A todos sus profesores, gracias.

RESUMEN

El hecho de tener que comunicar malas noticias es ya de por sí una situación incómoda para la gran mayoría de personas que se dedican al ámbito sanitario. Es por este motivo por el que existe el protocolo SPIKES, en el que se detalla, mediante seis pasos, el procedimiento a seguir para comunicar de la mejor manera posible las malas noticias e intentar que el impacto sea menor.

Objetivo

Averiguar si existen, a la luz de la literatura, maneras de actuar concretas a la hora de comunicar las malas noticias a la etnia gitana.

Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de datos *Pubmed*, *Web of Science*, *Cinahl*, *Cochrane*, *Cuiden Plus*, *Psycinfo*, y en diferentes artículos y guías clínicas, para encontrar información al respecto.

Resultados

Después de haber revisado 1.557 artículos, no se ha encontrado información específica de cómo dar malas noticias a la etnia gitana. Los protocolos van destinados a la población en general, sin tener en cuenta los diversos grupos minoritarios de personas, como puedan ser la etnia gitana, que debido a su diversidad cultural y costumbres particulares, necesitan una atención especial. por este motivo se sugiere una adaptación de dicho protocolo a la etnia gitana.

Conclusiones

Debido a las diferencias culturales, la etnia gitana necesita una atención especial a la hora de comunicar malas noticias. Por este motivo se insta a la comunidad enfermera a realizar estudios de formación y estudios de campo, para conocer mejor las costumbres y tradiciones de la etnia gitana, a fin de obtener un mayor conocimiento de sus necesidades, proporcionar los cuidados vinculados a ellas y lograr así un mayor y mejor entendimiento entre la comunidad gitana y los profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE: malas noticias, comunicar, comunicación, comunicar malas noticias, noticias difíciles, grupos étnicos, pena, gitanos, gitano, métodos, metodología, luto, procedimientos, duelo, romaní, técnicas, transmitir, manera.

ABSTRACT

Having to impart bad news is an uncomfortable situation for the majority of people within the health care community. For this reason the six step SPIKES protocol was developed not only to effectively communicate bad news but also to lessen the impact of such information.

Objective

To verify if there is any published literature that describes concrete ways to impart bad news to the ethnic Roma (Gypsy) community.

Methodology

A systematic review of various databases, *Pubmed*, *Web of Science*, *Cinahl*, *Cochrane*, *Cuiden Plus*, *Psycinfo*, open-source articles and clinical guidelines was conducted to try and find any relevant information.

Results

After having reviewed 1.557 articles, no specific information about how to deliver bad news to the ethnic Roma community was found. The protocols that were found for delivering bad news are intended for the general population and don't take into account ethnic minorities such as the Roma, which due to their cultural diversity and particular customs require special attention.

Conclusions

Due to their cultural diversity and customs, which are unfamiliar to many, there is a need for special attention to the ethnic Roma community when communicating bad news. For this reason we urge the nursing community to initiate training and field studies to better understand the customs and traditions of the Roma, in order to obtain knowledge of their needs and thereby provide both better care and a greater understanding between the Roma and the health care professional community.

KEYWORDS:

Bad news, break, communicate, communication, deliver bad news, difficult news, Ethnic groups, grief, Gypsies, Gypsy, methods, methodology, mourning, procedures, report, Roma gypsy, Romany, techniques, transmit, truth disclosure, way.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT.....	VI
LISTA DE TABLAS.....	IX
LISTA DE GRÁFICOS.....	X
ABREVIATURAS	XI
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
1. Los gitanos, una etnia con carácter propio.....	2
1.1. Historia.....	2
1.2. Leyes gitanas.....	3
1.3. Gitanos y duelo	4
2. ¿Qué es la comunicación?	5
2.1. Definición	5
2.2. Comunicación interpersonal	6
2.3. Factores que tiene un papel en la comunicación interpersonal:.....	6
2.4. Comunicación intercultural.....	7
2.5. Factores que intervienen en una comunicación intercultural.....	7
3. Modelos de comunicación	8
3.1. Modelo de Lasswell	8
3.2. Modelo de comunicación de Shannon y Weaver.....	8
3.3. Modelo de Gerbner	9
3.4. Modelo de comunicación de Jakobson	10
4. Mala comunicación	10
5. ¿Qué es una mala noticia?.....	10
5.1. Definición	10
5.2. Comunicar malas noticias ¿por qué es tan difícil?	11
5.3. Consecuencias de dar una mala noticia	13
3. JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	13
4. OBJETIVO.....	14
5. METODOLOGÍA	15
5.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	15
6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
7 RESULTADOS	20
8 CONCLUSIONES	21
9 LIMITACIONES	21
10 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA	21
11 IMPLICACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.....	23

12 ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO SPIKES REALIZADO POR ROBERT BUCKMAN	23
12.1 Consideraciones personales de enfermería previas a iniciar la conversación	23
12.2 Puntos prácticos de cara a enfocar la conversación con paciente y/o familiares	24
12.3 Contexto físico	24
12.4 Protocolo de los seis pasos	25
12.4.1 Primer paso: Preparar el contexto físico más adecuado	25
12.4.2 Segundo paso: Averiguar qué sabe el paciente.....	26
12.4.3 Tercer paso: Descubrir lo que el paciente quiere saber	27
12.4.4 Cuarto paso: Compartir la información	27
12.4.5 Quinto paso: Responder a los sentimientos del paciente.....	28
12.4.6 Sexto paso: Planificación y seguimiento	28
13 REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE ADQUIRIDO.....	30
14 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	XI
15 ANEXOS.....	XV

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: términos utilizados en la base de datos Pubmed.

TABLA 2: términos utilizados en la base de datos Web of Science.

TABLA 3: términos utilizados en la base de datos Cochrane.

TABLA 4: términos utilizados en la base de datos Cinahl.

TABLA 5: términos utilizados en la base de datos Cuiden Plus.

TABLA 6: términos utilizados en la base de datos Psycinfo.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: diagrama de flujo.

GRÁFICO 2: cronograma.

ABREVIATURAS

DB: Base de datos.

EG: Etnia gitana

OB: Operador boleano.

PS: Profesionales sanitarios.

1. INTRODUCCIÓN

La población de gitanos en Europa es de aproximadamente de entre 10 a 12 millones [1], y en España es de aproximadamente 750.000 [2].

Esta es una cifra considerable teniendo en cuenta la población de nuestro país. Como es conocido, los gitanos provienen de la India [3], y atesoran una serie de modos de hacer y comportamientos distintos a los no gitanos que en nuestro ámbito, el sanitario, pueden dar lugar a malos entendidos y a situaciones de no comprensión, especialmente si se trata de dar malas noticias.

Precisamente, el hecho que los profesionales sanitarios debamos enfrentarnos ante el reto de tener que dar malas noticias es un hecho, que aunque cotidiano, no está exento de una carga emocional, tanto para nosotros mismos como para el paciente y para la familia. Esta relación entre el profesional, el paciente y la familia [4], está cargada de ansiedad y de temor para las tres partes implicadas [4].

A la hora de comunicar malas noticias a la etnia gitana se desconoce si se necesita un tratamiento diferente precisamente por provenir de una cultura distinta y formas de actuar particulares.

2. MARCO TEÓRICO

1. Los gitanos, una etnia con carácter propio

1.1. Historia

El hecho que el origen de los gitanos provenga de la India se considera algo probado. La presencia de un haplogrupo del cromosoma “Y” específicamente hindú, ha corroborado que sus orígenes provienen del sur de Asia y que posteriormente están mezclados con poblaciones de Oriente Próximo y poblaciones europeas [5].

Los gitanos emigraron del norte y noroeste de la India alrededor de hace 1,500 años hacia el oeste, y su distribución por Europa se produce a partir de los Balcanes hace 900 años [3].

Desde el punto de vista lingüístico, y para afianzar la teoría que los gitanos provienen de la India, podemos añadir que el Romanó, lengua gitana, es una lengua emparentada con las lenguas neosánscritas o indoiranianas, que en la actualidad están en uso en la India como el bengalí, el hindi, el cachemiro etc. Por lo tanto es una lengua emparentada con el sánscrito. De la unión entre el Romanó y el Español nace el Caló, que utiliza la estructura gramatical del Español, pero utiliza con palabras Romanó [6].

Se cree que llegaron a Europa en diferentes oleadas en el siglo XV [7].

Como afirma Agustín Vega Cortés [8], “...llegaron a España en 1462 y sabemos que ya estaban asentados en España antes de 1499 como lo atestigua el edicto que promulgaron...” Isabel de Castilla y Fernando de Aragón.

Los Gitanos o Calé de España son una minoría étnica relacionada con otros grupos Romaní, tanto en Europa y América, como los “Romaníes”, “Sinti”, “Kale” finlandeses, o los “Ciganos” portugueses, etc. Todos estos grupos, a pesar de un origen remoto común, se han adaptado a las culturas en las que se han visto involucrados y sin embargo muestran una cierta semejanza entre ellos [7].

1.2. Leyes gitanas

Ser gitano conlleva el respeto a una serie de valores y comportamientos éticos que son universalmente aceptados, como signo de civilización y madurez. Entre ellos se encuentran, los siguientes: el respeto a la familia como institución suprema de la sociedad gitana en sentido extenso, ya que es el núcleo esencial sobre el que giran las relaciones, por ello, ante la enfermedad de un familiar se unen todos los miembros [9]; el cuidado de los hijos y de los ancianos, que gozan del respeto y la consideración máxima, y puesto que los ancianos están tan bien considerados y tienen una gran influencia sobre los jóvenes, es importante buscar su apoyo para aceptar los cambios que se puedan producir y favorecer su desarrollo [9]; la hospitalidad, tener honor, que significa el cumplimiento de la palabra dada y la fidelidad a la "Ley Gitana"; el sentido de la libertad como condición natural de la persona; el sentido de la solidaridad y la ayuda para con los miembros de la etnia como obligación; el cumplimiento de las decisiones tomadas por los mayores cuando éstos las toman en cumplimiento de la Ley Gitana [8].

Esas normas constituyen un verdadero "cuerpo legislativo" no escrito jamás, pero no por ello menos completo y útil [8]. Existe un sentimiento de orgullo y autoestima en la comunidad y este hecho propicia el factor de la protección [9].

El pueblo gitano concibe la salud como ausencia de enfermedad y la enfermedad como algo invalidante ligada a la muerte [9].

Para la comprensión de las emociones y comportamientos del pueblo gitano y para la mejor comunicación entre diferentes grupos sociales es recomendable conocer y tener en cuenta su cultura, sus costumbres y las reacciones emocionales derivadas de su proceso de duelo.

1.3. Gitanos y duelo

Con el fin de obtener información sobre, ¿cómo comunicar malas noticias a la etnia gitana?, se inició una búsqueda de las posibles reacciones emocionales de esta etnia ante el duelo, motivo por el cual se ha incluido este apartado en este trabajo.

Se entiende como llevar duelo las demostraciones que se hacen para manifestar, de forma externa, el sentimiento de dolor por la muerte de alguien.

El periodo de duelo es generalmente más largo que en las familias no gitanas y depende de las costumbres de cada familia y de la edad de la persona que lleva duelo. Hay personas que lo llevan 3 meses, 5 meses, ó uno o dos años. Si el que muere es el esposo, por costumbre la gitana no se lo quita nunca más. Por otro lado, y por lo que respecta a la incineración, la pregunta de si al fallecido se le va a incinerar, representa para esta comunidad una falta de respeto a la persona, no entendiendo cómo es posible que a una persona que han querido, se le pueda hacer eso [10].

No se realizan actividades que sean divertidas y no se realiza vida social o laboral. Aunque cada uno o familia lo ve a su manera. Se abstiene de cualquier tipo de ocio no ver la tele, no entrar en los bares, no realizar ningún tipo de celebración, incluso no comer carne durante el luto, es una forma de honrar al fallecido. El luto no lo puede quitar cualquier persona, debe ser una persona mayor o respetada dentro de la comunidad.

El velatorio se realiza en casa, no en el tanatorio, y en compañía de toda la familia excepto los niños [10].

Durante el período de duelo existen diferentes rituales y reglas, que difieren de un grupo a otro. Una de las funciones de los rituales de duelo es la de transición, con el fin de preparar el camino para los muertos en el mundo más allá y otra es ayudar a los familiares a superar la pérdida y el duelo después de algún tiempo. Los “*Sepečides*”, un grupo gitanos del sur de los Balcanes, de origen griego – turco, prohíben bailar y los hombres pertenecientes al grupo denominado “*Vlach – roma*”, grupo perteneciente a Rumanía [11], no pueden peinarse, afeitarse, o lavarse [12].

Se cree que el ritual del luto y el desgarrarse las vestiduras mantiene alejado el espíritu del muerto [13].

Durante el velatorio que dura al menos 24 horas y al difunto no se le debe dejar solo y no está permitido ni comer ni beber en su presencia [13].

El objetivo de los rituales de duelo de los gitanos es hacer frente al dolor, sin sentirse limitados en mostrar su expresividad [14].

Desde el punto de vista psicológico, en lo que corresponde al proceso de sanación y duelo, se puede apreciar un aspecto común en todos los grupos de romaníes. La expresión emocional en los funerales gitanos es más intensa comparada con los funerales de la mayoría de la población no gitana [14].

Es menester para el buen entendimiento entre ambas comunidades, la gitana y la no gitana, que existan puentes de diálogo para una mejor comunicación.

2. ¿Qué es la comunicación?

2.1. Definición

Podemos encontrar diversas definiciones de lo que significa la palabra “comunicación” para los estudiosos del tema [15]. Por ejemplo:

1. *“Interacción social a través de mensajes”* Fiske J. [16].
2. *“Una actividad en la que el contenido simbólico no es simplemente transmitido de una fuente a otra, sino intercambiada entre humanos, quienes interactúan dentro de un contexto compartido y/o discursivo”* Price S. [17].
3. *“Proceso por el cual grupos de personas, usando las herramientas provistas por su cultura, crean representaciones colectivas de la realidad”* Trenholm S. [18].
4. *“Un proceso en el cual hay una relación previsible entre el mensaje transmitido y el mensaje recibido”* Graber D.A. [19].

2.2. Comunicación interpersonal

Ocurre cuando dos o un pequeño grupo de personas intercambian mensajes en un contexto de interacción. En muchos de los casos la intercomunicación se hace cara a cara, aunque este tipo de comunicación interpersonal incluye conversación telefónica e intercambio de e-mails.

La comunicación interpersonal y la comunicación grupal se focalizan en los factores que son prominentes cuando los individuos interactúan con aquellos con quienes tienen un contacto personal, como son amigos, socios, jefes, empleados y clientes [12].

2.3. Factores que tiene un papel en la comunicación interpersonal:

2.2.2.1 Valores asumidos e intercambios compartidos

Los participantes en este intercambio hacen suposiciones el uno sobre el otro a cerca de lo que cada uno conoce y a cerca de del objetivo que es la interacción. La efectividad del acto comunicativo depende de si estas suposiciones son compartidas o bien si van en un solo sentido, en cuyo caso los malosentendidos son frecuentes [12].

2.2.2.2 Códigos no verbales y paralingüísticos

Aquí se incluye la entonación, o tono del mensaje, en el caso de comunicación escrita. Los gestos, la indumentaria y el lenguaje corporal se incluyen en los códigos no verbales.

2.2.2.3 Sentido cultural y personal atribuibles a la identidad

La comunicación interpersonal es el primer objetivo que confirma o cuestiona cuestiones individualidad e identificación personal, incluyendo la edad, el género y los antecedentes étnicos [12].

2.4. Comunicación intercultural

Es similar a la comunicación de grupos, pero aquí el papel del grupo se interpreta como cultura étnica así como los colectivos con ideologías y conocimiento similares. No obstante la comunicación intercultural tiende a describir la relación entre miembros de diferentes grupos étnicos interactuando en un contexto internacional.

La comunicación intercultural se centra en los supuestos o suposiciones que hacen los individuos cuando son influenciados por convenciones o hábitos culturales a cerca de “cómo las cosas deberían ser”, y cómo estas suposiciones pueden entrar en conflicto con “cómo son las cosas realmente en contextos donde está presente más de una cultura” [15].

2.5. Factores que intervienen en una comunicación intercultural

Uso del lenguaje común: Usar la misma lengua. Frecuentemente los problemas de traducción ocasionan malentendidos o limitan la comunicación.

Grados de formalidad y educación: diferentes culturas tienen sus diferentes formas de comunicación, respeto y educación. Las expresiones lingüísticas así como los códigos de vestir, el comportamiento no verbal, como es la proximidad y el contacto ocular, tienen diferentes significados para diferentes culturas.

Valores y puntos de vista: las culturas atribuyen diferentes valores a formas de comportamiento y objetos. Por ejemplo algunas culturas confieren más valor a éxitos materiales y posesiones, mientras otras enfatizan en factores espirituales o lazos familia [12].

3. Modelos de comunicación

3.1. Modelo de Lasswell

Según Lasswell [15], el acto de comunicación responde a la pregunta:

¿Quién?, Dice ¿qué?, En qué canal o medio?, ¿A quién?, ¿Con qué resultado?.

En este modelo “QUIEN” corresponde al que comunica; “LO QUE SE DICE”: corresponde al mensaje; el “QUÉ CONTEXTO” corresponde al medio; A QUIÉN corresponde a la audiencia; CON QUÉ RESULTADO corresponde a la influencia del mensaje sobre la audiencia.

Pero este es un modelo unilateral asumiendo que la fuente del mensaje emitido intencionalmente llega intacto al receptor y que el receptor tiene una influencia pasiva [15].

3.2. Modelo de comunicación de Shannon y Weaver

Querían conocer qué medios de comunicación podían emitir la mayor información y qué grado de ruido, entendiendo el ruido como todo lo que interrumpe la claridad y continuidad, interferían en la información transmitida.

En este modelo la fuente de información, que puede ser humana o puede ser realizada mediante equipo tecnológico, produce un mensaje que es transformado a un conjunto de señales por un transmisor. Las señales son enviadas a través de un canal o medio a un receptor, quien reconstruye o decodifica el mensaje. El mensaje recibido llega a su destino.

Una fuente de ruido externa al mensaje puede interferir en este proceso, lo que significa que el mensaje llega al receptor en una forma distorsionada y puede ocasionar fallos de comunicación.

En este modelo se hace una distinción entre la fuente y el transmisor y entre el receptor y el destino. Proporciona una importante generalización sobre los participantes más importantes y los procedimientos en el acto de comunicación, pero no permite la influencia y el feedback anticipado en la construcción y transmisión de un mensaje [15].

3.3. Modelo de Gerbner

En 1956, Gerbner [15], intentó generalizar los modelos de comunicación. Hizo hincapié en la naturaleza dinámica de la comunicación en su trabajo y también en el factor que pudiera afectar a la fiabilidad de la comunicación [20].

El proceso de comunicación empieza con un acto de percepción, en lugar de intención no tangible.

A este respecto aporta el elemento sensorial al proceso de comunicación. En este modelo también se incluye la categoría de un acontecimiento percibido que motiva el acto de la comunicación y actúa como un factor contextual o circunstancial. La persona que percibe comunica sobre el acontecimiento a otra persona. Este mensaje consta de contenido y forma. De esta manera el receptor se convierte en un emisor potencial siguiendo un proceso similar al que originariamente produjo el mensaje.

1 Alguien o algo, en el caso de comunicación mecánica.

2 percibe un acontecimiento o situación.

3 y reacciona.

4 en una situación

5 a través de algunos medios

6 para poder disponer de los materiales

7 de alguna forma

8 y contexto

9 transmitiendo contenidos

10 con lo que esto implica.

Este modelo difiere de los demás porque permite que no sea predecible, permite la subjetividad, y la selección en la construcción y transmisión de un mensaje. Al posicionar al receptor como un comunicador potencial, este modelo abre la posibilidad de respuesta [21].

3.4. Modelo de comunicación de Jakobson

Es un modelo ampliamente estudiado en el caso de la comunicación verbal. El modelo de Jakobson tiene dos capas: los factores constituyentes de la comunicación y las funciones de la comunicación. Según el propio Jakobson [15], *“El emisor envía un mensaje al receptor. Para que el mensaje sea operativo necesita un contexto de referencia, que pueda ser, captado por el receptor, o la persona a quien va dirigido. Y se necesita un código verbal o capaz de ser verbalizado, bien completo o bien parcial, para poder codificar y descodificar el mensaje. Y finalmente se requiere un canal, un contacto físico y una conexión psicológica entre el que emite y el que recibe, permitiendo a los dos estar en comunicación.”*

4. Mala comunicación

Se produce cuando el mensaje no llega al receptor en la manera que el emisor había pretendido [15]. En muchas ocasiones la mala comunicación es producida por el ruido en el ambiente. Se podría definir el ruido como cualquier forma de interferencia en la transmisión de un mensaje, incluyendo elementos psicológicos, como pueden ser que el receptor mantenga una falta de atención, o bien una no eficaz construcción del mensaje, como sería el caso de demasiada información a la vez. También pueden ser problemas técnicos, o la temperatura en la sala, tanto si es muy alta como muy baja. Éstos son aspectos que influyen para que se produzca una comunicación correcta [15].

5. ¿Qué es una mala noticia?

5.1. Definición

Veamos la definición que Buckman [22], realiza acerca de lo que es una mala noticia:

“Las malas noticias son aquellas que ensombrecen las perspectivas de futuro del paciente, es decir aquellas que modifican radical y negativamente la idea que el paciente se hace de su porvenir, y que por tanto, conllevan una gran carga emocional para el paciente, su entorno y para los profesionales”.

Otra definición de malas noticias es la siguiente, según Fallowed y Ptacek [23], *“Todas las malas noticias, por consiguiente, tienen serias consecuencias para los pacientes y familias”*.

Existen dos componentes importantes en una mala noticia. Por un lado tenemos el componente objetivo que es la gravedad real de la mala noticia a la cual hacemos referencia a la hora de transmitir las enfermedades, y por otro lado el otro componente es el subjetivo, aquel que depende del propio paciente. Por este motivo los pacientes reaccionan ante las malas noticias según el contexto psicosocial en el que estén inmersos y es el motivo por el cual las malas noticias pueden ser recibidas de diferente manera por cada persona. Existen otros factores que condicionan la reacción ante la malas noticias como puedan ser las obligaciones personales y familiares, la edad, ya que por ejemplo los ancianos tienen una menor capacidad para entender información y suelen malinterpretar la información transmitida por el médico [24].

El hecho de si el paciente previamente, se ha enfrentado o no a una enfermedad, los valores y las creencias de cada persona son otros aspectos que condicionan de forma subjetiva la manera de aceptar y asumir las malas noticias.

Evidentemente existe una gradación de las malas noticias [24]. Gradación que dependiendo de la lesión, si es o no temporal, de la edad del paciente o bien si por otro lado está vinculada a la vida social o laboral del paciente, tiene diferentes repercusiones a nivel particular del propio paciente y/o a nivel de los distintos marcos sociales en los cuales el paciente esté envuelto [24].

Existe pues un truncamiento de las expectativas de la persona antes de conocer la mala noticia y posterior a su conocimiento [4].

Si tuviéramos que resumir en un lema el cómo dar malas noticias a pacientes con cáncer u otro tipo de patologías o situaciones adversas, éste podría ser “Antes de decir, preguntar” [25].

5.2 Comunicar malas noticias ¿por qué es tan difícil?

Una de las actividades más estresantes que tanto un médico como una enfermera debe realizar es la comunicación de malas noticias. Estas malas noticias pueden ser noticias

que limitan la vida o en la que la vida corre un grave riesgo, o bien malas noticias referentes a una enfermedad crónica.

Los PS tienen la preocupación de cómo va a afectar la mala noticia al paciente y en muchas ocasiones se intenta eludir la tarea de comunicar las malas noticias como excusa de ocultar información [23].

No obstante los PS no puede saber el impacto que la mala noticia puede tener en el paciente, por ello hay que saber primeramente si el paciente entiende en qué situación está y qué expectativas tiene al respecto [26].

En cualquier caso en la mayoría de los casos ni los médicos ni las enfermeras reciben una adecuada información, no tienen conocimientos ni entrenamiento suficientes para mantener este tipo de conversaciones tan importantes [23].

Antes de comunicar las malas noticias es preciso para los PS asegurarse de si el paciente quiere ser informado y de la información que quiere saber, como pueda ser, el diagnóstico, el pronóstico, si van a sufrir dolor, etc. Para cada paciente las preguntas y dudas pueden ser diferentes. Los PS pueden temer también la respuesta de los familiares y del propio paciente, y es por este motivo y para la mejor gestión de la mala noticia por parte del paciente, que los PS debemos formarnos en esta área [4].

Es por este motivo que existe un método de cómo dar malas noticias creado por el Dr. Buckman. Este método llamado SPIKES [27].

Consta de seis pasos. Estos seis pasos permiten al médico, a la enfermera, o a la persona que tiene que dar las malas noticias cumplir con los cuatro objetivos a la hora de dar malas noticias: por un lado la recopilación información del paciente; permite la transmisión de la información médica; permite prestar apoyo al paciente y permite solicitar la colaboración del paciente para poder desarrollar una estrategia, o para trazar un plan de tratamiento para el futuro [27].

Es conveniente que la comunicación sea respetuosa, actuar con prudencia y de forma sincera y que además aporte información responsable y adecuada, para poder facilitar al paciente la expresión de sus sentimientos y emociones a la vez que sea el propio paciente quien saque sus propios recursos, a fin de poder conseguir que pueda afrontar con mayor equilibrio esta nueva etapa de su vida [4].

Tal y como dice Buckman [22], los problemas más comunes son causados por falta de cortesía, errores a la hora de escuchar o el hecho de no reconocer las necesidades del paciente.

5.3 Consecuencias de dar una mala noticia

El hecho de notificar una mala noticia de una manera no adecuada y sin delicadeza puede afectar de manera drástica y sostenida en el tiempo. La manera en cómo los PS emiten esta información provoca una marca en la relación PS y paciente [26].

En el caso de que la noticia sea transmitida de forma pobre, también, esa experiencia puede quedar grabada en la mente del paciente y de su familia [26].

3. JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Antes de empezar a escribir el por qué me he decidido a realizar este tema, el “¿*Cómo dar malas noticias a la etnia gitana?*”, quiero decir en primer lugar que cualquier mala noticia afecta en mayor o menor grado a todos los seres humanos. Es decir, la noticia en sí misma no hace distinciones de razas, colores de piel o formas de pensar. No obstante cada grupo social tiene unas características peculiares que hacen que la transmisión de la mala noticia deba ser realizada de una manera u otra y en el caso de la EG pueda ser transmitida a la persona encargada o líder del grupo social o no. Son precisamente las características propias de cada grupo social las que debemos tener en cuenta para el mayor o menor impacto que la mala noticia pueda ejercer en dicha población. Por este motivo se ha decidido realizar este estudio para conocer si existen procedimientos de actuación diferentes en la manera de comunicar malas noticias a la EG.

4. OBJETIVO

El objetivo general es conocer cómo dar malas noticias a la etnia gitana.

El objetivo específico es conocer las necesidades generales de la etnia gitana y su forma de pensar y actuar, para desarrollar la forma de dar malas noticias, a fin de minimizar su impacto.

5. METODOLOGÍA

Este trabajo es una revisión bibliográfica desde octubre del 2015 a mayo del 2016. (Ver anexo 3 en Gráfico 2). Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: *Pubmed*, *Web of Science*, *Cinahl*, *Cochrane*, *Cuiden Plus*, *Psycinfo*. Así mismo he utilizado diversos libros y guías clínicas. “*Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios*”, “*Salud y comunidad gitana*”, “*Actitudes y pautas de comportamiento de la población gitana de la Comunidad de Madrid en relación a su salud*”.

En lo referente a los años de publicación, se han realizado búsquedas en los últimos 10 años, en muchos de los casos, pero debido a que la información es tan escasa, en determinadas búsquedas no se ha puesto límite a los años de búsqueda.

El gestor bibliográfico utilizado es Mendeley.

Para traducir los términos necesarios se han utilizado las páginas web: *Wordreference* [28], *Linguee* [29], *Lexilogos* [30].

5.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para que la pregunta de investigación esté bien diseñada, debe estar incluida dentro de un marco que nos ayude en la estrategia de búsqueda a fin de localizar y encontrar la mejor evidencia científica en el menor tiempo posible.

Para ello no utilizo el marco PICO, dado que no se ajusta a la pregunta con resultados cualitativos y es por ello que utilizo el marco PIS.

Marco PIS

Población: ¿quiénes son los individuos?. Intervención o problema: ¿cuál es el problema específico? Situación: Circunstancias, condiciones, enclave o experiencias queremos conocer y enmarcar el problema [31].

Pregunta

¿Cómo comunicar las malas noticias a la etnia gitana?.

Población: etnia gitana. Intervención o problema: malas noticias, comunicar. Situación: manera e impacto.

P	Sinónimo de gitano: calé, romanó, romaní.
I	Sinónimos comunicar: informar, transmitir, expresar. Sinónimos de “malas noticias”.
S	Sinónimo de impacto: impresión, efecto, repercusión Sinónimo de cómo: manera.
P	Sinónimos de “communicate”: report, transmit, break. Sinónimo de “bad news”: truth disclosure, unpleasant news, difficult news.
I	Sinónimos de “communicate”: report, transmit, break. Sinónimo de “bad news”: truth disclosure, unpleasant news, difficult news.
S	Sinónimos de “impact”: emotional effect, impression, effect, repercussions. Sinónimos de “how”: method, techniques, procedures, methodology, way.

Tabla realización propia.

BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS

BÚSQUEDA EN PUBMED

Para realizar la búsqueda se han determinado los términos Mesh y lo que no son mesh.

Posteriormente y utilizando la formula PIS:

Se han agrupado los términos según pertenezcan a población (P) ([Gypsies], [Ethnic Groups], Gypsy, Romany, Roma) mediante el boleano OR.

Se agrupan los términos pertenecientes al apartado Intervención (I) mediante el boleano OR , ([Communication], Communicate, Report, Transmit, Break, Bad news, Difficult news).

Finalmente se agrupan los términos pertenecientes al apartado Situación (S) también mediante el boleano OR. ([Methods],Way, Techniques, Procedures, Methodology).

Criterios de inclusión:

Para los criterios de inclusión se han utilizado los siguientes filtros: ensayo clínico, revisiones sistemáticas, en humanos, en inglés, adultos mayores de 19 años, publicaciones realizadas en los últimos 10 años.

El resultado de la búsqueda mediante esta estrategia ha dado lugar a 180 artículos. Una vez están unidos cada uno de los términos correspondiente a cada rango, se une cada rango mediante el boleano AND.

El resultado de la búsqueda mediante esta estrategia ha dado lugar a 180 artículos. Ninguno de ellos fue apto para su utilización en este trabajo por tratar de etnias distintas a la gitana.

BÚSQUEDA EN WEB OF SCIENCE

Se ha realizado un búsqueda con los términos (Communicar* AND Gitan*) con un resultado de 3 artículos; se ha realizado otra búsqueda con la conjugación de estos términos y boleanos (Communica* AND Gyps*) con el resultado de 294 resultados; en otra búsqueda se ha utilizado (Communica* AND Gyps* AND Roma) con un resultado de 25 artículos. Así mismo he realizado una búsqueda en la página Web of Science uniendo los términos (comunicar* OR gitan*).

El resultado son 95 páginas con 994 artículos. Ninguno de los artículos resultó útil para mi búsqueda.

BÚSQUEDA EN COCHRANE

Se han realizado las siguientes búsquedas:

(Gypsi AND communication AND “bad news”), (Communic* AND “bad news” AND gypsi*), (Gitano AND comunicar AND “malas noticias”), (Gypsies AND mourning), (Gypsies and grief). Se ha realizado también la búsqueda (Roma AND mourning) donde se ha encontrado 1 artículo; y también en (Roma AND grief), donde se ha encontrado 1 artículo. Por último se ha buscado (Roma AND deliver AND “bad news”). En ninguna de las búsquedas se ha obtenido ningún artículo relevante al tema escogido.

BÚSQUEDA EN CINALH

Se ha realizado una búsqueda mediante los términos (Gypsies AND mourning) se ha encontrado un artículo pero no se puede acceder a él.

Se ha realizado otra búsqueda con las palabras (Gypsies AND grief) y el resultado han sido dos artículos. Al primero no se puede acceder y el segundo no es un texto completo. También se ha buscado (Gitanos OR duelo) encontrándose 9 artículos. Ninguno cumplía los criterios requeridos.

BÚSQUEDA EN CUIDEN PLUS

Se busca (Gitanos) aparecen 43 artículos. Ninguno de ellos nos es útil.

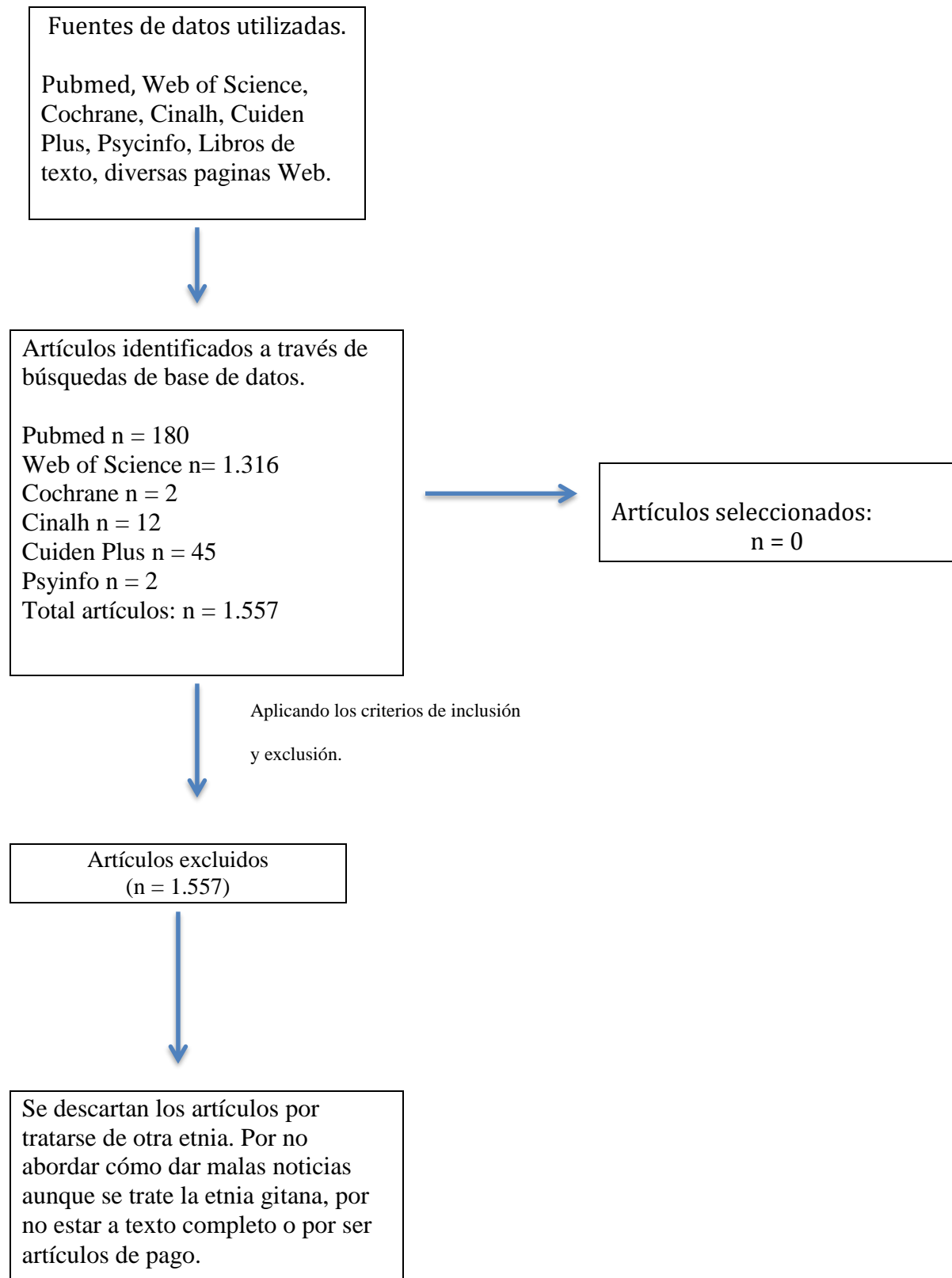
Se busca (“Malas noticias” AND gitanos) número de artículos encontrados 0.

En la búsqueda (gitanos AND duelo), aparecen 2 artículos, de los cuales uno es útil y el otro no se puede acceder.

BÚSQUEDA EN PSYCINFO

Se realiza la búsqueda (Gypsy AND mourning) con resultado de 2 artículos ninguno de los cuales es conveniente para el TFG. También se realiza la búsqueda mediante (Deliver AND “bad news” AND gypsies), sin obtener resultado alguno.

Los artículos descartados se han descartado tras leer el abstract y comprobar que no cumplían los criterios de inclusión.

GRÁFICO 1: diagrama de flujo.

6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio es una revisión de la literatura y es por este motivo por el que no pasa por una comisión ética. Todo el material utilizado está debidamente referenciado para no ser tachado de plagio.

7 RESULTADOS

Se ha realizado un trabajo de búsqueda bibliográfica en el que se ha consultado las bases de datos *Pub Med*, *Web of Science*, *Cochrane*, *Cinahl*, *Cuiden Plus* y *Psycinfo*.

Bases de datos	Número de artículos revisados
Pub Med	180
Web of Science	1.316
Cochrane	2
Cinahl	12
Cuiden Plus	45
Psycinfo	2
Total artículos	1.557

Tabla realización propia.

De este total de 1.557 artículos, no se ha encontrado información relevante de cómo dar malas noticias a la etnia gitana. Paralelamente se ha buscado información sobre el impacto que el duelo provoca entre los gitanos y se ha encontrado un artículo en el que se hace referencia a este suceso de manera tangencial.

Se han combinado los términos dar “*Malas noticias*”, *Duelo*, junto con el término *Gitano*, en sus múltiples variantes combinatorias, tanto en español como en inglés, y en la gran mayoría de los artículos se ha encontrado información sobre la inserción de la etnia gitana en la sociedad; el proceso de prevención de la salud, por ejemplo el tema de la vacunación en los niños; las condiciones de vida precarias en las que muchos gitanos todavía están inmersos; y las costumbres que los gitanos mantienen especialmente en lo referente al tema de la familia y su unidad; los valores que esta etnia tiene y la conciencia de lo que representa ser gitano.

No se ha encontrado nada al respecto, a cerca de la manera concreta en cómo dar malas noticias a la EG, ni tampoco de cómo se podría minimizar el impacto que las malas noticias producen.

8 CONCLUSIONES

Al realizar las lecturas de los artículos he observado que en muchas lecturas existen similitudes, aunque también diferencias en cuanto a las tradiciones, ritos y formas de actuar ante determinados aspectos de la vida, trátase de la EG en España o bien en diferentes países de Europa.

Ante la búsqueda infructuosa a la pregunta “¿Cómo comunicar las malas noticias a la etnia gitana?” cabe decir que sería conveniente que se realizaran posteriores estudios, trabajos de campo, entrevistas, para concretar qué necesidades particulares de esta etnia deben tenerse en consideración, a fin de conocer su forma de actuar, pensar, vivir y sentir, para que de alguna manera se pueda minimizar el impacto que las malas noticias producen y puedan ser entendibles las diversas reacciones que al recibir las malas noticias provocan en la EG y podamos acompañar a este grupo en estas situaciones difíciles.

9 LIMITACIONES

No se ha podido encontrar ningún artículo en que se haga referencia explícita a cómo dar malas noticias a la EG. Otra limitación para este estudio es que muchos artículos son de pago.

10 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

Se han analizado varios aspectos para que se pueda generar una corriente de entendimiento entre la etnia gitana y la no gitana.

En primer lugar se ha descrito la comunicación intercultural para poner en relieve que el hecho de la comunicación va ligado a una manera de pensar y de actuar, que no siempre coincide con la manera de pensar y actuar de nuestro interlocutor. Es por ello que las diferencias culturales deben ser tenidas en cuenta en el momento de anunciar unas

noticias, a la persona o personas a quienes se las comunicamos. Así mismo debemos conocer los códigos de comportamiento, tanto verbales como no verbales, de nuestro receptor para que el mensaje llegue de la manera más apropiada posible.

En segundo lugar se ha descrito lo que es la comunicación y las diferentes teorías que se respecto a ella se han descrito. Creo que es importante conocerlas para establecer la base sobre la que construir un dialogo efectivo.

Personalmente creo que la teoría de Gerbner [15], puede ser muy útil para el ámbito enfermero, puesto que para el autor, el proceso de comunicación empieza con la percepción [15], y a la cual se añade el elemento sensorial. A demás Gerbner indica que la percepción está influida por las asunciones del que percibe, su experiencia y punto de vista. A la vez este modelo indica que el acontecimiento percibido es el motivo del acto de la comunicación. Es decir, debe existir un diálogo sin palabras previo al diálogo verbal. Si creemos que la emisión de las malas noticias a la EG se puede realizar de igual manera que a los no gitanos, corremos el riesgo que el mensaje sea percibido de forma errónea, o bien de que la propia forma no sea la correcta.

Por lo tanto el cuerpo de enfermería debería formarse para adquirir el conocimiento necesario sobre las costumbres, saber a quién se le puede o debe comunicar las noticias, formas de actuar; posibles temas tabú, como el nombrar un cáncer como tal en lugar de nombrar “un mal”, para por un lado respetar esas costumbres propias de la EG y por otro lado, para que esta etnia pueda percibir que nosotros, enfermeros, nos preocupamos por su bienestar, y que a pesar de transmitir las malas noticias, lo hacemos teniendo en cuenta sus valores, costumbres y tradiciones, sus raíces, anticipándonos de esta manera a que el hecho de cuidar es personal y no transferible, a la vez que tenemos en cuenta la interculturalidad y la diversidad.

El hecho que no exista nada publicado, representa una limitación a la praxis enfermera, por lo que sería conveniente que enfermería acudiera cursos, realizara trabajos de campo, recogiera datos, y realizara entrevistas a la EG, quien basa su conocimiento en la tradición oral, para que su forma de pensar y actuar quedara reflejada de forma escrita y pudiéramos acudir a ella.

11 IMPLICACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Sería interesante que se realizaran investigaciones para poder adaptar el protocolo existente SPIKES [27], a las características de la EG y mejorar así la calidad del cuidado enfermero acorde con las costumbres, tradiciones y formas de pensar y actuar de esta etnia, respetando así su identidad.

12 ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO SPIKES REALIZADO POR ROBERT BUCKMAN

Adaptación a la EG del protocolo SPIKES realizado por Buckman [22], en su libro *“Cómo dar malas noticias”*.

Unas posibles maneras de actuar pueden ser:

12.1 Consideraciones personales de enfermería previas a iniciar la conversación

La educación más valiosa proviene del “feedback” del paciente y de sus familiares, ya que nos enseña a distinguir, entre otras cosas, las respuestas adaptativas y de soporte.

Sentirnos cómodos a la hora de realizar nuestra labor, ya que si no es así, los PS tienen la tendencia a alejarse de la situación y esto es percibido por el paciente como un abandono.

Posibilidad de que la persona que da las malas noticias pudiera responder a algunas preguntas que más tarde surgirán.

No presuponer las reacciones de un paciente o familiares. Cada paciente o familia puede reaccionar de distinta manera.

Debemos tener en cuenta la característica básica humana de acusar al mensajero. Por ello podemos ser el blanco de la rabia u ofensa de paciente y familiares, máxime cuando llevamos un uniforme, el cual nos vincula al estamento médico en general, sin un rostro concreto, y nos aleja de ser reconocidos como personas [22].

12.2 Puntos prácticos de cara a enfocar la conversación con paciente y/o familiares

Presentarse como profesional. Decir nuestro nombre y lo que hacemos.

Dar la mano al paciente porque reduce la tensión al empezar la entrevista. Empezar por dar la mano al paciente antes que al conyugue, aunque el conyugue esté más cerca de nosotros físicamente. De esta manera mostramos que el paciente está primero.

Si vemos al paciente por primera vez, dirigirse a él/ella por su apellido y no el nombre.

Dar señales que estamos allí para escuchar y que nosotros estamos bajo el control del paciente y no al revés.

Hablar con los pacientes y/o familiares como un igual.

Dejar hablar al paciente y/o familiares más de 18 segundos sin interrumpirlos. Este período de tiempo de 18 segundos es el tiempo máximo que se le deja hablar al paciente antes de ser interrumpido.

12.3 Contexto físico

En el caso que el paciente no esté solo, preguntar al acompañante su relación con el paciente y preguntar al paciente si quiere continuar con la entrevista en presencia del familiar o acompañante.

La primera norma en todas las comunicaciones importantes es ofrecer al paciente y/o familiares la posibilidad de sentarse. Solamente en el caso que sea totalmente imposible realizar la entrevista sentados, se procederá a realizarla de pie.

En el caso que no exista espacio para estar sentados y la entrevista se tenga que realizar de pie, por ejemplo en el pasillo, coger a la persona, normalmente al familiar y acercarse un poco más de lo que se haría habitualmente, de esta manera quedan minimizadas las posibilidades de quedar separados por las personas que pudieran pasar entre nosotros.

También es positivo, que si entrevista se tiene que hacer en el pasillo, los PS se apoyen contra la pared, puesto que de esta manera, se da la impresión que los PS están dispuesto a permanecer un rato, y que no tienen prisa en marcharse.

En el caso de que exista la posibilidad, para el enfermero/a, de sentarse, se deberá pedir permiso previamente, ya que este hecho disminuye la perturbación. Cuando nos

sentemos al lado del paciente hay que tener en cuenta la distancia a la que lo hacemos. Esta distancia se llama “Zona de protección del cuerpo” y varía de una cultura a otra. La distancia de entre 50 a 90cm. aproximadamente, parece ser la adecuada. Nuestra posición debería ser aquella que permitiera que nuestros ojos y los del paciente estuvieran a la misma altura.

En el caso que algún objeto se interponga entre nosotros y el paciente, lo sacaremos explicando que lo estamos haciendo para poder hablar libremente.

Pediremos que se apague, durante unos minutos, la televisión, la radio o cualquier medio que pudiera interferir en la comunicación.

Ayudaremos al paciente a organizarse y a que esté confortable antes de empezar la charla.

Nos desabrocharemos la bata; porque enfatiza el hecho que no vamos a salir en seguida. Por lo que respecta a la postura, haremos descansar nuestras las manos sobre nuestras rodillas porque la postura de cruzar las piernas parece demasiado informal.

12.4 Protocolo de los seis pasos

Robert Buckman [22] elabora un protocolo de seis pasos concatenados que es el modelo referente para dar malas noticias [32].

SPIKES es una sigla en inglés donde cada letra representa una fase en este esquema de 6 pasos: 1 - **S** setting; 2 - **P** perception; 3 - **I** invitation; 4 - **K** knowledge; 5 - **E** empathy y 6 - **S** summary [26].

12.4.1 Primer paso: Preparar el contexto físico más adecuado

La entrevista tiene que ser personal y no por teléfono. Preparar el contexto físico y a ser posible sentado. Si el paciente está acompañado preguntarle qué relación tiene con la persona que le acompaña y si quiere continuar la entrevista en presencia del acompañante. Utilizar la escucha activa. Se puede iniciar la conversación con un “¿Cómo se encuentra?” y si al paciente le parece bien el hecho de hablar un poco.

Cabe tener en cuenta que la EG por su sentido de solidaridad como grupo, necesita de un espacio más amplio, pues como ya se ha explicado en el marco teórico, la familia en su sentido extenso, tiene una importancia capital al ser la institución suprema de la sociedad gitana.

12.4.2 Segundo paso: Averiguar qué sabe el paciente

En este paso hay que obtener la información de lo que sabe el paciente y especialmente de si conoce o no la gravedad. Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo [32].

Hay que centrarse en la comunicación del enfermo y en el lenguaje no verbal. Las respuestas del paciente nos darán la información importante en tres aspectos: por una parte nos darán la comprensión de la situación médica por parte del paciente; por otro lado observaremos la manera de hablar del paciente, tanto por lo que respecta a su estado emocional; y qué palabras utiliza y cuáles evita. A nivel verbal es importante valorar las emociones de las que está hablando el paciente. A nivel no verbal es útil saber si lo que explica el paciente concuerda con su lenguaje no verbal [22].

Pensemos que en la comunidad gitana existe la figura del patriarca o persona encargada del grupo, quien es una persona referente a quien poder explicar la situación. Para la comunidad gitana el varón es quien está encargado de asumir responsabilidades y en el caso de que el patriarca no esté en ese momento, será al varón a quien deberemos acudir. Esta persona puede ser el hermano, el tío o el esposo, si la persona enferma es una mujer. Si el enfermo es un hombre, deberíamos acudir también el hermano o persona o persona varón referente.

Otro punto importante a considerar es incorporar lo antes posible la palabra “respeto”. El respeto es para la EG algo muy importante y que deberemos tener siempre en cuenta. El hecho que digamos esta palabra, y que actuemos de acorde a ella, será identificado por la EG, como que somos conocedores de una parte muy importante de su cultura y modo de actuar y pensar.

12.4.3 Tercer paso: Descubrir lo que el paciente quiere saber

Es difícil saber el grado de información que el paciente puede soportar. Es por ello que una buena manera de afrontar la situación es preguntar directamente al paciente si en el caso de ser una enfermedad grave le gustaría tener toda la información y saber qué realmente está ocurriendo. Se puede enfocar desde la frase “*¿Es usted de ese tipo de personas a quien...?*” [32]. No obstante se puede preguntar lo mismo sin ser tan directo o bien darle una parte de información, para que una vez ya esté asimilada, podamos continuar dándole más información si lo demanda.

Si nos damos cuenta que el paciente de EG quiere tener información de lo que le ocurre, el en caso que el paciente tenga un cáncer, no utilizaremos esta palabra, sino que diremos que tiene “un mal” pues eso es como la EG designa al cáncer. La palabra cáncer parece ser un tabú dentro de la comunidad y no se utiliza.

12.4.4 Cuarto paso: Compartir la información

Si el paciente ha decidido que quiere saberlo todo, tendremos que actuar cuando se nos invite. El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico [32]. Es importante utilizar un vocabulario que el paciente pueda entender, llano y sin utilizar expresiones que puedan agravar la percepción del paciente, como pueda ser la utilización de la palabra “malo”. Hay que mantener una agenda con el paciente, hay que saber qué queremos conseguir con la entrevista. Los PS deben tener claro que el paciente puede rechazar tomar el tratamiento sin que ello genere una frustración en nosotros si paciente y PS no tenemos el mismo punto de vista [22]. Esta puede ser simultánea con la anterior y es por ello que a medida que el paciente lo vaya solicitando se puede ir aportando más información. Es importante el hecho de comprobar la información que el paciente ha entendido [22].

Esto se puede hacer mediante preguntas para saber si el paciente ha entendido lo que le hemos dicho. Otra manera de comprobar si el paciente ha entendido lo que le hemos dicho es hacer que nos diga lo que sabe.

Es conveniente repetir los puntos importantes y si es necesario podemos hacer esquemas o dibujos y/o utilizar soportes escritos para mayor comprensión del paciente [22].

También en el caso de la EG podemos acudir a la persona de referencia, y explicar lo que está sucediendo. Por un lado, tendremos en cuenta la estructura social de la EG, y por otro lado, esta persona podrá replicar luego, lo que le hemos contado, a la persona enferma, quien, por el hecho de estarlo, puede no acabar o le es difícil entender lo que se le está diciendo.

12.4.5 Quinto paso: Responder a los sentimientos del paciente

El éxito o fracaso de la entrevista para dar malas noticias depende de la manera en que reaccione el paciente y de cómo responda el terapeuta ante estas reacciones y sentimientos [22]. Es importante destacar en esta fase el papel de los silencios, la empatía no verbal, y la escucha y el respeto al paciente [32].

Esta fase demanda una gran concentración por parte del terapeuta y su experiencia es de gran ayuda en esta fase, ya que a medida que esta experiencia se adquiera, las sorpresas que se puedan presentar, en lo que a las reacciones del paciente se refiere, serán menores y el profesional será capaz ajustar la entrevista según crea oportuno [22].

Tengamos en cuenta, que para la EG la salud está considerada como la ausencia de enfermedad y que la enfermedad es algo que va ligado a la muerte. Por lo que no debe extrañarnos que se produzcan formas de comportamiento, que para los no gitanos, pudieran parecer exageradas, ante cualquier tipo de situación. Por este motivo enfermería debería tener mayor receptividad y empatía con las muestras de dolor y a las diferentes manifestaciones emocionales de la EG. La EG no se siente limitada al expresar su dolor, tengamos en consideración que el hecho de rasgarse las vestiduras [13], en el caso de un fallecimiento, forma parte de la creencia de alejar el espíritu del difunto, por lo que no debería extrañarnos.

12.4.6 Sexto paso: Planificación y seguimiento

Es necesario organizar y planificar el futuro. El paciente espera que le aclaremos cualquier tipo de dudas y que le ofrezcamos un plan de actuación de cara al futuro. Es por ello que es necesario ajustar la agenda del paciente con el escenario médico y el plan de actuación [22]. Es en esta fase donde debemos demostrar que comprendemos al

paciente y sus problemas, tenemos que indicar lo que podemos resolver o lo que no podemos. Es de gran utilidad hacer que el paciente haga una lista con los problemas por orden de prioridad, y que a la par podamos nosotros ordenar nuestra agenda y establecer los problemas que debemos abordar en primer lugar. Puesto que los pacientes necesitan saber que tenemos un plan, es necesario establecer una estrategia y explicarla al paciente. Es de utilidad el hecho de prepararse para lo peor, aunque esto no imposibilita esperar lo mejor, sin aportar falsas esperanzas o información no real [32].

Hay que identificar las estrategias de afrontamiento del paciente y reforzarlas, y la iniciativa propia, ya que en el caso de una enfermedad crónica es el paciente quien debe ayudarse él mismo. Tenemos que movilizar todos los recursos familiares que disponga el paciente, ya que en esta etapa pueden surgir sentimientos de soledad e incompreensión al creer el paciente que la familia no lo entiende [19].

En el caso de la EG el paciente no se va a sentir solo puesto que toda la familia va a estar presente. También se puede hacer partícipe a la familia o a quien la persona designe, para que ayuden al paciente a establecer sus prioridades, porque quizás las prioridades para un gitano son distintas en algunos casos. Pensemos que provienen de una vida ancestral nómada, en contacto con la naturaleza, que está muy arraigada y que una de sus prioridades pueda ser ver a su animal doméstico, por ejemplo.

Debemos tener en cuenta el pensamiento y modos de actuación de la EG, porque nuestro pensamiento y nuestra posibilidad de ver otras realidades distintas, facilita el que podamos adecuar y adaptar unos protocolos a esta etnia.

13 REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE ADQUIRIDO

Sin duda alguna el TGF es la culminación de estos cuatro años de aprendizaje constante en los que he podido, tanto a nivel personal y profesional, superar retos y adversidades y mejorar como persona.

No es fácil resumir en unas líneas todas las emociones que han estado implicadas en estos cuatro años.

A mis 49 años quién me iba a decir que sería capaz de emprender la realización de unos estudios universitarios, ir aprobando las asignaturas y realizando las prácticas. Para mí esto ha sido una inyección de autoestima y una afirmación de que todo lo que vale la pena requiere un esfuerzo, a la vez que todo lo que uno se proponga se puede conseguir con esfuerzo y tesón.

He tenido la gran suerte de realizar el TFG que me gusta. La primera opción que elegí para el TFG era “Cómo dar malas noticias” y estoy muy agradecido a la Universidad por haberme otorgado esta posibilidad, que tanta ilusión me hacía.

Es curioso que yo a los 18 años empecé la carrera de filología hispánica la cual nunca acabé, pero que ahora, como si de cerrar el círculo se tratara, aparece en la última asignatura de la carrera de enfermería un trabajo de final de grado, en el cual la comunicación adquiere una gran importancia, un papel vital y me hace recordar las asignaturas que antaño tuve.

La focalización del TFG en la EG se la debo a Lola y a su familia, quienes han sido los inspiradores y el motor de este TFG y quienes me han posibilitado sacar a la luz esa inquietud por conocer a la EG, que ya desde mi infancia, merodeaba por mi mente, pero que no había tenido la oportunidad de conocer y profundizar.

Cuando algo se conoce se pueden producir dos tipos de situaciones, o bien de rechazo, o bien de atracción. En mi caso se ha producido una atracción hacia esta cultura, que si bien integrada en la nuestra, muestra características propias y especiales, que como toda etnia minoritaria, ha tenido que luchar para poderlas mantener a lo largo de los siglos y no perder su identidad, siendo fagocitada por la cultura circundante.

Cada vez más en este país la amalgama de razas y culturas es mayor, por lo que el conocimiento de sus tradiciones culturales y ritos, nos enriquece a cada uno de nosotros, aportando unas diferentes formas de actuación y pensamiento que amplían nuestra

mirada de la realidad cotidiana en todos los ámbitos de nuestra existencia. Por este motivo la comprensión y conocimiento de las culturas que están a nuestro alrededor son cada vez más necesarias. Personalmente pienso que no podemos dejar que las raíces de las personas, sean cuales sean, se pierdan quedando diluidas en otra cultura, puesto que quien pierde las raíces corre peligro de perder la identidad. Desde enfermería podemos ayudar a mantener las tradiciones de cada pueblo, siendo conscientes de las diferencias, respetándolas y conociéndolas. Considerar y comprender las diferencias culturales en nuestro trabajo de cuidar, a la vez que nos enriquece culturalmente a nosotros mismos, y como personas, posibilita el hecho que el paciente y sus familiares, sean conscientes que hablamos su mismo idioma, y que conocemos sus modos de pensar y actuar, lo cual, creo favorece la relación paciente – personal sanitario, siendo un puente bidireccional que favorece a todos.

Me gustaría compartir una experiencia personal vinculada a las diferencias y cómo de ella, debido a la diversidad cultural, he aprendido diferentes maneras de pensar y vivir, sin juzgar qué cultura tenía razón en uno u otro aspecto, o qué cultura era “superior”. Cada cultura tiene algo que aportar a la humanidad, y nadie puede ni debe situarse en una situación de superioridad, pues al fin y al cabo, somos todos personas.

En este cuarto y último curso de enfermería se me ha otorgado la posibilidad de realizar una estancia Erasmus en la ciudad báltica de Klaipeda, Lituania, el cual no esperaba y me ha cogido totalmente por sorpresa. Ha sido una experiencia con muchos vaivenes, puesto que no sabía lo que iba a encontrar. No había querido informarme de cómo era el país, ni de nada que pudiera forjar un prejuicio o bien una opinión premeditada. Si bien durante casi un mes el choque cultural ha existido, el hecho de refugiarme literalmente en la realización del TFG y de otros trabajos académicos, ha hecho posible que la calma llegara a mi persona y me centrara en uno de los aspectos cruciales en mi vida que es la graduación en enfermería. Hasta que no he abierto las puertas interiores a la realidad que me rodeaba, permitiendo la aceptación de la diferencia, de lo desconocido, no ha sido posible la integración para posterior disfrute de la diferencia, dando paso a la tranquilidad y sosiego. Cualquier situación que nos parezca adversa a primera vista, sea esta “adversidad” real, o fruto de nuestra ignorancia, al comparar diferentes situaciones y/o modos de actuar, contiene en sí misma el germen de la positividad y el cambio, si

queremos aceptarlo. El cambio mental es posible. Lo único que hace falta es voluntad para realizarlo.

Crezcamos pues con la diferencia, entendámosla, respetémosla, porque como enfermeros y como personas, también somos diferentes ante otras personas y ante otras culturas y nos gustaría que nos respetaran, nos entendieran y nos cuidaran, de la misma manera que nosotros lo hacemos.

14 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

[1] EU and Roma - European Commission [Internet]. Ec.europa.eu. 2016 [citado 20 Abril 2016]; Disponible en: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/roma/index_en.htm

[2] The European Union and Roma – Factsheet Spain [Internet]. European Commission. 2016 [citado 21 Abril 2016]; Disponible en: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_country_factsheets_2014/spain_en.pdf

[3] Mendizabal I, Lao O, Marigorta UM, Wollstein A, Gusmão L, Ferak V, et al. Reconstructing the population history of European Romani from genome-wide data. *Curr Biol* [Internet]. 2012 Dec 18 [citado 23 Marzo 2016]; 22(24):2342–9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960982212012602>

[4] Astudillo W, Casado da Rocha A, Mendinueta C. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2005.

[5] Rai N, Chaubey G, Tamang R, Pathak A, Singh V, Karmin M et al. The Phylogeography of Y-Chromosome Haplogroup H1a1a-M82 Reveals the Likely Indian Origin of the European Romani Populations. *PLoS ONE*. 2012;7(11):e48477.

[6] González NJ. ¿El romanó, el caló, el romanó-kaló o el gitañol? Cincuenta y tres notas sociolingüísticas en torno a los gitanos españoles. *Anales Historia Contemporánea* 2009;25(0):149–61.

[7] Gamella JF. New methodological approaches in the anthropological demography of Romani groups. An example from the study of the evolution of the infant and child mortality of the Gitanos or Calé of Spain (1871-2007). 2014;Garrido:175–204.

[8] Vega Cortés A. Los Gitanos en España [Internet]. Unionromani.org. 2016 [citado 21 Abril 2016]; Disponible en: <http://www.unionromani.org/histo.htm>

[9] García C, Edita G, Cristofori M, Fsg E. salud-fsg.indb. 2006 [citado 21 Abril 2016]; Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_es.pdf

[10] Badia Valera A, Marcos Lezcano C, Aguarró M^aJ. Los cuidados paliativos y la muerte en los gitanos. Cultura de los Cuidados [Edición digital] 2015. [citado el 4 Mayo 2016]; 19(43). Available from: <http://www.index-f.com/cultura/43pdf/43106.pdf>

[11] Samer H. Rombase. Didactically edited information on Roma [Internet]. 2004 [citado 5 Mayo 2016]; Disponible en: <http://rombase.uni-graz.at//cd/data/ethn/groupsat/data/sepecides.en.pdf>

[12] Teichmann M. History of the Vlach-Roma [Rombase] [Internet]. Rombase.uni-graz.at. 2016 [citado 5 Mayo 2016]; Disponible en: <http://rombase.uni-graz.at/cgi-bin/art.cgi>

[13] Mourning rituals and funeral [Rombase] [Internet]. Rombase.uni-graz.at. 2016 [citado 20 Abril 2016]; Disponible en: <http://rombase.uni-graz.at/cgi-bin/art.cgi?src=data/ethn/cerem/mourning.en.xml>

[14] Heinschink MTeichmann M. Mourning rituals and funeral [Rombase] [Internet]. Rombase.uni-graz.at. 2002 [citado 5 Mayo 2016]; Disponible en: <http://rombase.uni-graz.at/cgi-bin/art.cgi?src=data/ethn/cerem/mourning.en.xml>

[15] Marsen S. Communication studies. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2006.

[16] Fiske J. Introduction to communication studies. London: Routledge; 1990.

- [17] Price S. Communication studies. Harlow: Longman; 1996.
- [18] Trenholm S. Thinking through communication. Boston: Allyn and Bacon; 1999.
- [19] Graber D. The power of communication. Washington, D.C.: Congressional Quarterly; 2003.
- [20] Gerbner's General Model Communication Theory [Internet]. [citado 20 Abril 2016]; Disponible en: <http://communicationtheory.org/gerbners-general-model/>
- [21] Aguado JM. Introducción a las teorías de la comunicación y la información [Internet]. Murcia: DM; 2004 [citado 5 Mayo 2016]; Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=248730>
- [22] Buckman R, Kason Y, Comas i Mongay M. Com donar les males notícies. Vic: Eumo Editorial; 1998.
- [23] Defining Bad News [Internet]. Palliative Care: Education & Training. 2013 [citado 20 Abril 2016]; Disponible en: <https://palliative.stanford.edu/communication-breaking-bad-news/defining-bad-new/>
- [24] García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Medicina Intensiva [Internet]. 2006 [cited 20 April 2016]; 30(9):452-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912006000900006&script=sci_arttext
- [25] Spikes, a Six-Point Protocol, Helps Physicians 'Break the Bad News' to Cancer Patients |Cancer Network [Internet]. Cancernetwork.com. 2016 [citado 20 Abril 2016]; Disponible en: <http://www.cancernetwork.com/articles/spikes-six-point-protocol-helps-physicians-%E2%80%98break-bad-news%E2%80%99-cancer-patients>

[26] Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Revista médica de Chile. 2014 Oct;142(10):1306-15.

[27] Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. Oncologist [Internet]. 2000 Aug 1 [citado 20 Abril 2016]; 5(4):302–11. Disponible en: <http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/doi/10.1634/theoncologist.5-4-302>

[28] English to French, Italian, German & Spanish Dictionary - WordReference.com [Internet]. Wordreference.com. 2016 [citado 19 Abril 2016]; Disponible en: <http://www.wordreference.com>

[29] Linguee | Diccionario español-inglés, entre otros idiomas [Internet]. Linguee.es. 2016 [citado 19 Abril 2016]; Disponible en: <http://www.linguee.es>

[30] Lexilogos - Dictionnaires, Cartes, Documents en ligne - Langues & Pays [Internet]. Lexilogos.com. 2016 [citado 19 Abril 2016]; Disponible en: <http://www.lexilogos.com>

[31] Orts Cortés M. Práctica basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier; 2014.

[32] Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Osteba N° 2006/08

15 ANEXOS

TABLA 1: términos utilizados en la base de datos Pubmed

	TÉRMINOS UTILIZADOS EN PUBMED Fecha de acceso: Noviembre 2015	Número de documentos
#1	<i>“ethnic groups”</i> [MeSH term]	
#2	<i>“gypsies”</i> [MeSH term]	
#3	<i>“roma gypsy”</i> [Title/Abstract]	
#4	<i>“gypsy”</i> [Title/Abstract]	
#5	<i>“romany”</i> [Title/Abstract]	
#6	<i>#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5</i>	<i>117.094</i>
#7	<i>“communication”</i> [MeSH term]	
#8	<i>“truth disclosure”</i> [MeSH term]	
#9	<i>“communicate”</i> [Title/Abstract]	
#10	<i>“report”</i> [Title/Abstract]	
#11	<i>“transmit”</i> [Title/Abstract]	
#12	<i>“break”</i> [Title/Abstract]	
#13	<i>“bad news”</i> [Title/Abstract]	
#14	<i>“difficult news”</i> [Title/Abstract]	
#15	<i>#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14</i>	<i>1.805.851</i>
#16	<i>“methods”</i> [MeSH term]	
#17	<i>“way”</i> [Title/Abstract]	
#18	<i>“techniques”</i> [Title/Abstract]	

#19	“procedures” [Title/Abstract]	
#20	“methodology” [Title/Abstract]	
#21	<i>#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20</i>	7.269.226
#22	<i>#6 AND #15 AND #21</i>	1351
	#22 + Filters: Clinical Trial; Systematic Reviews; published in the last 10 years; Humans; English; Adult: 19+ years	180
Artículos utilizados: 0		

Tabla realización propia.

TABLA 2: términos utilizados en la base de datos Web of Science.

TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA BASE DE DATOS WEB OF SCIENCE			
Fecha de acceso: diciembre 2015			
Palabras Clave	OB	Nº artículos encontrados	Nº Artículos seleccionados
Comunica*	AND		
Gitan*		3	0
Communica*	AND		
Gyps*		294	0
Communica*	AND		
Gyps*	AND		
Roma		25	0
Comunicar*	OR		
Gitan*		994	0
Total artículos encontrados: 1.316			
Total artículos utilizados: 0			
Filtros utilizados: desde 1900 hasta 2016.			

Tabla realización propia.

TABLA 3: términos utilizados en la base de datos Cochrane.

TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA BASE DE DATOS COCHRANE			
Fecha de acceso: Febrero 2015			
Palabras Clave	OB	Nº artículos encontrados	Nº Artículos seleccionados
Gypsy	AND		
Communication	AND		
“Bad news”		0	0
Communic*	AND		
“Bad news”	AND		
Gypsi*		0	0
Gitano	AND		
Comunicar	AND		
“Malas noticias”		0	0
Gypsies	AND		
Mourning		0	0
Gypsies	AND		
Grief		0	0
Roma	AND		
Mourning		1	0
Roma	AND		
Grief		1	0
Roma	AND		
Deliver	AND		
“Bad news”		0	0
Total artículos encontrados: 2			
Total artículos utilizados: 0			
Filtros utilizados: ninguno.			

Tabla realización propia.

TABLA 4: términos utilizados en la Base de Datos Cinahl.

TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA BASE DE DATOS CINAHL			
Fecha de acceso: Enero 2016			
Palabras Clave	OB	Nº artículos encontrados	Nº Artículos seleccionados
Gypsies	AND		
Mourning		1	0
Gypsies	AND		
Grief		2	0
Gitanos	OR		
Duelo		9	0
Total artículos encontrados: 12			
Total artículos utilizados: 0			
Filtros utilizados: ninguno			

Tabla realización propia.

TABLA 5: términos utilizados en la base de datos Cuiden Plus.

TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA BASE DE DATOS CUIDEN PLUS			
Fecha de acceso: Enero 2016.			
Palabras Clave	OB	Nº artículos encontrados	Nº Artículos seleccionados
Gitanos		43	0
Malas noticias	AND		
Gitanos		0	
Gitanos	AND		0
Duelo		2	
Total artículos encontrados: 45			
Total artículos utilizados: 0			
Filtros utilizados: ninguno.			

Tabla realización propia.

TABLA 6: términos utilizados en la base de datos Psycinfo.

TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA BASE DE DATOS PSYCINFO			
Fecha de acceso: Enero 2016			
Palabras Clave	OB	Nº artículos encontrados	Nº Artículos seleccionados
Gypsy	AND		
mourning		2	0
Deliver	AND		
“Bad news”	AND		
Gypsies		0	0
Total artículos encontrados: 2			
Total artículos utilizados: 0			
Filtros utilizados: ninguno.			

Tabla realización propia.

ANEXO 2

ENTREVISTA A UNA PERSONA DE EG.

Entrevista realizada a un señor de 52 años de etnia gitana. Se utiliza la segunda persona porque hay un grado de confianza suficiente que así lo permite.

Pregunta: ¿Cómo te gustaría a ti que te transmitieran malas noticias?

Respuesta: *“Con respeto y no de cualquier manera. No se pueden decir estas cosas así como si nada. Me gustaría que me las dijeran como a todo a los demás”.*

Pregunta: ¿Podrías darme algún consejo de cómo dar malas noticias a la etnia gitana?

Respuesta: *“Yo soy un gitano moderno. No soy como los de antes que son antiguos pero hay gitanos que tienen ideas más antiguas. Las mujeres no cuentan. Hay que buscar al hombre mayor y decírselo a él. Si es una mujer la que*

está enferma se le dice al marido y si es un hombre se le dice al padre o al hermano mayor. Nosotros no decimos cáncer, decimos siempre un mal”. “Esta u otra persona tiene un mal”.

ANEXO 3

GRÁFICO 2: cronograma.

17 Septiembre 2015	Realización primer seminario del TFG.
Octubre 2015	Realización diversos seminarios TFG y libros de texto.
Noviembre 2015	Se empieza la búsqueda de documentos en Pubmed y la lectura de los artículos a partir de ella.
Diciembre 2015	Se continua la búsqueda en otras bases de datos como Web of Science,
Enero 2016	Se prosigue la búsqueda de diferentes bases de datos Cinahl, Cuiden Plus, Psycinfo sí como diferentes páginas web relacionadas con el mundo de la etnia gitana.
Febrero 2016	Se realiza una búsqueda en la base de datos Cochrane. Agrupo y organizo los diferentes artículos e información recogida y los compilo en los diferentes apartados de los que consta el TFG.
Marzo 2016	Reviso la redacción de los diferentes apartados del TFG.
Abril 2016	Reviso la redacción y reestructuro la redacción de los apartados del TFG. Inserto el índice y reviso la ortografía y la sintaxis.
Mayo 2016	Reviso la redacción, reestructuro las tablas, vuelvo a repasar la ortografía y la sintaxis.

