

Etapa final de vida i transculturalitat en el pacient immigrant extracomunitari

ÍNDEX

RESUM / ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓ	6
OBJECTIUS.....	10
Objectiu Principal:.....	10
Objectius Específics:.....	10
METODOLOGIA	10
Diseny d'estudi:	10
Estratègia de cerca:.....	10
Població i mostra:	11
Variables d'estudi:	12
Criteris d'inclusió i exclusió:	12
Anàlisi de dades:	12
Aspectes ètics:	12
Limitacions:.....	12
RESULTATS	13
DISCUSSIÓ.....	17
Variabilitat en la visió de la vida i la mort:.....	17
Variabilitat de la demanda sanitària i espiritual en l'EFV	20
Variabilitat en la presa de decisions autònomes.....	23
Variabilitat en la limitació de tractament	24
CONCLUSIONS.....	27
IMPLICACIÓ A LA PRÀCTICA PROFESSIONAL	29
CRONOGRAMA TREBALL FI DE GRAU.....	30
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	31
ANNEXES.....	34
Annex 1.....	34
Annex 2.....	35
Annex 3.....	35
Annex 4.....	36
Annex 5.....	37

“Res a la vida ha de ser temut, tan sols comprés”. (Marie Curie)

RESUM

Introducció: La recepció d'immigrants ja des de 1950 no ha deixat de créixer i donen lloc a un seguit de transformacions socials així com la significació d'un enriquiment en la cultura del lloc i d'un intercanvi de costums i creences.

La dimensió cultural de la vida humana ajuda a determinar la forma en què les persones ens relacionem amb el procés de salut-malaltia. Cal destacar el condicionament cultural amb el que s'enfronta i s'experimenta el procés en l'etapa final de vida.

Saber com tractar la vida, la mort i entendre la concepció del cos i de l'ànima des d'una perspectiva diferent, resulta necessari per estar en harmonia i protegir la nostra cultura, societat i civilització.

Objectiu: El propòsit d'aquest estudi és conèixer l'impacte de la diversitat cultural en l'etapa final de vida del pacient immigrant extracomunitari hospitalitzat.

Metodologia: S'ha realitzat un revisió bibliogràfica en el que s'hi ha identificat articles originals sobre les diferents cultures de l'estudi i la diferenciació entre aquestes respecte la visió de la vida i la mort i la demanda sanitària, així com el posicionament envers la limitació del tractament.

Els criteris d'inclusió han estat articles relacionats amb la cultura i les cures en l'etapa final de la vida, articles relacionats amb l'Islamisme, el Budisme, el Judaisme i l'Hinduisme i documents amb anglès i castellà. Per altra banda, els criteris d'exclusió han estat articles relacionats amb cures pediàtriques en l'etapa final de la vida i articles amb publicacions anteriors a 13 anys. La mostra final ha estat formada per 13 articles que complien els criteris d'inclusió.

Resultats: Els resultats mostren la diferenciació entre les diverses cultures en quan a la manera d'afrontar la mort, les cures espirituals i/o sanitàries que es necessiten durant l'etapa final de la vida, així com la postura sobre limitació del tractament.

Conclusions: Les creences han estat, són i seran importants mentre se'ns resisteixi la veritat, però sempre ha estat, és i serà necessari respectar i dignificar la vida de tots els éssers humans independentment del seus pensaments i creences.

Paraules clau: Etapa final de vida, Religió, Cures, Transculturalitat.

ABSTRACT

Introduction: The reception of immigrants since 1950 has continued to grow and lead to a series of social changes and the importance of enriching the culture of the place and an exchange of customs and beliefs.

The cultural dimension of human life helps determine how people will relate to the process of health and disease. It should be noted that cultural conditioning faces and experienced the process in the final stage of life.

Knowing how to deal with life, death and understand the concept of body and soul from a different perspective, it is necessary to be in harmony and protect our culture, society and civilization.

Objective: The purpose of this study is to understand the impact of cultural diversity in the final stage of life of Patients hospitalized non-EU immigrants.

Methodology: Has been done a literature review in which it has identified the original articles about different cultures and the study of differentiation between these views on life and death and the health demands and limited treatment head positioning.

Inclusion criteria were articles related to culture and care in the final stage of the life of articles related to Islam, Buddhism, Judaism and l'Hinduisme and documents with English and Spanish. Moreover, the exclusion criteria were articles related to pediatric care in the final stage of life articles and publications previous 13 years. The final sample consists of 13 articles that met the inclusion criteria.

Results: The results show the distinction between different cultures is when the afrontament about death and refers spiritual care and health during the final stage of life as well as the position on limitations of treatment.

Conclusions: Beliefs have been, are and will be important as we resist the truth, but it has always been, is and will be required to respect and dignify the lives of all human beings irrespective of their thoughts and beliefs.

Keywords: End of Life, Religion, Care, Transculturality.

INTRODUCCIÓ

Immigració extracomunitària a la UE

Europa no ha deixat de ser receptor d'immigrants des de 1950. Durant l'any 2014, un total de 3,8 milions de persones van emigrar cap algun dels 28 països que configuren la UE (Annex 1), s'estima que 1,6 milions eren ciutadans extracomunitaris. A 1 de Gener de 2015 el nombre de persones no nascudes a la UE però que hi residien representava el 3,9% de la població total. (Annex 2)^[1]

El comportament migratori dels països membres és variat, tot i que majoritàriament la zona nord ha estat sempre la més dinàmica, la zona central ha estat el principal focus d'atracció i la zona mediterrània ha estat la receptora d'immigrants procedents del nord d'Àfrica.^[2]

Els ciutadans extracomunitaris que resideixen legalment a la UE tenen un conjunt de drets i obligacions, així com els propis països tenen diferents maneres d'ajudar-los en el seu procés d'integració.

En la Declaració dels Drets Humans, proclamada per l'Assemblea General de les Nacions Unides a París, el 10 de desembre de 1948, l'Article 3 diu: "Tot individu té dret a la vida, a la llibertat i a la seguretat de la seva persona".^[3]

Estat migratori a Espanya

En el cas d'Espanya, durant l'any 2016 la població extracomunitària ha representat un 10% de la població total^[4] (Annex 3) essent un dels països que més extracomunitaris engloba ocupant el 5è lloc en la llista de la UE.

Aquesta configuració de l'Estat espanyol com a receptor d'immigrants ha donat lloc a un seguit de transformacions socials que han obert nous reptes a Espanya pel que fa a la convivència, la garantia dels drets fonamentals i la integració social en la diversitat.^[5]

Tot aquest conjunt de migracions, signifiquen un enriquiment en la cultura del lloc i un intercanvi de costums i creences que han tingut un especial impacte en relació al mercat laboral, econòmic, demogràfic i sobre els serveis públics on hi destaquem l'àmbit educatiu, social i sanitari.^[6]

Canvis a nivell sanitari a Espanya

La salut, és un recurs bàsic per la vida i un dels motors de desenvolupament tant econòmic com social; les polítiques envers els immigrants han d'anar dirigides al reconeixement dels drets a la llibertat, dignitat, igualtat i a la no discriminació per motius ideològics, religiosos, ètnics i de gènere.

Davant de l'increment de la diversitat cultural, el sistema sanitari ha de respondre per una banda amb una millora en les tècniques de gestió i atenció, i per l'altra en un avanç en les competències culturals^[6] del personal sanitari que també es veu influenciat pels seus propis valors culturals i personals^[7].

Actualment, ja s'han realitzat tot un seguit de canvis a nivell assistencial com és el cas de l'atenció sexual i reproductiva, programes d'atenció vacunal en immigrants extracomunitaris o canvis envers a les malalties infeccioses importades.^[8]

Malgrat aquestes adaptacions, hi ha moltes altres qüestions ètiques complexes que també generen importants reptes a l'hora d'oferir atenció sanitària als pacients extracomunitaris i/o a les seves famílies. Madeleine Leininger, fundadora de l'Infermeria Transcultural, sosté que percebre que les cultures tenen diferències i similituds és essencial per ser un professional culturalment competent.^[9] Per la seva densitat vivencial i el seu arrelament cultural, un exemple molt explícit el trobem en el procés d'etapa de final de vida.

Com descriu la literatura, al voltant d'aquesta fase poden acabar sorgint greus problemes de comprensió i comunicació entre professionals i pacients a causa de la falta de coneixement mutu sobre les característiques culturals de les parts implicades.^[10]

Etapa final de vida i diversitat cultural

Seguint les principals aportacions de les ciències socio sanitàries, coneixem bé la importància que té la dimensió cultural de la vida humana a l'hora de determinar la forma en què les persones ens relacionem amb el procés de salut-malaltia. Dintre d'aquest camp, cal destacar el condicionament cultural amb el que enfrontem i experimentem el procés d'etapa final de vida.^[11]

Tota la base de coneixements nous adquirits pels professionals sociosanitaris han de ser competents i aplicables en les diverses cultures. Segons la teoria de Leininger i el seu Model del Sol Naixent, no es poden separar les visions del món, l'estructura social i les creences culturals sobre la salut, el benestar, la malaltia o les cures quan es treballa amb cultures en què aquests conceptes mantenen una estreta relació.^[12] (Annex 4)

Cal treballar des de la personalització i l'evidència, ajudant-se de la participació activa del pacient/família i sempre d'una manera neutra visionant i entenent què es vol transmetre durant el procés.^[10]

Les cures de l'etapa final de la vida inclouen tot un seguit de pràctiques dirigides principalment a l'atenció física, als aspectes psicològics per tal que la persona expressi els seus temors,^[13] als aspectes tant socials com familiars proporcionant un ambient confortable, als aspectes relacionats amb l'entorn en el que el malalt és atès i finalment als aspectes espirituals.

Totes aquestes pràctiques tenen com a finalitat el respecte a les necessitats culturals i faciliten alhora l'accés del pacient a les seves pràctiques per tal que la persona visqui amb dignitat i coherència identitària l'última etapa de la vida conservant la capacitat per cedir les últimes voluntats i de poder prendre decisions sobre el seu cos i la seva vida respectant sempre les conviccions i valors que han guiat la seva existència.^[14]

Justificació

El dret a la salut va ser establert per la Constitució de l'OMS l'any 1946 i en el que s'hi recull que totes les persones, quan sigui necessari han de tenir accés a l'atenció sanitària de qualitat, sense discriminació per motius de sexe, edat, religió, nacionalitat o raça. L'OMS dóna suport a totes les polítiques que tenen per objecte oferir serveis d'atenció de salut als usuaris extracomunitaris independentment del seu estat jurídic, com a part de la cobertura sanitària universal.

En la Declaració Universal dels Drets Humans de 1948 es menciona la salut en l'Article 25 "Tota persona té dret a un nivell de vida que assegurï, així com a la seva família, la salut i el benestar, i especialment en quant a l'alimentació, el vestit, l'habitatge, l'assistència mèdica i els serveis socials"^[15]

La salut s'hi veu immersa en tots els aspectes de la vida i per això és tan important entendre la salut de la manera més amplia possible.

Adaptar-nos al medi és fonamental per garantir la supervivència i en un món tan globalitzat no hem de tenir por a les noves realitats sinó que senzillament hem de trobar la millor manera d'incorporar-les a les nostres vides.

S'està patint un col·lapse amb els models de societat donant com a resultat piràmides de població invertides i fent necessari uns corrents migratoris que inverteixin el seu sentit i que mitiguin l'envelliment de la població.

S'han de crear totes les estratègies necessàries per omplir de recursos i eines en la nostra societat en pro de la transformació social que vivim i viurem.

En el camí per normalitzar el procés de la diversitat social i cultural s'han de tenir en compte tots els organismes públics i privats que centren la seva activitat en la pròpia societat tals com els professionals sociosanitaris.

En aquesta transformació social resulta bàsic conèixer les diferents llengües, creences i religions que cada vegada més s'integraran i donaran lloc a una nova metodologia de treball.

Saber com tractar la vida, la mort i entendre la concepció del cos i de l'ànima des d'una perspectiva diferent, resulta necessari per estar en harmonia i protegir la nostra cultura, societat i civilització.

Aquest treball respon a la voluntat del coneixement d'aquesta realitat social per potenciar valors que dignifiquen la nostra professió com l'empatia i l'eficàcia en el resultat.

OBJECTIUS

Objectiu Principal:

- Conèixer l'impacte de la diversitat cultural en l'etapa final de vida del pacient immigrant extracomunitari hospitalitzat.

Objectius Específics:

- Identificar les particularitats culturals del pacient immigrant extracomunitari enfront l'atenció sanitària.
- Descriure la dimensió cultural i els requeriments específics del pacient immigrant extracomunitari en l'àmbit de les cures en l'etapa de final de vida.
- Identificar els orígens geoculturals més representatius en el nostre entorn sanitari i conèixer les seves particularitats culturals i rituals en relació a l'etapa final de vida.

METODOLOGIA

Disney d'estudi:

Es tracta d'un estudi observacional, descriptiu i transversal basat en la revisió de la bibliografia sobre estudis de caràcter demogràfic i sociològic i en el que s'hi descriu una situació. Realitzat entre el Novembre 2016 i el Juny del 2017 a l'Escola Superior de Ciències de la Salut Tecnocampus Mataro-Maresme.

Estratègia de cerca:

S'ha realitzat un revisió bibliogràfica en el que s'hi ha identificat articles originals sobre les diferents cultures de l'estudi i la diferenciació entre aquestes respecte la visió de la vida i la mort i la demanda sanitària, així com el posicionament envers la limitació del tractament.

S'ha realitzat la cerca en les següents bases de dades: Scielo, Medline (Pubmed) així com la revista Nursing 2016 que manté relació directa amb el tema d'estudi. Les paraules clau utilitzades han estat "culture", "hospice care", "terminal care", "palliative care", "islam", "hinduism", "judaism", "religion", "nurse", "end of life" "care culture", "transculturalidad", "diversidad", definides a partir de termes Mesh i combinades entre sí mitjançant els operadors booleans "AND" i "NOT".

Per la totalitat dels articles inclosos a l'estudi, s'ha utilitzat la base de dades Medline (Pubmed).

En la base de dades Medline (Pubmed), s'han utilitzat els Medical Subject Headings [MeSH] per la selecció dels articles:

- **Relacionats amb la cultura Musulmana:** "Islam", "terminal care", "palliative care", "nursing" i "pediatrics" i els operadors booleans (OB) utilitzats han sigut "AND" i "NOT".
 - Islam AND Palliative care AND Nursing: Obtenció de 4 resultats dels que s'han seleccionat 2 articles.
 - Islam AND Terminal care NOT Pediatrics: Obtenció de 107 resultats posteriorment s'ha utilitzat el filtre "Free Full text" que ha reduït la cerca a 11 resultats del que s'ha seleccionat 3 articles.
- **Relacionats amb la cultura Budista:** "Buddhism", "terminal care", "Palliative care", "euthanasia" i el operador boleanà (OB) utilitzat ha sigut "AND".
 - Buddhism AND Terminal care: Obtenció de 49 resultats dels que s'ha utilitzat 1 article.
 - Buddhism AND Palliative care AND Euthanasia: Obtenció d'11 resultats dels que s'han utilitzat 2 articles.
- **Relacionats amb la cultura Hinduista:** "Hinduism", "terminal care" i l'operador boleanà (OB) utilitzat ha estat "AND".
 - Hinduism AND Terminal care: Obtenció de 22 resultats dels que s'han seleccionat 2 articles.
- **Relacionats amb la cultura Jueva:** "Judaism", "terminal care", "palliative care" i l'operador boleanà (OB) utilitzat ha estat "AND".
 - Judaism AND Terminal care: Obtenció de 270 resultats, posteriorment s'ha utilitzat el filtre "Review" que ha reduït la cerca a 11 resultats dels que s'han utilitzat 3 articles.
 - Judaism AND Palliative care: Obtenció de 30 resultats dels que s'ha utilitzat 1 article.

Població i mostra:

L'estudi està centrat en articles que reuneixen unes condicions culturals diferents entre ells i amb el que posteriorment s'hi ha pogut fer una comparació entre les diferents demandes sanitàries. La mostra es centra en 13 articles seleccionats que compleixen els criteris d'inclusió i d'exclusió.

Variables d'estudi:

Autor principal, Any de publicació, País de publicació, Base de dades, Idioma de publicació, Tipus d'estudi, Visió de la vida i la mort, Demanda sanitària i espiritual, Presa de decisions autònomes i Limitació de tractament.

Criteris d'inclusió i exclusió:

Criteris d'inclusió: Articles relacionats amb cultura i cures en l'etapa final de la vida, articles relacionats amb l'Islamisme, Budisme, Judaisme i l'Hinduisme i documents amb anglès i castellà.

Criteris d'exclusió: Articles relacionats amb cures pediàtriques en l'etapa final de la vida i articles amb publicacions anteriors a 13 anys.

Anàlisi de dades:

L'anàlisi de continguts es realitzarà mitjançant l'anàlisi categorial temàtic.

Aspectes ètics:

Es garanteix l'ús correcte de les fonts bibliogràfiques i l'ús de la informació de manera fidedigne.

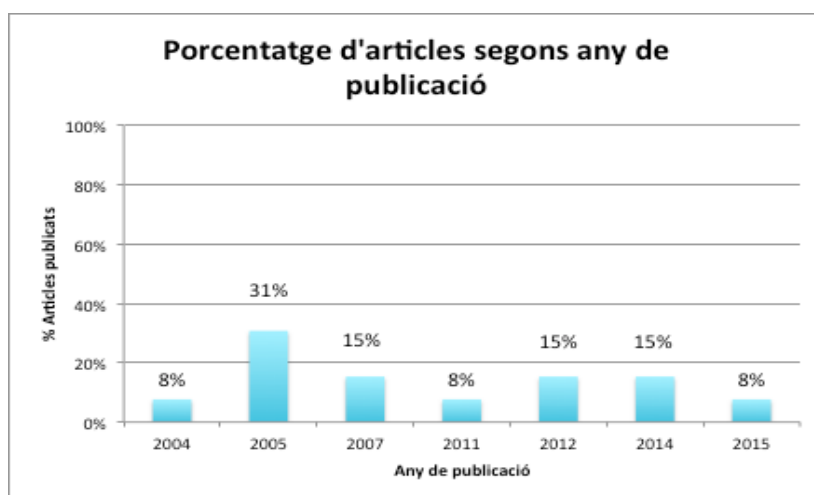
Limitacions:

Els articles que conformen la mostra fan referència a realitats assistencials de diferents països, pel que no ha permès centrar exclusivament aquest treball en la nostra realitat immediata.

RESULTATS

Al començament de l'estudi s'ha identificat un total de 493 articles, dels que posteriorment s'han seleccionat 114 articles amb la lectura corresponent dels seus títols i resums. Un cop exclosos els que no es consideren adequats a les necessitats de l'estudi sobre la percepció transcultural en l'Etapa Final de Vida (EFV), s'han analitzat 13 estudis. (Annex 5)

S'han inclòs articles originals publicats en anglès i que utilitzen mètodes d'estudi descriptius, observacionals i transversals. Totes les investigacions realitzades són qualitatives i posteriorment s'han interpretat i analitzat les relacions de significat que es produeixen en les cultures d'estudi.



Cap dels articles seleccionats per portar a terme aquest treball són anteriors al 2004 i el major número d'estudis es concentra en el 2005 (4 estudis). (Figura 1)

(Figura 1)

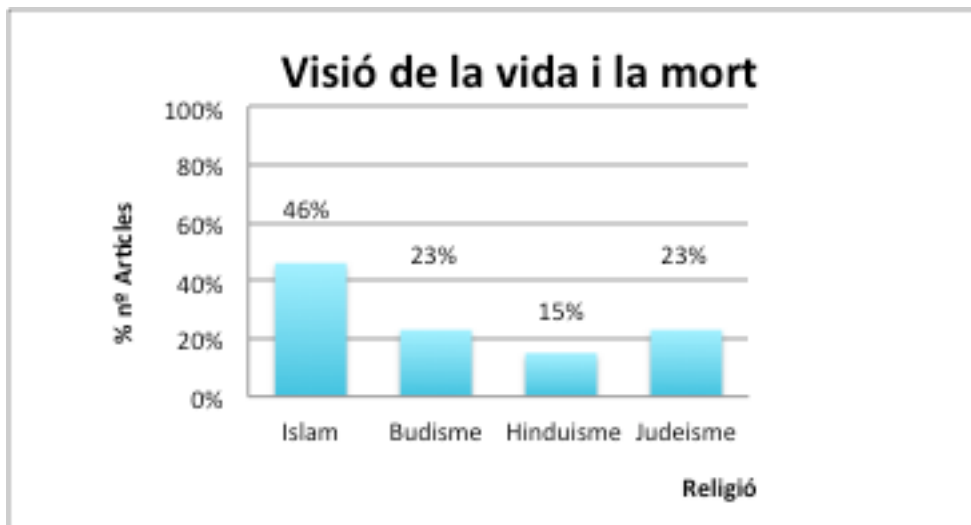
Per elaborar i complir amb l'objectiu principal de l'estudi s'ha utilitzat unes variables que van directament relacionades amb la identificació de les particularitats culturals enfront l'assistència sanitària i en la coneixença dels requeriments específics de cures sobre l'EFV.

Aquestes variables engloben la visió de la vida i de la mort, és a dir, de la concepció que tenen culturalment parlant, la demanda sanitària tant en l'àmbit espiritual com físic, la capacitat en la presa de decisions en l'EFV i quins són els valors sobre els quals es regeixen en quan a la limitació del tractament, ja que aquesta etapa és una etapa que té una data de finalització que tant pot durar mesos, dies o hores.

Pel que fa a la variabilitat de la visió de la vida i la mort en la diversitat de cultures d'aquest estudi i els rituals que aquestes inclouen, s'han de tenir en compte els missatges d'espiritualitat que s'hi donen per poder així oferir alternatives i/o oferir els recursos necessaris per suplir les demandes que s'hi precisen.

En aquest treball s'ha vist reflectit com el 46% del total d'articles de l'estudi corresponen a la religió Islàmica i en un menor percentatge, un 15%, a la religió Hinduista. (Figura 2)

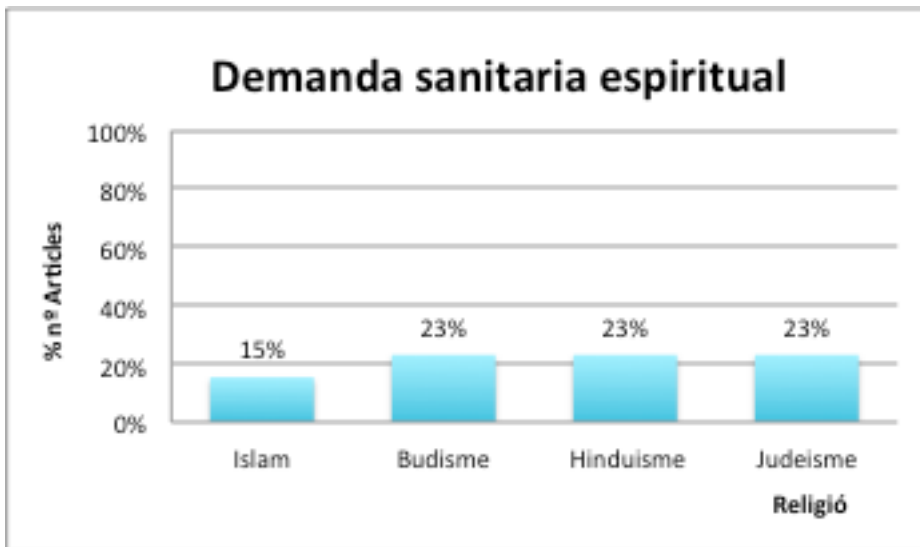
- **Variabilitat en la visió de la vida i la mort** (Figura 2)



En relació a la variabilitat sobre la demanda sanitària i espiritual i d'acord amb els valors culturals i morals de cada una de les cultures, s'ha de facilitar durant el procés d'atenció i segons les circumstàncies una personificació sobre les cures més digne en els últims dies de la vida.

En aquest present estudi i sobre els articles en el que es basa, el 23% com queda reflectit, pertanyen a les demanes que es precisen durant el procés de l'EFV en la religió Budista, Hinduista i Jueva, per altra banda en aquest sector el 15% pertanyen a articles relacionats amb l'Islamisme. (Figura 3)

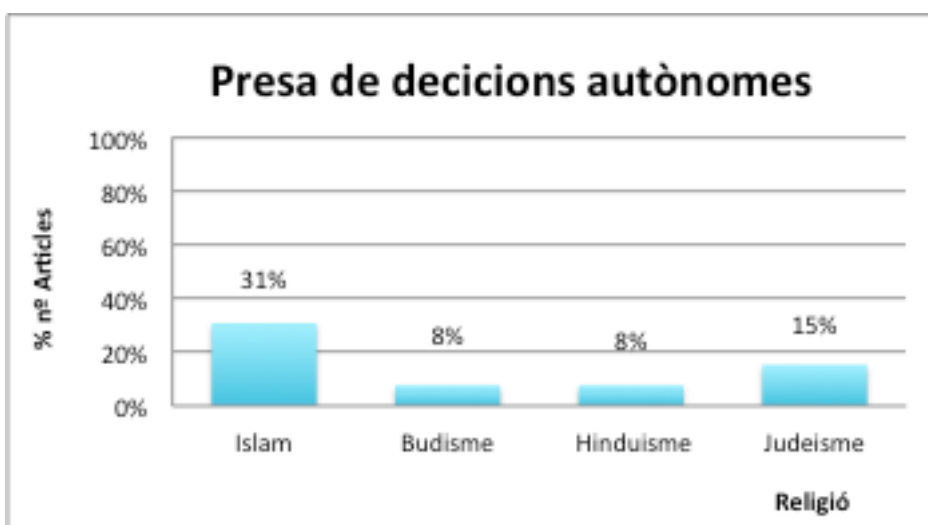
- Variabilitat sobre la demanda sanitària i espiritual (Figura 3)



Per elaborar aquesta condició s'ha de partir de la base que l'autonomia és aquella capacitat que té una persona per determinar accions sobre un mateix i actuar per altra banda per la seva pròpia seguretat, fet que implica entre d'altres, la responsabilitat.

Constantment les persones, prenem decisions sense que la nostra ment en sigui conscient, però quan es tracta de matèria de salut, en les religions d'estudi, el 31% dels articles coincideixen que per l'Islam la família pren un paper molt important durant el procés, així com en els hebreus el 15% precisa la presència d'un referent espiritual. (Figura 4)

- Variabilitat sobre la presa de decisions autònomes (Figura 4)

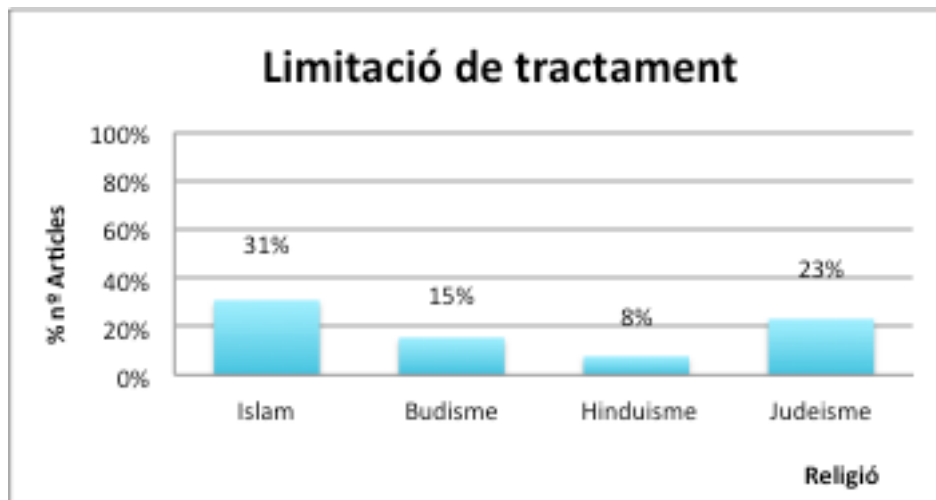


Els avanços tecnològics han permès crear fàrmacs i màquines que substitueixin els òrgans que han estat afectats per una malaltia, retardant d'aquesta manera la mort.

En aquest apartat s'ha vist quina és la predisposició sobre la limitació de tractament d'acord amb els valors culturals.

El major número d'articles que parlen sobre l'ètica en la decisió envers la limitació del tractament, corresponen a l'Islam amb un 31% dels articles totals, i tan sols el 8% dels estudis parlen sobre l'Hinduisme. (Figura 5)

- **Variabilitat en la limitació de tractament** (Figura 5)



DISCUSSIÓ

Variabilitat en la visió de la vida i la mort:

Del pacient Islàmic:

Segons mostren en els seu estudi *J.Saccomano i A.Geraldine, 2014*^[16] per a molts pacients musulmans és Déu qui permet la mort i és Déu qui controla la seva vida, és a dir, renunciar a l'esperança de vida va en contra de l'ensenyament religiós. Directament relacionat amb la pèrdua de la fe en Déu, *O'Kelly, Urch C et al, 2011*^[17] i *Brawn E, 2012*^[21] discuteixen en quin grau la probabilitat de mort es considera irrespectuosa amb la seva religió i la seva creença en el poder de Déu.

Ambdós estudis conclouen que per als musulmans, la vida és sagrada perquè Déu és l'origen de la persona i el seu destí; com diu l'Alcorà: "No se li dona a cap ànima que mori, sinó amb el permís d'Al·là en un temps determinat" (3:145).

En la literatura filosòfico-religiosa islàmica, la mort és considerada un renaixement, una porta d'entrada a un altre món i per a ells és millor dir-li vida a la mort, tal i com remarca en el seu estudi *Zahedi F, Larjani B et al, 2007*^[18].

La visió del món del pacient musulmà cap a la salut i/o malaltia incorpora la noció de rebre el procés amb paciència, meditació i oracions. Tots els patiments relacionats en aquesta etapa són una prova d'Al·là. La salut i la malaltia és un continu de la persona i per a ells l'oració segueix sent el pilar de la salvació en tot el procés de la vida.

En el context islàmic, no hi ha espiritualitat sense pensaments ni pràctiques religioses ja que faciliten el camí espiritual cap a la salvació i són considerades com una forma de vida, tal com ens explica en el seu article *Cheraghi M, Payne S et al, 2005*^[19].

Segons *Gatrad i Sheik, 2001*, tots els principis reguladors en les fonts que conformen el mode de vida Islàmica, i que els musulmans utilitzen per interpretar els textos fonamentals de l'Islam per tal de deduir-ne la llei islàmica, proporcionen un marc moral i jurídic per abordar les qüestions relacionades amb les condicions humanes.

L'Islam per un altre costat en l'estudi recollit per *Puteri Nemie JK i Alias F, 2015* ^[20] reconeix que hi ha moments en els que els éssers humans necessiten reconèixer els seus propis límits i deixar que la naturalesa de la vida segueixi el seu curs.

Del pacient Budista

Masel K, Schur S et al, 2012^[22] i *Keown D, 2005*^{[23][24]} exposen en els seus articles que el Budisme relaciona la mort amb la vida i que el cos i la ment no es consideren entitats separades i independents. En aquesta etapa, el cos pot ser controlat mentre que la ment pot romandre clara fins al final a través de la meditació que s'exerceix com un mitjà per l'atenció plena i la claredat mental.

La persona ha de preparar-se psicològicament per entendre aquesta nova realitat i no permetre que el dolor i l'ansietat que genera l'EFV interfereixi amb les seves capacitats humanes i/o religioses i acceptar la mort amb la "ment buida", la tranquil·litat i la dignitat necessària per obtenir un millor renaixement, tal i com explica *Keown 2005 i Zahedi et al, 2007* en el seu article on afirma que la mort és una experiència que s'experimenta moltes vegades.

Keown D, 2005^[23] mostra també la base de la doctrina budista com és les Quatre Nobles Veritats, que inclouen:

- **El patiment:** La malaltia, la mort, la separació del que és agradable i la unió amb allò desagradable, la no obtenció del que es desitja i els cinc Skandhas descrits com a sensacions del cos humà (forma física, sensacions, percepcions, formacions mentals i consciència).
- **L'origen del patiment:** La set de la vida, la luxúria, l'odi, la ignorància i la il·lusió
- **L'origen i el final del patiment:** Eliminar l'arrel del sofriment donant com a resultat la fi del mateix.
- **La noble veritat del camí:** el camí que porta a l'alliberament del patiment amb accions com el pensament correcte, l'esforç correcte i les accions correctes.

Per altra banda, la mort es produeix quan el cos està desproveït de tres aspectes, la vitalitat (Ayu), la calor (Usma) i la sensibilitat (Viññana).

Del pacient Hindú

En l'estudi de *Bhuvanewar C, i Stern T, 2012*^[24] s'hi recull que l'Hinduisme és un estil de comportament i una actitud enfront la vida i el món que rodeja l'individu. El mateix escrit fa menció a *Flood, 1996* quan explica la comprensió de l'Hinduisme que tant creuen en un Déu denominat Brahman de qui procedeixen totes les altres religions com poden també venerar diversos Déus a la vegada amb diferents formes humanes que intervenen en ajuda humanitària.

Segons *Deshpande O, Carrington M et al, 2005*^[25] la doctrina Hinduista no requereix ni exigeix costums, rituals específics, pràctiques obligades o l'assistència a temples, responent més a una filosofia que a una religió organitzada.

D'acord amb la teoria Kàrmica, l'objectiu d'un hindú és poder involucrar-se en les accions que el porten a la il·luminació eliminant les capes d'ignorància i possibilitant la realització de l'ànima immortal, Atman, com a principi de vida dels éssers vius que permet la salvació espiritual.

En les dificultats que poden sorgir enfront de l'EFV, és essencial que la comprensió de la creença no es limita tan sols a una vida. En les seves escriptures no consideren que la mort tingui un final, amb la qual cosa per a molts hindús pot no existir aquest temor o de la mateixa manera pot ser reduït.

En aquest sentit, *Bhuvanewar C i Stern T, 2012*^[24] conclou que la mort es veu més com una transició i prohibeixen la lamentació excessiva ja que es creu que aquesta dirigeix l'energia emocional negativa cap als morts.

Del pacient Jueu

Un recent article de *Puteri Nemie, 2015* reforçat per *Loike et al., 2010*, relaten com per als Jueus la vida és el major valor de la persona i que l'envelliment, la malaltia i la mort formen part del camí natural de la vida i els éssers humans tenim tant la missió com l'obligació de curar i cuidar-nos els uns als altres.

En la llei Jueva, expliquen *Pattison N, 2007*^[26] i *Dorff E.N, 2005*^[27], els pacients trien prendre unes decisions no només basades en el que ells mateixos poden pensar, voler o sentir, sinó que inclouen a Déu pel fet que el seu cos pertany a Ell i cal que actuïn en conseqüència.

En l'EFV les persones que s'hi enfronten miren la llei de Déu amb l'ajuda del Rabí que com a expert és l'encarregat de donar consells abans de prendre les decisions més adients per l'atenció que cal proporcionar.

El pacient Jueu té la obligació sempre de buscar un tractament beneficiós per ser curat inclús en els casos més difícils, aquest fet es dedueix del passatge de l'últim text del Torà "*Tingueu, doncs, bona salut per a vosaltres mateixos*" (Deuteronomi 4:15).

En l'EFV hi ha dues fases reconegudes per als jueus, una és el Treifah (defectes) i l'altra es denomina Goses (morir).

- **Treifah:** definit com la presència d'una "malaltia que no té cap remei i segurament causarà la mort" (Maimunides, Mishnah Torah)
- **Goses:** és el pacient descrit pel personal que s'encarrega de les cures finals, segons el Rabí Solomon Isaac "*qui tanca els ulls d'un goses al moment de la mort és un assassí*".

Variabilitat de la demanda sanitària i espiritual en EFV

Del pacient Islàmic:

J.Saccomano i A.Geraldine, 2014^[16], exposa que les cures al final de la vida en la cultura musulmana es basen en la reducció del dolor i la reducció del patiment, és a dir que el pacient que pateix una malaltia terminal pot rebre analgèsics fins al moment de la seva mort.

Aquest dolor s'assenyala en l'Alcorà com una prova per confirmar l'estat espiritual d'un pacient i funciona com un instrument que revela el propòsit de Déu per recordar que en l'última etapa de la vida els fidels pertanyen i retornen a ell, tal com es llegeix a l'estudi de Zahedi F, Larijani B et al, 2007^[18].

Seguint amb l'estudi, cal considerar en el procés de cures de l'EFV aspectes físics i espirituals en els que prima el respecte i la empatia cap al pacient, tals com:

- El pacient musulmà pot recórrer a la lectura de l'Alcorà durant l'hospitalització ja que això li proporciona tranquil·litat.
- Orar a Al·là pot reduir-li el patiment, s'ha de tenir en compte que abans de resar necessiten accés a l'aigua. Per als musulmans, hi ha oracions obligatòries que es realitzen 5 vegades al dia amb la creença que s'estableixi un vincle entre la persona i Al·là.

- És essencial que un Imam o un altre líder espiritual hi sigui per proporcionar la funció religiosa apropiada.
- En cas d'allitament el pacient ha de ser col·locat amb la cara i la planta dels peus adreçats a la Qiblah (la Meca).
- Quan la mort és pròxima, tant els amics com els parents han de ser cridats per tal de reunir-se al seu voltant per llegir els 12 Imams (successors espirituals i polítics de Mahoma) i altres dogmes de fe, així com recitar conjuntament amb el pacient, si està en condicions, versicles de l'Alcorà i a demanar perdó a Al·là.
- El pacient pot ser proveït d'unes gotes d'aigua beneïda importada de Kerbalah, terra on el Imam Hussein (nét del profeta) està enterrat.
- El primer capítol de l'Alcorà (Fatehah) es llegeix tradicionalment a les persones que estan en situació d'últims dies i també un cop aquest a mort.

Del pacient Budista

Focalitzar l'atenció en centrar la ment a través de la meditació enlloc de considerar aspectes de dolences físiques és la base pensament del pacient budista, fins i tot si estem parlant de malalties incurables, com apunten *Masel K, Schur S et al, 2012*.^[22]

Com a doctrina que es regeix per una ideologia, s'identifiquen demandes particulars a l'hora de ser atesos, tals com:

- Si s'atén a un monjo o monja, no seria apropiat compartir habitació mixta i preferiblement volen ser tractats per personal del mateix sexe
- No tenen preferència envers a la higiene, purificació o dieta.
- Cal tenir present que alguns budistes poden no estar disposats a prendre medicació per alleujar el dolor, fins i tot els que es troben en condicions terminals poden preferir estar tan alerta com sigui possible ja que per ells l'analgèsia pot perjudicar les seves capacitats mentals o sensorials, com senyala *Keown D, 2005*.^[23]
- Tant la nutrició artificial com la hidratació no pot ser discontinuada, segons es llegeix a l'estudi de *Bhuvanewar C i Stern T, 2012*.^[24]

Del pacient Hinduista

Durant l'hospitalització, el pacient hindú té les seves preferències a l'hora de l'atenció així com la seva manera d'afrontar l'EFV en la que és important ser atès des de la igualtat assistencial.

Hem de destacar que els hindús en aquest procés prefereixen:

- No utilitzar una bata d'hospital amb el respall obert .
- Seguir usant un fil sagrat al voltant del coll, en el cas de ser dones es denomina "mangal-sutram" que simbolitza l'estatus de casada.
- No tenir l'orinal col·locat directament en el llit o no deixar-lo en el mateix costat que on va el menjar
- No compartir temes sexuals discutits per una altre pacient al igual que no tenir en l'habitació revistes o programes que en parlin.
- Utilitzar el silenci o minimitzar la conversa que no sigui essencial amb l'objectiu de calmar la ment i així poder preparar-se per la mort (mahaplasthana o gran viatge), segons l'article de *Ghos & Khan, 2005*.^[24]
- Mantenir una dieta estrictament vegetariana. Pel mateix autor el consum de carn està sancionat en aquesta etapa, tal com diu: "alguns poden convertir-se en vegetarians al final de la vida per facilitar la neteja". Seguint la mateixa línia, cal mencionar que tampoc permeten que la carn o l'alcohol siguin portats al company d'habitació.
- Morir a casa envoltat de la família i contactar amb un sacerdot hindú per cobrir la espiritualitat de l'última etapa a través de certs rituals, benediccions i lectures del Bhagavad Gita, text sagrat hinduista com explica *Pattison N, 2007*^[26]. En el cas que no pugui morir a casa, segons parla *Ghos & Khan, 2005*, caldrà tenir un petit santuari decorat amb flors i encens així com una fotografia d'una deïtat com diuen *Deshpande O, Carrington M et al, 2005*.^[25]

Del pacient Jueu

Tots els estudis coincideixen en què pels jueus, la Halajá (norma religiosa) considera que l'alimentació i la hidratació són components essencials de la vida a la que tothom té dret. Els rabins no ho consideren com una atenció mèdica sinó com una atenció bàsica amb la qual cosa no es pot negar a cap pacient moribund o amb malaltia terminal cap d'aquests components, tal com mencionen *Puteri Nemie JK i Alias F, 2015*^[20] i *Barry M i Kinzbrunner MD, 2004*^[28] en els seus estudis.

En els mateixos estudis i reforçat per *Dorff E.N, 2005*^[27], els jueus permeten la prescripció de medicaments per al dolor que apressen la mort, sempre que el motiu real no tingui la finalitat d'acabar amb la vida.

Poden sol·licitar tractament d'alt risc però baix benefici, és a dir, que el tractament tingui efectivitat positiva cap a la curació i poder així eliminar-los de la categoria d'un Treifah.

Durant aquest procés, el pacient passa diverses situacions tant físiques com emocionals i tant l'equip mèdic, la família i el propi pacient han de prendre una sèrie de decisions parcials fins arribar a la definitiva. És en aquell moment que cal analitzar qui l'ha de prendre i si com deia Plató, segons l'article de *O'Kelly, Urch C et al, 2011*^[17], els valors de les mentides misericordioses tenen un reconeixement especial si són utilitzades per mantenir l'esperança de vida.

Variabilitat en la presa de decisions autònomes

Del pacient Islàmic

Segons *O'Kelly, Urch C et al, 2011*^[17], en l'islam la família proporciona una gran font d'esperança i la informació relativa a la malaltia que sofreix un pacient pertany al conjunt dels familiars que després l'utilitza en el millor interès pel pacient, podríem dir doncs, que la família és el lloc on s'inicia el procés de presa de decisions.

Abans de prendre una decisió final, el personal mèdic ha de consultar amb la família o a un especialista en ètica islàmica o a un erudit islàmic. Tal hi com parlen *Cheraghi M, Payne S et al, 2005*^[19] i reafirmen *Puteri Nemie JK i Alias F, 2015*^[20] al igual que *Brawn E, 2012*^[21] en la participació conjunta de totes les persones associades al pacient durant tot el procés.

Del pacient Budista

Segons *Keown D, 2005*^[23] el Budisme prioritza la saviesa, l'ètica i l'entrenament de la ment per sobre la moralitat. D'alguna manera aspiren a ser savis a través d'una conducta ètica que els ajudi a controlar la ment obrint la porta al dolor mentre mantenen la calma i la quietud de la ment.

La revisió del mateix article ens aporta el missatge d'igualtat en el tracte que el pacient ha d'experimentar per mantenir la justícia i fer prevaldre l'emoció humana com a base i focus principal de la vida.

Del pacient Hindú

Deshpande O, Carrington M et al, 2005 ^[25] plantejen l'escenari on la família pot desitjar que el pacient no sàpiga els detalls de la malaltia, tant és així que el membres que la formen poden prendre decisions seguint una jerarquia específica establerta.

Del pacient Jueu

Els jueus estan obligats a buscar atenció mèdica tant preventiva com curativa i seguir els consells de l'expert responsable de preservar la seva salut. Amb paraules de *Dorff E.N, 2005* ^[27] els pacients hebreus conjuntament amb el Rabí expert tenen el dret d'escollir la teràpia legítima que ofereixi una varietat més àmplia dels diferents beneficis i càrregues associades al procés de curació.

La llei jueva permet la no ocultació de la veritat sobre la situació que viu el pacient ja que consideren que contra més informació tingui més senzill se li farà afrontar la realitat que li toca viure. Al mateix temps però permet que no es digui la veritat sobre l'origen i la naturalesa de la seva malaltia ja que consideren que pot ser perjudicial en tant la preocupació que la notícia comporta i la possibilitat de l'escurçament de la seva vida.

Per contra, segons apunta *Barry M i Kinzbrunner MD, 2004* ^[28] en el seu article, exercir el dret a la informació de la pròpia situació sense la possibilitat de conèixer-ne l'origen dona com a resultat el fet que el pacient no podrà fer cap pregunta al respecte de la seva realitat.

Variabilitat en la limitació de tractament

Del pacient Islàmic

Degut al l'encobriment de la veritat i de la presa de decisions, la família pot decidir començar amb un tractament ineficaç que a la vegada pot provocar un conflicte entre el personal mèdic pel dilema que comporta de si respectar l'autonomia del pacient o la decisió de la família.

El principi de beneficència és el d'alleujar el patiment i la de no infligir danys secundaris associats amb el tractament. Per aquest motiu, *O'Kelly, Urch C et al, 2011* ^[17] i *Zahedi F, Larijani B et al, 2007* ^[18] recullen en el seu estudi que no és acceptable en l'Islam recórrer a tractaments fútils amb la finalitat d'ajornar la mort.

L'escriptura sagrada pels musulmans diu: "tot aquell qui pren una vida humana, és com si hagués pres la vida de tota la humanitat" (Alcorà 5:32), s'entén doncs que està totalment prohibit acabar amb la vida d'una persona, tot i que quan la mort és inevitable i el tractament que es proporciona és inútil, l'administració d'aquest deixa de ser obligatòria (*Khan 2002*), tal i com es recull en l'estudi de *Puteri Nemie JK i Alias F, 2015*^[20].

La vida és divina i no pot ser acabada per cap intervenció humana, activa o passiva, ja que aquesta està fixada per un decret diví. Malgrat això, l'estudi de *Brawn E, 2012*^[21] conclou que retirar els tractaments que sustenten la vida del pacient quan es considera "inútil" és permetre a la mort prendre el seu curs natural.

Del pacient Budista

Les Lleis budistes no imposen requisits especials envers el tractament mèdic, cap terme és sinònim d'eutanàsia ja que és contrari al primer precepte budista que prohibeix la mort intencional.

Buda va incloure en les seves escriptures: "Si algú privés intencionalment a una persona de la vida o busqués a un portador de ganivets per ajudar-lo a acabar amb la seva vida o elogiaria a la mort o incitaria algú a dir "la mort seria millor per tu que la vida", seria una persona que no està en comunió religiosa, és a dir, que s'ha derrotat religiosament."

Pel Budisme és d'engany (moha) buscar perllongar la vida més enllà de la seva extensió natural tot i que les tecnologies cada cop són més innovadores en el terreny del manteniment de la vida. Per tot, tant Segons *Keown D, 2005*^[23] com *Puteri Nemie JK i Alias F, 2015*^[20] afirmen que el rebuig a la intervenció mèdica quan el final de la vida és imminent no es considera immoral i, de la mateixa manera, la disminució del tractament a causa de l'acceptació per la impossibilitat de la recuperació i la inevitabilitat de la mort és igualment legítim.

Del pacient Hindú

Segons *Deshpande O, Carrington M et al, 2005*^[25], degut a la connexió Karmica que professen els Hindús, els procediments de prolongació o de manteniment de la vida poden interpretar-se com una interferència potencialment maliciosa amb el Karma individual.

Del pacient Jueu

El judaisme considera un assassinat ajudar a facilitar un procés de mort a un pacient terminal o ser partícip de qualsevol forma que acabi amb la vida de l'altre, de fet, pels hebreus el suïcidi no és una opció honrosa de morir.

Per l'autor *Dorff E.N, 2005*^[27] així com per *Barry M i Kinzbrunner MD, 2004*^[28], En el Judaisme es restringeix el permís a retirar o retenir el tractament en situacions en les quals se suposa que el pacient morirà dins de les 72 hores i que a més ha perdut el reflex de la deglució, tanmateix si s'inicia el tractament i només es perllonga la vida en un període menor a un any complet, és prohibeix l'inici del mateix.

En el mateix article es fa menció que El Comitè de Moviments Conservadors sobre els Estàndards Jueus diu que tan aviat una persona sigui diagnosticada amb una afectació incurable en els òrgans vitals o una malaltia terminal (Terifah) existeix el permís per retenir o retirar drogues i màquines de conservació pel millor interès del pacient.

D'aquesta manera també es prohibeix l'ús de quantitats excessives de morfina quan existeix la possibilitat que aquesta condueixi a la mort. Malgrat tot, com diuen *Puteri Nemie JK i Alias F, 2015*^[20] si les accions van dirigides al manteniment de vida, com un respirador o marcapassos cardíac, la retirada d'aquestes mesures queden prohibides.

CONCLUSIONS

Un cop analitzades aquestes grans religions trobem moltes diferències des del punt de vista de la creença i una de comuna pel que fa a la cura del pacient que es troba a la etapa final de vida.

L'Hinduisme i el Budisme no professen el culte a un sol Déu creador que justifica la seva existència i que els protegeix en el seu camí de la vida a la plenitud de la mort, sinó que posen èmfasi en la persona i la seva conducta (llei del Karma) per trobar la felicitat un cop es traspasa a la realitat de la mort.

El Judaisme i l'Islam per la seva banda creuen en un sol Déu que és pare i que els regeix la vida i la mort i basen de la seva existència, de la seva importància i de la seva presència a un únic Déu.

Totes elles però, coincideixen en què l'etapa final de vida ha de minimitzar tant el dolor del pacient com el de la família. No s'ha d'intentar allargar la vida del pacient amb tractaments inútils un cop la mort sembla inevitable. En alguns casos, Jueus i Musulmans, la consulta a representants espirituals resulta fonamental en la presa de decisions sobre el tractament a seguir i moltes vegades s'oculta la veritable informació a la família i al pacient per minimitzar el dolor.

La vida i la mort signifiquen els dos costats de la mateixa moneda. El respecte a la vida és el respecte a la mort, tant si es té un Déu en el punt de referència com si s'aprèn a viure a partir d'uns principis integradors, tenir cura d'un bon final significa un bon començament en el nou camí de la mort.

La reencarnació per l'Hindú, el Nirvana pels Budistes, Déu pels Jueus o Al·là pels Musulmans, no són més que expressions d'un desig de donar sentit a l'únic misteri de la nostra existència que se li segueix negant a la ciència com es la mort.

És un fet inevitable doncs, que tots nosaltres tinguem la necessitat d'integrar allò que no comprenem.

Sembla clar doncs que les creences han estat, són i seran importants mentre se'ns resisteixi la veritat, però sempre ha estat, és i serà necessari respectar i dignificar la vida de tots els éssers humans independentment del seus pensaments i creences.

L'etapa final de vida és un dels moments més transcendents de la nostra existència i aquest treball vol aportar un punt de comprensió a la praxis que els professionals han d'adquirir per tractar als pacients amb la màxima de respecte i comprensió tenint en compte les diferències que les seves creences demanem en funció de la nostra identitat cultural.

IMPLICACIÓ A LA PRÀCTICA PROFESSIONAL

En l'exercici de la professió d'infermeria van unides unes característiques i unes necessitats de les quals la societat en té certa dependència.

Per abordar la implicació a la pràctica professional cal remarcar la necessitat de més gestors culturals per fer de mediadors entre la participació social i el consum de la transculturalitat per obtenir resultats basats en l'eficàcia, l'eficiència, la flexibilitat i el coneixement.

La cultura és fonamental en el procés d'aprenentatge i al mateix temps la multiculturalitat es converteix en debat social imprescindible. La cultura és un factor clau en l'equilibri social.

En la pràctica social, sempre s'ha vist vinculada la resolució de problemes tant a nivell grupal com individual, ja que sobre d'aquestes s'obren un ventall d'opcions que fan referència a l'etapa final de la vida. Per això, a nivell de la seva cultura, resulta adequat i necessari elaborar uns protocols interns d'actuació per fer front a la mort i als tractaments que per ella se'n deriven.

CRONOGRAMA TREBALL FI DE GRAU

Setembre						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Octubre						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Novembre						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Desembre						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Gener						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Febrer						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

Març						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Abril						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Maig						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Juny						
DL	DM	DC	DJ	DV	DS	DG
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Elecció del tema	
Planificació del treball	
Lliurament del registre del TFG	
Objectius	
Jornada informativa TFG	
Recerca Bibliogràfica	
Tutories presencials	
Introducció	
Metodologia i justificació	
Lliurament de la Memòria de Seguiment	
Exposició oral de la Memòria de Seguiment	
Elaboració de la Memòria Final	
Lliurament de la Memòria Final	
Exposició oral de la Memòria Final	

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- [1] Eurostat: Statics Explained. Estadística de migración y población migrante [internet]. Última actualización Mayo de 2016. Consultat el Febrer de 2017. Disponible a:
http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/es#Estad.C3.ADsticas_de_migraci.C3.B3n_y_poblaci.C3.B3n_migrante
- [2] Declaración Universal de los Derechos humanos. 1948. Disponible a:
http://www.palestina.cat/wpcontent/uploads/2013/01/declaracion_Univ_Derechos_Humanos.pdf
- [4] Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población a 1 de julio de 2016 Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2016 [Actualizado el 24 enero 2017].
- [5] Mora A. "El impacto de la inmigración en la transformación de la sociedad española." (2011). Disponible a: <http://www.valencia.es/ayuntamiento/bienestarsocial.nsf>
- [6] Blanco Moreno A, Hernandez Pascual J. El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal. Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid, España. Recibido el 10 de agosto de 2009. Aceptado el 31 de agosto de 2009.
- [7] Penthey O'Kelly C, Urch C, Brown E . The impact of culture and religion on truth telling at the end of life. Vol.26 Issue 12. Recivido: 23 de Septiembre 2011; Aceptado: 26 de Septiembre 2011.
- [8] Ministerio de Sanidad y Política Social. Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen (VFRs) 2009. Gobierno de España. Disponible a:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/enfInflmporPaisesOrigen.pdf>
- [9] Castillo Martínez A, Fernández Pujazón R. Enfermería Transcultural en Salud Laboral. Revista julio 2015. Acceptat el Juny de 2015
- [10] Oliva J, Perez G. Inmigración y salud. Universidad de Castilla-La Mancha, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Toledo, Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Agencia de Salud Pública de Barcelona. Gac Sanit. 2009;23(Supl 1).
- [11] Shanmugasundaram S, O'Connor M, Sellick K. Culturally competent care at the end of life. A Hindu perspective. End of Life Care, 4 (1), 26-31. St Christopher Hospice, London, UK. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10755/313364>

- [12] Marriner-Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 5a ed. Madrid: Elsevier España; 2003.
- [13] Simone Gustavo G. El final de vida: Situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. Acta bioethi. [Internet]. Juny de 2000; 6(1): 47-62. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100004>.
- [14] Mora A: Inmigración, participación e integración ciudadana: hacia una nueva configuración de la ciudadanía. En: Solanes, A. (ed.): Derechos Humanos, migraciones y diversidad: los retos actuales, Valencia, 2010.
- [15] Declaración Universal. Declaración Universal de los Derechos humanos. Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra; Centro de Documentación Bioética. [Aprobado 10 Diciembre 1948; Comprobado 27 Mayo de 2003.
- [16] Saccomano JS, Abbatiello GA. Cultural considerations at the end of life. The Nurse Practitioner Vol. 39, No. 2 Febrero 2014 [pag 27].
- [17] O'Kelly C, Urch C, Brown E. The impact of culture and religion on truth telling at the end of life. Imperial College School of Medicine. London, UK, Department of Palliative Care, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK and Renal Department, Imperial College Kidney and Transplant Centre, Hammersmith Hospital, London, UK. Nephrol Dial Transplant (2011) 26.
- [18] Zahedi F, Larijani B, Tavakoly Bazzaz J. End of life ethical issues and Islamic views. Iran J Allergy Asthma Immunol 2007; 6: 5–15.
- [19] Cheraghi M, Payne S, Salsali M. Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: experiences from Iran. International Journal of Palliative Nursing, 2005, Vol 11, No 9.
- [20] Puteri Nemie JK, Alias F. Religious, Ethical and Legal Considerations in End-of- Life Issues: Fundamental Requisites for Medical Decision Making. Springer Science Business Media New York 2015.
- [21] Brown E. Ethnic and cultural challenges at the end of life: Setting the scene. Imperial College Renal and Transplant Centre, Hammersmith Hospital, London, UK 2014.
- [22] Eva K, Masel MD, Sophie Schur MD, Herbert H, Watzke MD. Life is Uncertain. Death is Certain. Buddhism and Palliative Care. Department of Internal Medicine. Medical University of Vienna, Austria. Vol. 44 No. 2 August 2012 Journal of Pain and Symptom Management.
- [23] Keown D. End of life: the Buddhist view. Goldsmiths College, University of London, London, UK. Lancet 2005; 366: 952–55.

[24] Bhuvaneshwar C, Stern T. Teaching cross-cultural aspects of mourning: A Hindu perspective on death and dying. *Palliative and Supportive Care* (2013), 11, 79–84. Cambridge University Press, 2012. Received August 22, 2012; Accepted September 14, 2012.

[25] Deshpande O, Carrington M, Rao A. Attitudes of Asian-Indian Hindus Toward End-of-Life Care. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 53, Nº 1, 2005, págs. 131-135.

[26] Pattison N. Care of patients who have died. Royal Marsden Hospital, London. Date of acceptance: October 30 2007.

[27] Dorff EN. End-of-life: Jewish perspectives. University of Judaism, 15600 Mulholland Drive, Bel Air, USA, Vol366. September3,2005.

[28] Barry M, Kinzbrunnerl M.D. Jewish Medical Ethics and End-of-Life Care. *Journal of palliative medicine*. Volume 7, Number 4, 2004, Miami.

ANNEXES

Annex 1

Immigració per nacionalitat al 2014 a la UE (*)

	Total immigrants			Nationals			Non-nationals					
	Total		Citizens of other EU Member States	Total		Citizens of other EU Member States		Citizens of non-member countries		Stateless		
	(thousands)	(%)		(thousands)	(%)	(thousands)	(%)	(thousands)	(%)	(thousands)	(%)	
Belgium	124.8	17.6	14.1	105.9	84.9	64.6	51.8	41.3	33.1	0.0	0.0	
Bulgaria	26.6	9.5	35.7	17.0	64.0	1.4	5.4	15.3	57.4	0.3	1.2	
Czech Republic	29.9	5.8	19.3	24.1	80.7	14.8	49.3	9.4	31.4	0.0	0.0	
Denmark	68.4	19.3	28.3	49.0	71.7	23.8	34.9	24.5	35.8	0.7	1.0	
Germany	884.9	88.4	10.0	790.2	89.3	415.9	47.0	372.4	42.1	1.9	0.2	
Estonia	3.9	2.6	65.5	1.3	34.4	0.2	4.0	1.2	29.6	0.0	0.8	
Ireland	67.4	12.4	18.4	55.0	81.6	26.2	38.8	28.7	42.6	0.1	0.1	
Greece	59.0	29.5	50.0	29.5	50.0	16.0	27.1	13.5	22.9	0.0	0.0	
Spain	305.5	41.0	13.4	264.5	86.6	100.0	32.7	164.4	53.8	0.1	0.0	
France	339.9	126.2	37.1	213.7	62.9	83.5	24.6	130.2	38.3	0.0	0.0	
Croatia	10.6	4.8	45.3	5.8	54.6	2.3	21.9	3.5	32.6	0.0	0.1	
Italy	277.6	29.3	10.5	248.4	89.5	68.1	24.5	180.3	64.9	0.0	0.0	
Cyprus	9.2	1.4	15.3	7.8	84.7	3.7	40.8	4.0	43.9	0.0	0.0	
Latvia	10.4	5.9	56.6	4.4	42.9	0.9	8.9	3.5	33.9	0.0	0.1	
Lithuania	24.3	19.5	80.4	4.8	19.6	0.7	2.7	4.1	16.8	0.0	0.1	
Luxembourg	22.3	1.3	5.9	21.0	94.0	16.5	74.1	4.4	19.9	0.0	0.0	
Hungary	54.6	28.6	52.4	26.0	47.6	10.5	19.3	15.5	28.3	0.0	0.0	
Malta	8.9	1.8	20.5	7.1	79.5	4.4	49.6	2.7	29.9	0.0	0.0	
Netherlands	145.3	37.4	25.8	107.8	74.2	58.4	40.2	47.8	32.9	1.6	1.1	
Austria	116.3	9.2	7.9	106.9	92.0	67.0	57.6	39.4	33.9	0.5	0.4	
Poland	222.3	127.8	57.5	94.3	42.4	27.2	12.3	67.0	30.1	0.1	0.0	
Portugal	19.5	10.2	52.4	9.3	47.6	3.4	17.3	5.9	30.3	0.0	0.0	
Romania	136.0	123.9	91.1	12.1	8.9	1.2	0.9	10.9	8.0	0.0	0.0	
Slovenia	13.8	2.5	18.3	11.3	81.7	3.3	23.6	8.0	58.1	0.0	0.0	
Slovakia	5.4	2.9	54.9	2.4	45.1	2.0	38.8	0.4	8.3	0.0	0.0	
Finland	31.5	7.9	24.9	23.1	73.4	9.5	30.1	13.6	43.1	0.1	0.2	
Sweden	127.0	20.9	16.4	105.6	83.2	28.1	22.1	70.7	55.7	6.8	5.3	
United Kingdom	632.0	81.3	12.9	550.7	87.1	263.6	41.7	287.1	45.4	0.0	0.0	
Iceland	5.4	1.9	35.8	3.4	64.2	2.9	53.2	0.6	10.3	0.0	0.8	
Liechtenstein	0.6	0.2	26.7	0.5	73.3	0.2	39.8	0.2	33.5	0.0	0.0	
Norway	66.9	6.9	10.3	60.0	89.6	35.1	52.5	24.3	36.3	0.6	0.8	
Switzerland	156.3	26.2	16.7	130.1	83.2	94.4	60.4	35.7	22.9	0.0	0.0	

(*)Eurostat (migr_imm1ctz)

Annex 2

Població nascuda a l'estranger per país de naixement a 1 de Gener de 2015 a la UE(*)

	Total		Born in another EU Member State		Born in a non-member country	
	(thousands)	(% of the population)	(thousands)	(% of the population)	(thousands)	(% of the population)
Belgium	1 809.0	16.1	854.2	7.6	954.8	8.5
Bulgaria	123.8	1.7	43.9	0.6	79.9	1.1
Czech Republic	416.5	4.0	163.5	1.6	253.0	2.4
Denmark	595.9	10.5	202.8	3.6	393.0	6.9
Germany	10 220.4	12.6	4 010.4	4.9	6 210.1	7.6
Estonia	192.9	14.7	13.3	1.0	179.6	13.7
Ireland	749.9	16.2	445.4	9.6	304.5	6.6
Greece	1 242.9	11.4	345.7	3.2	897.3	8.3
Spain	5 891.2	12.7	1 981.2	4.3	3 910.0	8.4
France	7 908.7	11.9	2 184.6	3.3	5 724.0	8.6
Croatia	561.1	13.3	70.5	1.7	490.6	11.6
Italy	5 805.3	9.5	1 815.5	3.0	3 989.8	6.6
Cyprus	176.7	20.9	107.4	12.7	69.3	8.2
Latvia	265.4	13.4	28.3	1.4	237.1	11.9
Lithuania	136.0	4.7	19.2	0.7	116.8	4.0
Luxembourg	248.9	44.2	186.0	33.0	62.9	11.2
Hungary	475.5	4.8	309.6	3.1	165.9	1.7
Malta	42.4	9.9	20.1	4.7	22.4	5.2
Netherlands	1 996.3	11.8	532.3	3.1	1 464.0	8.7
Austria	1 474.6	17.2	677.3	7.9	797.3	9.3
Poland	6 11.9	1.6	219.0	0.6	392.9	1.0
Portugal	864.8	8.3	227.7	2.2	637.1	6.1
Romania	281.0	1.4	112.4	0.6	168.7	0.8
Slovenia	237.6	11.5	68.1	3.3	169.5	8.2
Slovakia	177.6	3.3	147.9	2.7	29.7	0.5
Finland	314.9	5.8	114.8	2.1	200.0	3.7
Sweden	1 602.5	16.4	519.2	5.3	1 083.3	11.1
United Kingdom	8 411.0	13.0	3 090.7	4.8	5 320.4	8.2
Iceland	39.1	11.9	26.0	7.9	13.1	4.0
Liechtenstein	23.8	63.7	8.1	21.7	15.7	42.0
Norway	746.4	14.4	339.1	6.6	407.2	7.9
Switzerland	2 258.2	27.4	1 364.3	16.6	893.9	10.9

(*) Font: Eurostat ([migr_pop3ctb](#))

Annex 3

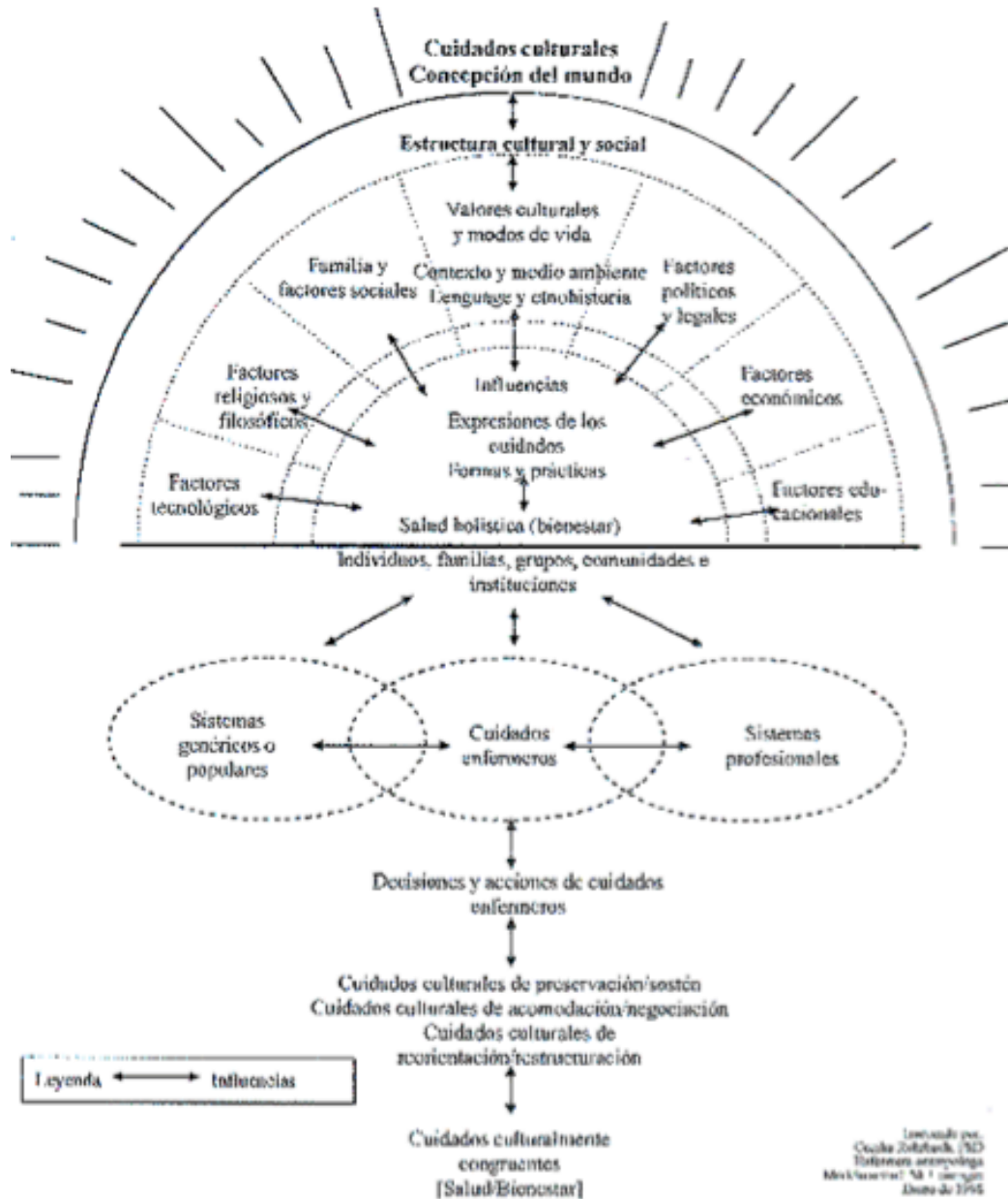
Xifres de població resident a Espanya 2016 (*)

Población residente en España	Población a 01/01/2016	Población a 01/07/2016	Variación %
Población total	46.445.828	46.468.102	0,05
Hombres	22.809.420	22.813.635	0,02
Mujeres	23.636.408	23.654.467	0,08
Espanoles	42.027.670	42.071.231	0,10
Extranjeros	4.418.157	4.396.871	-0,48

(*) Font: Institut Nacional d'Estadística

Annex 4

Model del Sol Naixent de Leininger representat a la teoria de les cures culturals de la diversitat i de la universalitat



Annex 5

Taula de continguts dels articles seleccionats

AUTOR PRINCIPAL	ANY DE PUBLICACIÓ	BASE DE DADES	PAÍS DE PUBLICACIÓ	IDIOMA DE PUBLICACIÓ	TIPUS D'ESTUDI	RESÚM
Puteri Nemie JK	2015	Pubmed	EEUU	Anglès	Descriptiu Qualitatiu Observacional Retrospectiu	Remarca l'espiritualitat i la religió com una part important sobre l'autonomia del pacient així com la presa de decisions entorn a ella per part dels professionals. Reforça la inclusió de criteris espirituals i religiosos per consolidar la comprensió de les creences, valors, expectatives i necessitats enfront l'EFV i ens ho descriu des de el punt de vista catòlic, jueu, budista e islàmic.
Saccomano JS	2014	Pubmed	EEUU	Anglès	Descriptiu Observacional Qualitatiu Retrospectiu	Dona gran importància a la competència cultural en l'atenció durant el procés d'hospitalització i en l'EFV, ja que, d'aquesta manera es demostra el respecte a les creences que comporten un paper important en la prestació de serveis sanitaris i inclou exemples d'interacció del personal sanitari amb diverses cultures com la Hispana, la Xinesa i la Musulmana.
Brown E	2014	Pubmed	UK	Anglès	Descriptiu Serie de Casos Retrospectiu	Enfoca l'estudi des de la malaltia renal avançada en un pacient extracomunitari i en el que a través d'un cas clínic si confronten dilemes ètics i impactes en la religió, tot depenen de les pràctiques que es realitzen durant l'atenció. Considera la importància del coneixement religiós com a base de millora espiritual en els pacients pal·liatius.
Masel E	2012	Pubmed	Austria	Anglès	Descriptiu Qualitatiu Retrospectiu	Emfatitza la importància tant del coneixement espiritual com el religiós per tal de millorar la qualitat de les cures pal·liatives. Remarca la importància de l'aprenentatge budista per relacionar d'aquesta manera la mort amb la vida i així oferir no tan sols mitjans en els que l'estat físic compren un paper fonamental en aquesta etapa sinó que ofereix mitjans en el tractament de l'estat de la ment.
Bhuvanewar C	2012	Pubmed	UK	Anglès	Descriptiu Serie de Casos Observacional Qualitatiu	Partint de la perspectiva Hindú i d'un cas clínic, fa un gran recorregut sobre el desenvolupament de la competència cultural en l'atenció i la rellevància pels pacients d'una atenció que abordi el nivell espiritual des del respecte i la comprensió.
O'Kelly C	2011	Pubmed	UK	Anglès	Descriptiu Observacional Qualitatiu Retrospectiu	Ens parla sobre la preparació de la fe en el procés de final de vida i l'ocultació de la veritat en algunes cultures, la presa de decisions i els dilemes ètics mèdics així com les diferents demandes culturals i valors dels pacients.
Zahedi F	2007	Pubmed	Iran	Anglès	Descriptiu Serie de Casos Qualitatiu Observacional	A partir tres casos clínics diferents, discuteix segons la doctrina musulmana, quina és l'opció més correcte en la presa decisions en les cures pal·liatives. Ens parla sobre mesures de limitació de tractament i els conflictes que sorgeixen enfront el tema a tractar.
Pattison	2007	Pubmed	UK	Anglès	Descriptiu Qualitatiu Observacional	Aquest article mostra com d'important és la influència religiosa en el procés de la mort i quins són els desitjos del pacient que s'han d'establir sempre que sigui possible en les 6 religions principals en el Regne Unit com és el Budisme, el Cristianisme, l'Hinduisme, l'Islamisme, el Judaisme i el Sijisme. Remarca la importància de dur les cures amb la màxima sensibilitat, ja que és l'últim acte en vida que se l'hi proporciona a la persona.
Cheraghi M	2005	Pubmed	UK	Anglès	Descriptiu Qualitatiu Observacional Retrospectiu	Describeix aspectes espirituals en les cures dels pacients musulmans basats en experiències en l'atenció al final de la vida. Li dona gran importància a la necessitat d'informació d'infermeria envers als aspectes religiosos dels pacients i com afrontar l'etapa final.
Keown D	2005	Pubmed	UK	Anglès	Descriptiu Observacional Qualitatiu	Arrel del coneixement de la mort de Buda, aquest article ens mostra els pocs problemes que poden sorgir per el professional enfront l'EFV ja que l'afronten des d'un estat psicològicament preparats i en el que els valors primordials són l'atenció plena i la claretat mental.
Deshpande O	2005	Pubmed	EEUU	Anglès	Descriptiu Serie de Casos Qualitatiu Retrospectiu	Degut a la gran varietat cultural, aquest article descriu tres casos clínics diferents i es creen certs dilemes ètics i mèdics així com les diferents actuacions a prendre enfront els problemes que sorgeixen al final de la vida dels pacients hinduistes.
Dorff E	2005	Pubmed	EEUU	Anglès	Descriptiu Qualitatiu Observacional	L'autor fa un recorregut sobre les creences i tradicions jueves i les decisions a prendre en matèria de salut, sobretot remarca molt l'aspecte en el manteniment de la vida.
Barry M	2004	Pubmed	EEUU	Anglès	Descriptiu Qualitatiu Observacional	En aquest article ens trobem amb una situació en el que l'autor identifica les perspectives ètico-mèdicas davant les cures a l'etapa final de la vida i ens enumera i explica els principis ètics jueus (autonomia, beneficència, no maleficència i justícia), per altra banda, fa una comparativa entre els diferents sistemes jueus. Aborda totes les decisions referents al manteniment o no de la vida en un pacient hebreu.

