

# Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat

Trabajo final de Grado  
Curso académico 2015-2016

## **Proyecto de Guía de Práctica Clínica para profesionales de la salud ante situaciones de duelo en las culturas islámica, gitana e hindú.**

Sonia Fernández Carles

Francisca Ruiz Mata  
Mercé Muñoz Gimeno

Sant Cugat del Vallés, Junio de 2016





## Índice:

|   |    |
|---|----|
| <b>Abstract</b> .....   | 4  |
| <b>1. Introducción</b> .....                                  | 5  |
| 1.1 Presentación del trabajo.....                             | 6  |
| 1.1.1 Cultura islámica.....                                   | 8  |
| 1.1.2 Cultura hindú.....                                      | 10 |
| 1.1.3 Cultura gitana.....                                     | 13 |
| 1.2 Objetivos.....  | 15 |
| 1.3 Antecedentes.....   | 16 |
| 1.4 Justificación.....  | 20 |
| 1.5 Hipótesis.....  | 23 |
| <b>2. Metodología.</b> .....                                  | 24 |
| 2.1 Búsqueda Bibliográfica.....                               | 24 |
| 2.2 Población.....  | 26 |
| 2.3 Ámbito asistencial.....                                   | 26 |
| 2.4 Proceso asistencial .....                                 | 27 |
| 2.5 Formulación de las preguntas genéricas y específicas..... | 27 |
| 2.6 Constitución del Grupo elaborador.....                    | 29 |
| 2.7 Revisión externa.....                                     | 32 |
| 2.8 Diseño de la Guía Extensión de la guía Presentación.....  | 33 |
| <b>3. Discusión</b> .....                                     | 35 |
| <b>4. Bibliografía</b> .....                                  | 37 |
| <b>5. Anexos</b> .....  | 43 |



## **RESUMEN**

El proyecto que se presenta es una guía práctica clínica de salud que pretende plasmar conocimientos para la afrontación del duelo en las culturas islámica, gitana e hindú. La bibliografía es escasa en este campo, pero está documentado que el hecho de atender a personas con una cultura diferente a la propia de los profesionales puede convertirse en un hándicap a la hora de trabajar y de realizar un cuidado eficaz. El proyecto se ha realizado mediante la búsqueda bibliográfica y la evidencia científica, así como la experiencia de diferentes expertos. Se ha conocido las creencias, valores, mitos y tabús que influyen a las personas a la hora de definir y encontrar un significado a la muerte. Asimismo, una vez realizada la guía práctica clínica será una fuente de información dirigida al personal sanitario, que muestre las herramientas necesarias para abordar el problema, describiendo la relación terapéutica frente la pérdida del ser querido y sugerir nuevas líneas de investigación para futuros estudios en este campo.

Palabras clave: islam, etnia gitana, duelo, muerte, hindú, guía práctica clínica.

## **ABSTRACT**

The project presented is a clinical practice guideline health that aims to capture knowledge for addressing of the duel cultures Islamic, hindu and gypsy. The bibliography is scarce in this field, but it's documented that the fact of people with a culture different from typical of professionals can become a handicap when it comes to work and carry out an effective care. The project was conducted by the bibliographic research and scientific evidence as well as experience of different experts. It has been known about beliefs, values, myths and taboos that influence people in defining and finding a meaning to death. Likewise, once clinical practice guide to carry out a source of information aimed at health personnel, showing the necessary tools to address the problem, describing the therapeutic relationship that face the loss of the loved and suggest new lines of research for future studies in this field.

Key words: Islamic, gypsy, mourning, death, hindu, practical guide to clinical.



## 1. INTRODUCCIÓN:

El proyecto de Guía Práctica Clínica (GPC) que se presenta se centra en abordar correctamente la afrontación del duelo ante el fallecimiento de un ser querido en las culturas islámica, hindú y gitana. Desde el principio de los tiempos, uno de los temas que más ha intrigado y ha preocupado al ser humano ha sido la muerte. ¿Qué es la muerte? Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), es el “cese o final de la vida” <sup>(1)</sup>, pero, ¿qué implica morir y que hay después de la muerte?

Esta es una definición simplista y reduccionista, que se basa en los aspectos biológicos de la persona, y no contempla todas las otras dimensiones que la construyen. Por este hecho, se considera un concepto bastante complejo, difuso y difícil de definir. A su vez la RAE define el duelo como la demostración que hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien <sup>(1)</sup>. Con los años, filósofos, religiosos e incluso científicos han profundizado en el tema de la muerte intentado resolver estas dudas existenciales, pero dejando un vacío de conocimiento, donde ha sido difícil resolver las cuestiones existenciales sobre qué pasa al finalizar la vida, o dónde vamos a parar una vez morimos <sup>(2-3)</sup>. Cuestiones que se tendrían que investigar porque todavía no se sabe prácticamente nada.

El GPC, está centrado especialmente en la afrontación del duelo en las culturas islámica, hindú y gitana. La falta de información sobre estas religiones tienen ese atractivo para realizar una investigación, dado que suelen ser culturas bastantes cerradas de difícil difusión. También, el gran índice de inmigración que se ha dado en estos últimos años, implica adaptar los cuidados enfermeros a las diferentes culturas para lograr un buen empoderamiento.

Si centramos este proyecto en relación al campo que abarca la enfermería, y el hecho que su misión es el cuidar, podemos percibir la falta de conocimientos que se plantean los profesionales sanitarios al tratar el proceso



de duelo en la cultura islámica, hindú y gitana, hacia el propio fallecido y familiares.

El objetivo principal que se propone alcanzar, es diseñar un GPC para, ayudar a los profesionales sanitarios a enfrentarse en situaciones de duelo ante la pérdida de un ser querido, en las culturas islámica, hindú y gitana, con el fin de garantizar una buena praxis tanto para el fallecido como para los familiares.

### **1.1 Presentación del trabajo.**

Para la realización de este proyecto se ha intentado encontrar un tema de cierto interés para mí. El tema de cómo sobrellevar la muerte siempre me ha fascinado bastante. Hay muchísima información basada en saber afrontar este proceso de diversos autores, pero pocos hacen referencia a las culturas citadas.

Este presente trabajo está estructurado de tal manera, para ser una Guía Práctica Clínica (GPC), que aporte conocimientos de las culturas islámica, hindú y gitana ante la situación de la muerte de un familiar para profesionales de la salud. Realizando una comparativa sobre las distintas culturas, que aporta la información necesaria para un buen cuidado enfermero, y lograr un buen empoderamiento.

El proyecto consta de cuatro puntos clave:

1. *La introducción*, donde hay una breve explicación de cómo se presenta el trabajo, una definición detallada de las costumbres de las tres culturas, la islámica, hindú y gitana, los objetivos, los antecedentes y una breve justificación del tema elegido.

2. *La metodología*, que hace referencia a la búsqueda bibliográfica que hemos realizado, la población, el ámbito asistencial, el proceso asistencial, el



grupo elaborador, la formulación de preguntas, una revisión externa y el diseño de la guía.

3. *La discusión*, la parte donde se compara, contrasta y discute los resultados y los procedimientos obtenidos en el proyecto. Reconoce las limitaciones y aportaciones, extrae las conclusiones y formula las recomendaciones.

4. *La bibliografía*, donde se citan, en Vancouver, los documentos utilizados, que complementan y enriquecen la información que presentan el proyecto.

Se empezó investigando la cantidad de población que practicaba el islam, el hindú y pertenecían a la etnia gitana residentes en España, para hacer un balance aproximado de los habitantes existentes que ayudaríamos con los conocimientos adquiridos, además de la suma de fallecimientos en los centros de salud y reclamaciones por mala praxis relacionados con la religión, para plantearse la mejor manera de realizar este proyecto.

Seguidamente se pensó en desarrollar un marco conceptual centrado en estas tres culturas, que nos aporten las competencias necesarias para conocer sus costumbres, aprender la manera de ver la muerte, la asimilación en su comunidad y así llegar a, comprender el dolor que les produce la pérdida a un ser querido. Rápidamente se observaron diferencias significativas que nos ayudaría a ofrecer los cuidados indispensables para cada familia y así, fomentar un buen cuidado enfermero, mostrándoles el respeto que se merecen, comprendiendo su dolor y empatizando con ellos.

Como segunda parte, se explicará el tipo de metodología que se ha llevado a cabo para realizar la búsqueda bibliográfica de la evidencia científica y la estrategia de desarrollo propuesta para la GPC.



Y por último, se elaborará una discusión sobre el tema elegido y se expondrán las conclusiones a las que se han llegado en este proyecto tras la elaboración del trabajo.

### **1.1.1 Cultura islámica**

*¿Qué representa para ellos la muerte según su religión?*

Según sus doctrinas, el creyente ve la vida de este mundo como un lugar de paso, cree que la vida en la Tierra es sólo una preparación para la existencia después de la muerte, este hecho evidencia que hay una igualdad del hombre ante su Dios, Alá, que resucita físicamente a los muertos en el Día del Juicio Final para que se les permita la entrada al paraíso o para ser enviados al infierno según sus actos en vida sin importar el grado de riqueza, posición o cultura que haya conseguido ser en el tránsito por esta vida<sup>(4)</sup>.

*¿Cómo se despiden de sus seres queridos y como los velan?*

Cuando la muerte de la persona se produce se le realiza el baño del cuerpo. Este baño, es un paso muy importante del ritual, que lo hacen los miembros de la familia del mismo sexo del fallecido y debe ser ejecutado dentro de las primeras horas del fallecimiento. En caso que el cuerpo esté en malas condiciones debido a una muerte violenta, se podrá llamar a una casa fúnebre para que componga el cuerpo de la mejor manera posible para el ritual del baño.

Después del baño, se envuelve el cuerpo en una simple tela limpia sin adornos llamada *Kafan*, por lo general esta tela es de algodón y de color blanco. Sólo los considerados “héroes” pueden ser enterrados con la ropa con la que murieron. Una vez que el cuerpo está envuelto apropiadamente los familiares y amigos pueden dar sus condolencias a la familia doliente. El cuerpo es transportado a un lugar al aire libre donde se harán las respectivas oraciones.





El entierro, llamado *Al-dafin*, se hace sin ataúd, del lado derecho del fallecido y mirando hacia la Meca, dirigido por un *Imam*, sacerdote musulmán, pero en España ésta práctica está prohibida, por lo que los creyentes del islam tienen que usar el ataúd. Este, se diferencia del convencional, porque la parte más cercana a la tierra se fabrica de un material más ligero que del resto. A los entierro sólo les está permitido ir a los hombres y muchos prefieren enterrar a sus muertos en musulmán, tampoco tiene acostumbres de poner lápidas o flores sobre la tumba <sup>(5-6)</sup>.

En Barcelona, existe una sala polivalente con capacidad para 100 personas para poder desarrollar las oraciones, otra más pequeña para lavarse previamente los pies antes de preparar al difunto y una tercera, donde se hacen los baños del fallecido, en Montjuïc. Esta puesta en marcha, contó con una subvención de 90.000 euros, gestionada por Servicios Funerarios de Barcelona (SFC) con la fabricación de 45.000 ataúdes anuales. <sup>(8)</sup>.

*¿De qué manera sobrellevan el proceso de aceptación de esta pérdida?*

En el Islamismo está prohibido realizar actos de lamento excesivos por lo que es mal visto que los dolientes griten, giman y lloren de manera exagerada. Cuando se produce la muerte de un familiar, un musulmán se adentrará en el *Hidaad*, que consiste en un período de luto de tres días. Durante estos tres días, estará estrictamente prohibido utilizar vestimenta ostentosa y joyas.

En el caso de tratarse de la muerte del esposo, la mujer debe de establecer un período más amplio llamado *Iddah*, que consiste en cuatro meses y diez días de duelo en los que podrá llorar y expresar sus emociones, este tiempo es específico para determinar si la viuda está embarazada o no del difunto marido, dado que representaría aproximadamente la mitad de la duración de un embarazo normal. Durante este período, la mujer tendrán



prohibido casarse, mudarse a otra vivienda, usar joyas y lucir ropa decorativa, más bien ha de ser molesta y de colores apagados.

Sin embargo, los hombres no deberán llevar estas estrictas normas. En el caso de la muerte de la esposa, el hombre musulmán sólo deberá cumplir un luto de tres días sin tener ningún tipo de restricción respecto a la posibilidad de realizar una nueva ceremonia matrimonial <sup>(9 - 11)</sup>.

### **1.1.2 Cultura hindú.**

*¿Qué representa para ellos la muerte según su religión?*

Los hindúes creen que el cuerpo físico es temporal y sólo el alma sobrevive y pasa de un cuerpo a otro (no necesariamente humano) a través de la reencarnación. Entre una y otra reencarnación se tiene que buscar el camino hacia el *Nirvana*, es decir, hacia el cielo. El alma no tiene principio ni fin. El hinduismo no es una doctrina, ni un credo, lo que busca es que el creyente entienda que Dios está dentro de cada ser y que cada alma es divina. El hindú cree en la ley del *Karma* o consecuencia de los actos, que se transmite de una vida a la siguiente. A pesar que para el hindú la muerte es un tema que les genera tristeza, el servicio funeral es casi una celebración y una oportunidad para recordar al fallecido <sup>(12)</sup>.

*¿Cómo se despiden de sus seres queridos y como los velan?*

Se coloca una lámpara a base de aceite cerca al cuerpo. Esta alumbrará el cuerpo por tres días consecutivos. Se debe evitar el contacto con el cuerpo del fallecido lo más posible. El cuerpo será bañado y vestido de blanco. En caso que la persona que muere sea casada, se le vestirá con un vestido de novia rojo. Si la fallecida es soltera, la vestimenta será de color amarillo y si es viuda, irá de blanco o algún otro color pálido. La familia comenzará con sus oraciones tan pronto el cuerpo esté listo. Se podrá adornar



el cuerpo con algunas joyas y flores. Los asistentes al funeral deberán vestir de blanco, dado que el color negro no está permitido.

El cuerpo será llevado en una camilla a hombros de los familiares hacia el *Shmashana*, donde tendrá lugar la cremación. Ellos creen que al incinerarlos están dejando libre al alma del fallecido y que *Brahma*, el creador, es representado a través de las llamas, por ello nunca entierran a sus muertos. El cuerpo se colocará de manera que los pies apunten hacia el sur, que es la dirección hacia el camino de la muerte. Las joyas y las flores que se haya colocado anteriormente, deberán ser retiradas antes de la cremación. Los asistentes del funeral podrán retirarse cuando el fuego consume la totalidad del cuerpo.

Después de dos o tres días de la incineración, se retirarán las cenizas y se pondrán en una urna para luego ser lanzadas al río. Cabe mencionar que se pueden presentar ligeras variaciones en los rituales hindúes de acuerdo a la región <sup>(13)</sup>.

Pero hay acciones que están prohibidas como es el caso de la eutanasia, que no está permitida, por creerse que interfiere con la liberación natural del alma y además que trae mal *karma* tanto para el fallecido como para el que lo ejecuta. Otro sector sostiene que la eutanasia ayuda a terminar una vida dolorosa y que por lo tanto, es un acto de misericordia <sup>(14)</sup>.

Referente al suicidio, está aceptado sólo bajo ciertas condiciones. Es decir, sólo si la persona es anciana, cumplió sus obligaciones en esta vida y se ha convertido en una carga para su familia. La forma correcta de hacerlo es dejar de comer hasta morir. No se debe ejecutar en condiciones violentas <sup>(15)</sup>.

El “conectar” a una máquina para prolongar la vida de un paciente hindú creyente no es bien visto, ya que según las creencias hindúes la muerte y las enfermedades están determinadas en el destino de cada uno. La autopsia, a



menos que sea requerida por la ley, tampoco está bien vista. Y la donación de órganos es decisión personal del donante o de su familia <sup>(16)</sup>.

### *¿De qué manera sobrellevan el proceso de aceptación de esta pérdida?*

El hinduismo prohíbe el luto y llanto excesivo ya que se cree que esto podría dificultar el paso del alma del difunto hacia un nuevo cuerpo. Después de la cremación del difunto comienzan los 13 días de luto que finalizan en la mañana del día trece. Durante este período, la familia del difunto permanecerá en casa recibiendo a amigos, conocidos y familiares que vienen a ofrecer sus condolencias.

En el periodo que el fallecido tiene la lámpara de aceite en los pies, se cree que la familia más cercana, está en un estado de impureza extrema por lo que no deben visitar los templos y otros lugares sagrados, ni realizar ceremonias religiosas o recitar las sagradas escrituras, tampoco pueden asistir a eventos sociales, ni dar limosnas. Además, es obligación que la familia que esté de luto coma una sola comida y se bañe dos veces al día. Durante este periodo los hombres que integran la familia no podrán cortarse el pelo o afeitarse, mientras que las mujeres no se podrán lavar el pelo.

Al alcanzar el décimo día por la mañana, se lleva a cabo el *Dasai* o *Daswan*, que consiste en, que los hombres se afeiten y corten el pelo, así como, las mujeres lavarse la cabellera. Además, toman un baño purificador y se realiza una ceremonia con un sacrificio de fuego, por medio del cual se da una ofrenda a los dioses y antepasados, para así brindarle al difunto una mejor vida futura. Al acabar la ofrenda se limpia el altar y se ofrecen agua, flores y alimentos purificados.

Una vez finalizada esta ceremonia, la familia finaliza este período de luto volviendo a retomar su rutina cotidiana. Respecto a la vestimenta, tanto hombres como mujeres no requieren de elementos para cubrir la cabeza. Se



permite el uso de joyas modestas así como es aconsejable vestirse de color blanco. A diferencia del catolicismo, el negro no es considerado un color apropiado <sup>(14 y 17)</sup>.

### **1.1.3 Cultura gitana**

*¿Qué representa para ellos la muerte según su religión?*

La muerte para los gitanos es una tragedia, la familia manifestará su dolor con un luto riguroso, lamentos y llantos rodeando al difunto. Según sus creencias, ni el nacimiento ni la muerte pueden ensuciar su casa.

En general los gitanos tienen temor a la muerte, creen mucho en los fantasmas y los espíritus, y no quieren correr el riesgo que algún difunto se les apegue de alguna forma a los vivos. De hecho el nombre del difunto deja de mencionarse por temor a que regrese su alma <sup>(18)</sup>.

*¿Cómo se despiden de sus seres queridos y cómo los velan?*

Los preparativos suelen llevarse a cabo con la cooperación de la persona que agoniza. La familia siempre se mantiene unida y estará reunida en el lugar donde está el moribundo, comerán, beberán y conversarán con normalidad. Por ello la llamada del grupo es una de las normas no escritas y de obligado cumplimiento. Para los gitanos, ningún miembro puede estar solo ante la enfermedad y la muerte. Pero cuando se produce el fallecimiento hay grandes muestras de dolor, llantos e incluso gritos, con gran exhibición del sufrimiento. Esto durará toda la noche, que finalmente derivarán en cantos.

Hay que tener en cuenta que para los creyentes, el cementerio es el lugar más sagrado que existe. Un lugar en el que a sus difuntos se les recuerda como si estuvieran vivos.



A la hora de velar el muerto, suele ir en el ataúd acompañado de las joyas personales y alguna que otra moneda de oro, además con frecuencia suelen poner utensilios cotidianos, su pipa preferida de fumar, el bastón, su colonia, algún instrumento de música... Enterrarlos con sus posesiones tiene el propósito que una vez muerto no vuelva sus espíritus con los vivos, ya que son muy supersticiosos con relación a este tema. En el entierro se vierte sobre el ataúd cerveza, vino o ron. A modo de despedida se saluda diciendo “tutti suttu mishto”, que significa que puede dormir en paz, y es cuando los músicos empiezan tocar hasta que el féretro desaparece por la fosa <sup>(19-21)</sup>.

*¿De qué manera sobrellevan el proceso de aceptación de esta pérdida?*

El luto es el significado que se le da a la pérdida de un ser querido, es triste y se da a conocer este estado ante todos para que la gente sepa que están apenados y a demás es una manera de honrar al muerto. Lo primero es vestirse de negro, las mujeres siempre con falda. Algunas mujeres se ponen el pañuelo negro en la cabeza y otras en el cuello, en cambio los hombres suelen llevarlo en el cuello. En el periodo de luto, no se puede ver la televisión, ni comer carne, no se puede beber alcohol, ni escuchar música, tampoco puedes practicar el acto sexual, ni comer vinagre y nada de fumar. Se considera una falta de respeto hacia el fallecido si se hace alguna actividad que conlleve la diversión. Este periodo dura el tiempo que cada uno decida, tres meses, un año o el resto de su vida.

Pero lo que si se respeta durante todo un año, es el de celebrar acontecimientos festivos, como los prometimientos y bodas, que se aplazan hasta el año siguiente si es el caso de la muerte de un familiar de alguna de las familias <sup>(19-21)</sup>.

Con respecto a la cultura occidental destacamos que se cree en la muerte como un viaje que emprende el alma hacia el Cielo, el Purgatorio o el Infierno. El cuerpo es llevado a la funeraria ya sea para mostrarlo dentro de un ataúd o incinerarlo. Las flores y las oraciones siempre estar muy presentes en



la ceremonia de despido del fallecido y no sigue un luto riguroso, ya que no hay constancia de normas o leyes que decreten el tiempo, la vestimenta,... <sup>(22 - 24)</sup>

La relevancia de los datos observamos, muestra claramente grandes diferencias entre el islam, el hinduismo y la etnia gitana, y se contemplan rasgos parecidos pero no iguales a la occidental, empezando desde la percepción de la muerte hasta el proceso de aceptación, pero todas tienen en común el mismo objetivo, lograr asumir esta pérdida del ser querido.

## **1.2 Objetivo**

Este trabajo puede ayudar a enfrentarnos ante estas situaciones de manera profesional, correcta y segura, aportando cierto apoyo a los familiares y ofreciendo unos cuidados más individualizados, y así como comprender mejor su dolor, contribuyendo al profesional las herramientas necesarias para un buen abordaje.

El **objetivo principal** que se propone alcanzar, es diseñar **una GPC para ayudar a los profesionales sanitarios a enfrentarse en situaciones de duelo ante la pérdida de un ser querido, en las culturas islámica, hindú y gitana**, con el fin de garantizar una buena praxis tanto para el fallecido como para los familiares.

Con la ayuda del un GPC, obtenemos la herramienta necesaria, para ofrecer los cuidados indispensables y compatibles al acompañamiento en el duelo, además de aportar los conocimientos adecuados e impedir la profanación de las creencias, obteniendo unos resultados mucho más satisfactorios que no si sólo nos centramos al ofrecer un cuidado estándar para todo el mundo <sup>(25)</sup>.

De esta manera los **objetivos específicos** propuestos en este trabajo son:



- La **búsqueda bibliográfica** sobre las tres culturas trabajadas en el proyecto (islámica, hindú y gitana) mediante Mendeley.
- La **metodología científica** utilizada para la propuesta de la GPC.
- Los **gestores bibliográficos** empleados para una búsqueda más concreta.
- Los **artículos científicos** encontrados sobre el tema trabajado, que aportan los conocimientos necesarios para llevar a cabo el proyecto.

### **1.3 Antecedentes.**

Actualmente no existen guías específicas sobre la afrontación del duelo en las culturas islámicas, hindú y gitanas. Para poder realizar el proyecto, se ha recopilado información sobre el tema a desarrollar, por ello se explicará varios apartados que serán de ayuda a la hora de contextualizar la GPC:

#### **Etiología**

Homero, se considera el autor de la *Ilíada*, una de las escrituras más antigua conocida de la literatura occidental, en la que se narran los acontecimientos de la guerra de Troya. En ella se refleja la cólera de Aquiles ante la muerte de su amigo Patroclo, y las diversas muertes que sufren los guerreros ante la invasión y la venganza. Estos son los primeros escritos conocidos que hablan de la muerte, y denotan de algún modo los sentimientos y comportamientos que adquieren los seres humanos tras la pérdida de un ser querido <sup>(26)</sup>.

Nuestra especie es la única que tiene conciencia de que un día moriremos, traemos implícita ya la idea de morir, y esto es el que nos hace especiales. A pesar de esto, esta idea ha ido cambiando y evolucionando. Se ha pasado de ver la muerte como un proceso natural a la Edad Media, donde se veía como el “sentido definitivo” a la vida; a la visión actual, a la época de la





medicalización, donde prácticamente se niega la muerte, se huye de ella, se ve como “un accidente, un fallo de la calidad de los sistemas de salud” <sup>(27)</sup>.

Según Klüber-Ross, “El rechazo de hablar de muerte lo convierte en un tema tabú, que solo le ocurre a otro y es habitual verlo a través de los medios de comunicación.”<sup>(28)</sup>. La preocupación sobre la muerte no es un hecho aislado en el momento de morir, sino que las personas, durante su vida, se preocupan constantemente de cuánto y de qué forma morirán. Mijaíl Málishév, explica que “la muerte no sólo es un hecho, sino que es un proceso que acompaña toda la existencia del ser humano” <sup>(29)</sup>. Lo mismo pensaba Martín Heidegger, quien daba más importancia a la presencia de la muerte en el continuo vital de la persona, que no al hecho de morir: “la muerte determina el sentido general de la vida” <sup>(30)</sup>.

En la búsqueda de bibliografía que referencia la muerte, se encontró una gran variedad de publicaciones. Los relacionados con la variabilidad cultural de las orientaciones a la muerte, ya en 1971, Sudnow, editó la organización social de la muerte, observando en hospitales de Estados Unidos, el modo de cuidar a los moribundos, la forma de transmitir las malas noticias, los rituales del duelo, la manipulación de los cuerpos, la manera en que la muerte afecta al personal del hospital y como este a su vez afecta el proceso de la muerte <sup>(31)</sup>. Vorgrimler, en 1981, relata temas principales de interés de un pensar cristiano acerca de la muerte y trae a la memoria algunas perspectivas, respetando la teodicea, en el libro *el cristiano ante la muerte* <sup>(32)</sup>. Y María Cátedra, antropóloga de la Universidad de Pennsylvania y profesora de antropología social de la Facultad de Ciencias políticas y sociología de Madrid, ganó el primer premio del Certamen Nacional de Investigación Marqués de Lozoya del Ministerio de Cultura en 1986, con la publicación *de la muerte y otros mundos*, que se basa en tratar la muerte como un hecho cultural central, en torno al cual cobran sentido aspectos fundamentales de la cultura <sup>(33)</sup>.

Con referencia a los ritos funerarios, Bowman, ofrece hechos, cifras y análisis de los ritos y la industria funeraria de los Estados Unidos, que publicó en 1959, con el libro *The American Funeral: A Study in Guilt, Extravagance, and*



Sublimity <sup>(34)</sup>. Una lectura imprescindible, sería El renacer budista. La rueda de la vida ya la muerte de Kapleau, que nos sumerge en el renacer budista y el despertar kármicos a la existencia, y así lograr una visión global de la muerte basada en los textos orientales y occidentales <sup>(35)</sup>. Ya hace siglos, el Cairo cuenta con notables cementerios musulmanes, además de los coptos y hebreos, una necrópolis urbanizada con sus mezquitas, escuelas, hospitales y mercado, así nos lo hacen saber Goytisolo en la ciudad de los muertos, ganador del premio Cervantes <sup>(36)</sup>.

### **Diferentes concepciones culturales de la muerte**

Todas las culturas interpretan la muerte como el paso hacia otra vida. El fallecido tiene que ser el objeto de un rito de enterramiento y despido que le permitiera cruzar el umbral de otra vida, e incorporarse al mundo de los muertos, aunque podía en determinadas circunstancias permanecer en contacto con los vivos <sup>(37)</sup>.

En la Ilíada siempre aparecen muertos como espectros sufrientes, y en las narraciones populares mantiene esta visión como un ser incompleto y fantasmagórico. Esta visión espectral de los muertos, contrasta con la visión espiritual de las religiones indostánicas y semíticas, como es el caso del islam y el hinduismo, donde el alma es depositaria de los valores más elevados del ser humano.

Sin profundizar demasiado en las diferentes creencias y las diferentes soluciones de los humanos hacia los problemas del sentido de la vida, diferentes autores hacen referencia a este concepto. El paralelismo con la buena muerte del antiguo Israel es obvia, según Callaghan, “una muerte es ‘aceptable’ cuando se cumplen tres condiciones:

- El hecho de consumir la mayor parte de las posibilidades que nos ofrece la vida.
- No tener obligaciones con aquellos que dependen de nosotros
- Nuestro fallecimiento no hiera nuestra sensibilidad o el sentido común hacia los demás.” <sup>(38)</sup>.



Por otro lado, Susan Orpett, profesora de antropología en la universidad de Illinois, ha estudiado los “guiones” de los pacientes terminales en USA y Japón, y concluye que hay más coincidencias que diferencias. En su investigación, determinó que para ambos entornos el hecho de morir bien, es el que desea la muerte sin dolor, apropiada en el tiempo y en los familiares que les rodean. Además de evitar ser una carga, una explicación científica a la muerte, sin renunciar a la espiritualidad <sup>(39)</sup>.

Siguiendo a Mircea Eliade, concluye que las religiones parecen tener dos opciones básicas a la hora de proponernos creencias relativas al más allá, por un lado la muerte como punto final, y por otro, la muerte como paso de un ciclo del eterno retorno <sup>(40,41)</sup>. Todas las religiones, sin embargo, quieren procurarse ciertas consolaciones ante la muerte, aunque según Russell, “las soluciones que proponen pueden ser completamente dispares e incluso contradictorias” <sup>(42)</sup>. Así, por ejemplo, para las religiones derivadas de la Tora y la Biblia, la muerte da lugar al juicio de virtudes y faltas, como visión de punto final, mientras que para el hinduismo, después de la muerte existe una reencarnación más o menos exitosa dependiendo de la conducta terrenal. Así mismo, Camps apoya la idea russelliana de que no hay posible cielo que pueda colmar las inquietudes de un ser humano <sup>(43)</sup>. La experiencia corporal de cada uno viene condicionada por el entorno concreto que vivimos, pero resulta común a todos los seres humanos.

### **Los cuidados frente a la muerte**

Los profesionales de la sanidad hemos hecho del sufrimiento humano nuestro compañero de viaje. Resulta curioso constatar que muchos de nosotros jamás hemos reflexionado seriamente sobre la muerte, tanto la propia y como la de los demás, llevando al limbo la memoria de aquellas experiencias “desagradables” por la que se ha experimentado. A su vez, se han desarrollado formas narrativas y estrategias conductuales para afrontar este tipo de situaciones.



Souza, realizó un estudio para dar a conocer los sentimientos experimentados por los enfermeros en los procesos de la muerte de sus pacientes. La angustia, la impotencia, el miedo, son algunos de los sentimientos que emergieron frente a la atención prestada a los familiares y al propio enfermo <sup>(44)</sup>. Por otro lado, Maza, investigó sobre la actitud de los profesionales ante la muerte, descubriendo que era importante que se creará un espacio físico para la atención de los moribundos, evitando el sufrimiento del profesional y ayudando a las familias a despedirse, como también un apoyo psicoemocional para el profesional que se enfrenta frecuentemente con la muerte de pacientes. Así se lograr obtener una mejor calidad de atención hacia el enfermo y una buena gestión de los propios sentimientos del profesional <sup>(45)</sup>.

Hoy en día, precisamente la sociedad se muestra más preocupada. Las personas piden ser más autónomas, también en las decisiones frente a su muerte. Ello conlleva que el profesional reciba muchos requerimientos “nuevos”, que le suponen un esfuerzo importante para reelaborar viejos hábitos de trabajo. Algunos de estos requerimientos son legales, otros éticos y finalmente otros lo son “de buena praxis”.

## **1.4 Justificación**

La intensa inmigración recibida en España en los últimos años ha propiciado la profusión de estudios sobre variados ámbitos de la sociedad de acogida y del colectivo inmigrado. El número de inmigrantes alcanzado ha crecido de manera extraordinaria desde la segunda mitad de los años noventa en España, de tal forma que en la actualidad constituyen una parte importante de la población residente. Sin embargo, pese a este crecimiento, aún se desconoce el patrón de morbilidad y mortalidad en esta población, patrón que se diferencia a la observada en la población autóctona española. En relación con Cataluña la población extranjera ha incrementado en un 14,49%<sup>(46)</sup> con respecto al 2014, según “l’Institut d’Estadística de Catalunya”. De estos porcentajes, el 6,57% son inmigrantes procedentes de África <sup>(47)</sup>, mientras que el 9,09% pertenece a la inmigración de Asia y Oceanía <sup>(47)</sup>. Estos datos fueron



decisivos al elegir las culturas que se iban a trabajar en este proyecto. Por ello se pensó en centrar el trabajo en la cultura islámica, hindú y gitana, que esta última resulta ser una etnia que siempre ha convivido con nosotros pero que nunca ha llegado a formar parte de la sociedad.

Durante estos años, estos grupos sociales, no han sido motivo de investigación, pero dado que cada día están más presentes en nuestros centros sanitarios, debemos de empezar a averiguar sus costumbres para lograr un buen empoderamiento. Examinarlos no es una tarea sencilla, sus religiones son cerradas, no suelen enseñar sus costumbres y ritos a los que no pertenecen a su comunidad, la mayoría no se relacionan con otras culturas, aunque cada día más exista más diversidad, pero que no sea fácil no significa que sea imposible. Por ello surge la necesidad de investigar sobre sus costumbres y rituales para acompañarlos y empatizar en el proceso de muerte, ya que hay un incremento de esta población bastante notoria.

Examinando los datos obtenidos, existe una gran inmigración en nuestro país, dado lugar a una población multicultural. Por ello se plantó la dudas si este gran colectivo afrontará el proceso de la muerte igual que la cultura occidental, y de no ser así, cuáles eran sus diferencias para poder realizar un correcto abordaje que ayudará tanto a profesionales y familias a saber tratar este proceso de duelo de la forma más correcta posibles. Así pues, se empezó una búsqueda exhaustiva para poder dar respuesta a las diferentes preguntas planteadas e investigar sobre el tema elegido.

Para empezar, debíamos averiguar la tasa de mortalidad de los inmigrantes, que se estima en un 8% menor que en la población nacida en España (290,5 por 100.000 personas-año). Si observamos según su lugar de procedencia, la mortalidad en residentes procedentes de África del Norte (302,3 por 100.000 personas-año), es de 15%, mientras que los de Asia (170,1 por 100.000 personas-año) se estima a un 41% inferior con referente a los nacidos en España <sup>(48)</sup>. Por lo contrario, se han encontrado dificultosas tareas con referencia a la obtención de datos de la mortalidad de la etnia gitana. Pero al analizando los pocas cifras obtenidas, observamos que hay menos muertes



registradas en personas nacidas fuera de España que la población autóctona. Se intentó averiguar las muertes producidas en recintos hospitalarios, residencias, etc. y clasificarlos, sin éxito, dado que no existen en vigor hoy en día un documento de dominio público que nos muestre estos datos con respecto al origen de la defunción.

También había que tener en cuenta que, las personas que emigran existe lo que se conoce como sesgo de selección, es decir, que las personas que salen de su país para establecerse en otro tienen mejor salud que la población que no emigra <sup>(49)</sup>. Pero ello, no quiere decir que los inmigrantes no presenten problemas de salud con mayor frecuencia que los autóctonos, ya sea por la elevada prevalencia de determinadas enfermedades de su lugar de origen o por las consecuencias del estrés psicológico y físico que origina el cambio de residencia y la adaptación a un nuevo ambiente social y físico <sup>(50)</sup>. De hecho, los estudios que han comparado la mortalidad en población inmigrante con la mortalidad en la población autóctona han encontrado importantes diferencias, cuya magnitud y sentido varían dependiendo del lugar de procedencia de los inmigrantes y de la causa de muerte <sup>(51-54)</sup>.

La futura GPC es necesaria para mostrar, unos cuidados adecuados e imprescindibles en el proceso del duelo, ya que actualmente la sociedad convive con la muerte de una forma diferente a la cultura occidental, por lo tanto la concepción social de la muerte no es igual para todos. Por ello es indispensable tener una herramienta que facilite al profesional sanitario a conocer cómo actuar frente a estas situaciones en las distintas culturas, para evitar difamar en sus costumbres y lograr alcanzar un buen cuidado en el acompañamiento del duelo en el fallecido como para los familiares.

Según la Asociación 'el defensor del Paciente' que realiza un balance de los casos a lo largo del año por presuntas negligencias médico-sanitarias, tanto en el sector público como privado, anuncia un incremento de 442 casos más con respecto al 2013, con un total de 14.749 casos en España de los cuales 835 acabaron con la muerte del paciente, 37 más que en 2013. Con referente, a Cataluña se registraron 2.102 casos, de los cuales 1.600 pertenecen a la



provincia de Barcelona. Los servicios más denunciados son las listas de espera, urgencias y cirugía general, mientras que los Hospitales con más incremento de estas incidencias son Vall d'Hebron, Bellvitge y Parc taulí <sup>(55)</sup>. Pero a pesar de estos datos sorprendentes, no son relevantes para nuestro proyecto, ya que al no estar clasificadas las negligencias por los motivos causantes de ellas, no hay forma de saber el % de las relacionadas con temas culturales, por ello no sabemos si tiene mucha incidencia y si han incrementado en estos últimos años.

El riesgo de padecer un duelo complicado, tiene un consumo muy alto de recursos sanitarios, más bajas laborales, además de la afectación familiar. Este coste se podría prevenir con una atención preventiva como, por ejemplo, el apoyando adecuado de los profesionales sanitarios. Se estima un cálculo, de alrededor de 200.000 personas que han padecido un duelo al año <sup>(56)</sup>, que por supuesto se suman a las del año anterior. Es un coste extraordinario para el sistema sociosanitario. Pero con la ayuda de GPC, se crea una guía de apoyo y conocimientos para ayudar a los profesionales y familiares a sobrellevar un buen duelo, reduciendo así el número de duelos patológicos y los costes económicos, sociales, laborales y relacionales.

## **1.5 Hipótesis**

La hipótesis planteada a lo largo de la elaboración del proyecto:

Es una guía clínica práctica para los profesionales sanitarios que aporta las recomendaciones necesarias frente a situaciones de duelo ante la pérdida de un ser querido, en las culturas islámica, hindú y gitana, garantizando una buena praxis.



## 2. METODOLOGÍA:

Este apartado, hace referencias a los métodos de búsqueda que se han llevado a cabo para la realización de este proyecto y se divide en 8 apartados, en los cuales encontramos las búsquedas bibliográficas, la población que abarca, el ámbito asistencial en el que se quiere llevar a cabo el proyecto, el proceso asistencial, formulación de preguntas genéricas y específicas, el grupo elaborador, la revisión externa y el diseño de la guía.

### ***2.1 Búsqueda Bibliográfica.***

Con referencia a este apartado, el método utilizado para recoger la información se ha realizado a través de artículos, libros y bases de datos, que han permitido llevar a cabo el proyecto, como también conocer ritos, costumbres, pensamientos y tradiciones sobre las creencias de cada una de las religiones, además, de remarcar los matices ha destaca de cada una de ellas.

Estas búsquedas principalmente, se han centrado, en 7 base de datos del Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad del estado Español, el Ministerio de Trabajo y asuntos sociales del estado Español, el Instituto Nacional de Estadística, el Institut d'Estadística de Catalunya y datos internacional SCOPUS, que nos indican la cantidad de población que hay hoy en día en nuestro país, y así poder hacer un balance de cómo poder abordar este tema de inmigración y su mortalidad.

Además, de la lectura de 21 artículos científicos relacionados con la muerte y el duelo de las culturas islámica, hindú y gitana, en bases como PubMed Health, Elsevier, Dialnet y el buscador Google Académico. En todas las búsquedas se ha intentado filtrar los artículos en el ámbito de la enfermería pero no he limitado la antigüedad de estos puesto que hay poca bibliografía respecto mi tema de estudio.





También se ha consultado alrededor de 33 libros relacionados con el tema del proyecto de varios autores como Elisabeth Klüber-Ross, Mijaíl Málishev, Martín Heidegger, Maza, Souza, Sudnow, Vorgriwmler, Camps, Russell, Bowman, María Cátedra, Kapleau, Callaghan, Orpett o Eliande, entre otros para completar la información encontrada y analizar diferentes puntos de vista.

En relación a las palabras claves usadas, islam, etnia gitana, duelo, muerte, hindú, guía práctica clínica; se ha intentado conectar las palabras claves y concretar la búsqueda con el uso de los operadores booleanos (AND, ORO, NOT) y los filtros de las diferentes bases de datos. Con relación a la base de datos PubMed introduciendo la palabra clave "islam" aparecieron 12.289 resultados de estos 425 eran resultados de menos de 5 años, aun así se utilizaron artículos de más de 5 años de antigüedad por lo antes mencionado, además se aplicó un filtro para encontrar artículos que proporcionasen el texto completo sin inscripción en las revistas de publicación, de estos 342 quedaron tan solo 67. Posteriormente, se redujeron los resultados, añadiendo algoritmos de búsqueda como "duelo" o "muerte" obteniendo un total de 7 resultados. Con la palabra "hindú", se mostraron 7139 resultados, filtrando artículos de menos de 5 años los resultados eran 206 y añadiendo "duelo" o "muerte" se obtuvo un total de 0. Con referencia a "etnia gitana" los resultados fueron más nefastos aun dado que no se encontró ningún artículo relacionado.

En las búsquedas en Elseiver con la palabra "islam" se obtuvo 91 artículos, de los cuales solo 2 eran válidos con la temática del proyecto. Con referencia al "hindú" fueron 103, donde se obtuvo la mayoría de información del trabajo, y con "etnia gitana" obtuvimos exitosamente 149 resultados, que nos indicó gran información sobre sus costumbres.

Por último con relación al Google Academia, los artículos encontrados fueron un total de 10.530 artículos relacionados con los duelos de las tres religiones mencionadas en el proyecto. Además de estas bases de datos se buscó el número de habitantes en las páginas oficiales de Catalunya y España.



## **2.2 Población**

El siguiente proyecto de guía de práctica clínica va dirigido al colectivo enfermero que tratarán a los pacientes de origen islámico, hindú y gitano que reside en España y Catalunya.

Según un estudio demográfico de la población musulmana elaborado por la Unión de Comunidades Islámicas de España (UCIDE), en 2014 se alcanzó 1.858.409 de musulmanes, unos 126.218 más con respecto al 2013. De los cuales 509.333 personas residen en Catalunya y más concretamente 217.405 en Barcelona <sup>(57)</sup>.

Con referencia a la población hindú, 34.130 residen en España, 19.105 creyentes en Cataluña y 12.692 personas en Barcelona, según el patrón de cifras de población hindú en España <sup>(58)</sup>.

Y por último, por lo que hace el colectivo gitano, se estima alrededor de 725.000 a 750.000 personas residentes en España para el Ministerio de Sanidad, Servicio Social e Igualdad del Gobierno de España <sup>(59)</sup>.

## **2.3 Ámbito hospitalario**

Con referencia al ámbito de actuación, se llevará a cabo tanto en Atención Primaria, como en Atención Hospitalaria y Paliativa. Las recomendaciones de la guía práctica clínica, se dirigirán a los 246.138 enfermeros activos en España y 209.460 médicos, de los cuales 57.768 son profesionales enfermeros y 47.410 son facultativos que trabajan en Cataluña <sup>(60)</sup>, ya que son las principales personas que les beneficiará este soporte de práctica asistencial diaria.



## **2.4 Proceso asistencial.**

Dentro del proceso asistencial el personal sanitario en particular la enfermera asume los roles de promoción, prevención, atención y rehabilitación entre otros.

En relación con el proyecto, este se centra en la prevención de la mala gestión del duelo en las culturas islámicas, hindús y gitanas. En concreto, se examina posibles intervenciones para ayudar a los familiares a sobrellevar el duelo de forma correcta. De manera que la GCP abordará los siguientes aspectos del manejo clínico:

- Detectar las reincidencias de los posibles duelos mal gestionados por los familiares.
- Intervenciones específicas en cada cultura necesaria para este proceso.
- Valoraciones de posibles intervenciones médicas en situaciones de alto riesgo.

## **2.5 Formulación de las preguntas genéricas y específicas.**

Estas preguntas deben tener respuesta del grupo elaborador de la GPC, además de estar respaldadas por la evidencia científica. Las preguntas están formuladas en el método PICO (Pacientes – Intervenciones – Comparación - Resultados), de tal manera que generarán las recomendaciones necesarias mediante el método AGREE <sup>(anexo 1)</sup>, que evalúa la calidad de la GPC, para abordar el problema que abarca la temática de nuestro proyecto.

Las preguntas irán encaminadas hacia el abordaje de las 3 culturas mencionadas y trabajadas en el proyecto, que nos aportará la información necesaria para la gestión práctica diaria del profesional sanitario



### Preguntas generales:

1. ¿La pérdida de un ser querido es igual para todas las edades?
2. ¿Influye las diferentes etapas de la vida según quien fallece (infancia, adolescencia, adultez y vejez)?
3. ¿Todo el mundo quiere ser consolado?
4. ¿Qué hacemos con las pertenencias de un fallecido?
5. ¿Hay distintas etapas del duelo?
6. ¿Qué herramientas tiene el personal sanitario para prevenir una mala gestión de duelo?
7. ¿Cuáles son las indicaciones terapéuticas?
8. ¿Qué puedo decir para consolar a una persona?
9. ¿El duelo termina en algún momento?
10. ¿A dónde puede el personal sanitario derivar a los familiares para recibir un asesoramiento más personalizado?
11. ¿Es lo mismo una muerte traumática, que una esperada?
12. ¿Es necesario el apoyo de la comunidad o familia o puede gestionarse uno mismo el duelo?
13. ¿Una enfermera podrá gestionar el duelo sin la ayuda de un médico?
14. ¿Qué diferencia hay entre duelo y luto?

### Preguntas específicas:

#### 1. Cultura islámica:

- 1.1 ¿Las personas ancianas mueren en los hospitales, en las casas o regresan a su país?
- 1.2 ¿Es apropiado que una mujer toque a un fallecido de sexo varón?
- 1.3 Con referente a sus pertenencias ¿Una mujer puede tocarlas?
- 1.4 ¿Se puede realizar autopsia?
- 1.5 ¿Se le puede colocar el sudario de plástico, o deberíamos colocar el *Kafan*?
- 1.6 Llorar por un muerto está mal visto para sus creencias ¿Cómo ayudaremos a gestionar la pena?



## 2. Cultura hindú:

- 2.1 Si celebran la muerte ¿Cómo damos el pésame?
- 2.2 ¿Se puede realizar autopsia?
- 2.3 ¿Cómo ayudamos a afrontar la pérdida?
- 2.4 ¿Podemos tocar el cuerpo una vez fallecido, o profanamos el alma, según sus creencias?
- 2.5 ¿Podemos utilizar el sudario de plástico?

## 3. Cultura Gitana:

- 3.1 ¿Es correcto dar el pésame?
- 3.2 ¿Cómo hacerles entender que el fallecido debe de ir sin joyas ni pertenencias personales, durante su estancia en el hospital?
- 3.3 ¿Cómo ayudarlos a superar el dolor sin ir hasta la exageración?
- 3.4 ¿Cómo gestionar la impotencia, sin que arremetan contra el personal sanitario?

## **2.6 Constitución del Grupo elaborador**

Para la llevarlo a acabo necesitaremos la colaboración de distintos profesionales sanitarios y expertos en la materia, cuya experiencia y conocimientos nos sirvan de fundamentos para el proyecto.

La construcción de grupo ayudará a mantener una visión multidisciplinar para proporcionar las distintas perspectivas que surjan y así completar el trabajo, identificando los problemas y las informaciones necesarias para poder elaborar la GPC. En este apartado se describirán los distintos roles o papeles que adquieren los miembros, como modo organizativo para llevar a cabo el proyecto.



Los perfiles que integran la composición de un grupo elaborador son:

- **Líder:** Dado que la GPC está enfocada hacia el personal de enfermería, considero que el líder del grupo elaborador sea un enfermero experto de la materia, que aporte conocimiento sobre el proceso de la muerte. Como enfermero, se busca también que tenga esta capacidad para gestionar, coordinar y administrar el equipo interdisciplinar asegurando la máxima eficiencia que llevará acabo al realizar el proyecto.
  
- **Clínicos:** En este grupo, deberán ser integrado por profesionales asistenciales con amplia experiencia en el proceso del duelo, con el fin de elaborar las preguntas clínicas, de la formulación de las recomendaciones y la redacción del borrador de la guía. Este estará formado por:
  - **Médicos psiquiatras:** es experto en una visión clínica frente a duelos mucho más persistentes, que requieran la ayuda de medicación, como ansiolíticos y antidepresivos.  
En general, estos profesionales trabajan de tal manera que entienden el duelo como una enfermedad mental como cualquier otra enfermedad, provocada por un fallo en nuestro cerebro o genes.
  
  - **Psicólogos:** Aportan una visión distinta del proceso del duelo, ya que trata de comprender el comportamiento humano teniendo en cuentas las diversas fuentes de esté, profundiza en los problemas sociales y personales para resolver la respuestas emocionales que se manifiestan en la pérdida de un ser querido.
  
  - **Antropólogo cultural:** Este profesional nos proporciona los conocimientos del ser humano a través de su cultura,



costumbres, mitos, creencias, normas y valores que estandarizan su comportamiento como miembro de un grupo social.

- **Experto en metodología:** Para este puesto, incluiría a un profesional enfermero que desempeñe un papel activo en la formulación de preguntas clínicas, búsqueda de evidencia científica, evaluación y síntesis del contenido, con práctica suficiente en haber elaborado otras GPC, aportando los conocimientos y experiencias de las diferentes etapas del proceso.
- **Documentalistas:** Añadiremos también un profesional que aporte cierta competencia a acerca de las numerosas fuentes bibliográficas existentes, además de saber sobre diseño de estrategias de búsqueda de información necesaria para realizar la GPC.
- **Colaborador experto:** se trata del profesional experto en la materia sobre los duelos de las culturas trabajadas en el proyecto, que proporcionan una visión interna de estas religiones. Al ser culturas cerradas, necesitaremos la ayuda de 3 figuras religiosas especialistas en el islam, el hinduismo y la etnia gitana, ayudando a la delimitación de las preguntas clínicas surgidas, en la revisión de las recomendaciones y la difusión e implementación.
- **Familiares:** En este caso los pacientes no puede estar incluidos dentro del grupo elaborador, por su fallecimiento, pero si sus familiares. En ellos podemos estudiar su comportamiento frente al proceso, contra con su opinión y que el proyecto este lo más próximo a la realidad posible. Siempre que los profesionales estén de acuerdo y los familiares quieran ofrecerse voluntarios.
- **Revisiones expertas:** Son los encargados de revisar el borrador provisional de la GPC. Son profesionales de carácter multidisciplinar



que aportan validez y aseguran con exactitud las recomendaciones para mejorar el trabajo.

- **Colaboradores:** En este grupo se encontraría las asociaciones, grupos de apoyo, grupos religiosos, que aportan conocimientos y experiencia para el proyecto.

## ***2.7 Revisión externa.***

En esta etapa, se encuentra ya un borrador de la GPC que deberá de ser revisado por un grupo de expertos que no se encuentren en el grupo elaborador, de forma voluntaria y respetando la confidencialidad del documento. Su función principal es enriquecer la guía y revisar las recomendaciones, dándole una mayor validez, facilitando que el producto final sea más realista.

Este proceso se llevará a cabo entre 10 y 20 profesionales encargados de los distintos ámbitos sanitarios que se tratan en la guía, para obtener una verificación de los datos. Ya que se trata de una GPC orientada sobre todo hacia enfermería se incluir a algún enfermero como revisor externo, además de incluir el psiquiatra, psicólogo, antropólogo y figuras religiosas. Se ve necesario añadir a los familiares, que ofrezcan sus propias perspectivas, preferencias y experiencias durante el proceso de duelo ante la pérdida de un ser querido de las distintas religiones (islam, hindú y gitana), que ayuden a identificar algún que otro detalle que a los profesionales no hayan tenido en cuenta.

Al final de esta revisión se recogerán todos los comentarios, cambios y posibles modificaciones del contenido, facilitando el trabajo al equipo elaborador para así mantener un orden al realizar su valoración, obteniendo así una guía definitiva.

Al implementar la GPC, se crearán documentos para facilitar su difusión, como establecer una guía rápida, con una versión resumida; difundir la guía en





los distintos centros de atención primaria, hospitalaria y unidades paliativas; dar a conocer la guía en revistas, congresos y jornadas; e internar subirla a la red mediante un portal de base de datos reconocido, para facilitar el acceso a todo el mundo.

## ***2.8 Diseño de la Guía Extensión de la guía***

La GPC estará organizada en tres apartados, correspondientes cada uno de ellos a las tres religiones trabajadas en el proyecto. (Islámica, hindú y gitana). Se utilizará un lenguaje claro, de fácil entendimiento para los profesionales sanitarios con un buen conocimiento del proceso del duelo. Al finalizar cada apartado se incluirá un esquema, que contenga las ideas principales del tema tratado y los detalles que precisen ser subrayados.

Para el fácil manejo de la guía será necesario elaborar una serie de algoritmos y recomendaciones fáciles de leer y poner en práctica. Los algoritmos consistirán en esquemas que indiquen cómo actuar desde la pérdida del ser querido y el manejo de la situación, como también acudir a ellos y actuar de forma rápida los diferentes mecanismos de derivación. Por otro lado, las recomendaciones, detallarán los criterios para detectar un duelo de riesgo, las herramientas para el manejo del abordaje y empoderamiento de la situación, y también el correcto tratamiento de las intervenciones que se pueden realizar para un cuidado más individualizado, detectando las necesidades de cada uno.

De cara a facilitar la aceptación y el uso de la GPC se propone, además de la realización de una versión completa de la guía, el desarrollo de una versión resumida. En la versión completa se presenta todas las recomendaciones además de información sobre la metodología utilizada y la evidencia científica en la que se basa, mientras que en la versión resumida, se añadirá los aspectos más importantes de cada una de las religiones y otras informaciones necesarias para el manejo del proceso.





La estructura de la GPC incluye:

- Índice
- Introducción
- La división de las 3 religiones en 3 bloques.
- Preguntas para responder
- Resumen de las recomendaciones
- Algoritmos o esquemas realizados.
- Objetivos propuestos.
- Metodología
- Estrategias diagnósticas y terapéuticas.
- Recomendaciones de investigación futura
- Anexos

El diseño del contenido, algoritmos, recomendaciones, estrategias, objetivos, preguntas, serán diseñados por el grupo elaborador de la guía y serán aceptados tras la revisión externa de los profesionales sanitarios.



### 3. DISCUSIÓN:

El objetivo del presente trabajo era realizar un proyecto de guía práctica clínica sobre la afrontación del duelo en las culturas islámicas, hindú y gitana, para que los profesionales sanitarios, especialmente enfermería, tengan una herramienta de trabajo para poder observar las conductas de las diferentes personas y así poder detectar con rapidez la mejor actuación para lograr un buen empoderamiento.

Tras realizar una intensa búsqueda bibliográfica y evaluar los datos obtenidos en los diferentes artículos encontrados, se concluye finalmente que convivimos con 2.642.539 personas practicantes de las religiones trabajadas en este proyecto, de las cuales 1.858.409 son fieles islámicos, 34.130 son creyentes hindús y 750.000 personas de etnia gitana. Estos grupos sociales no han sido motivo de investigación, pero dado que cada día están más presentes en nuestros centros sanitarios, los profesionales expertos deberían tratar de forma adecuada la afrontación de la pérdida del ser querido, evitando así, la mala gestión de un duelo.

El consumo de recursos sanitarios es muy elevado en la gestión de un mal duelo, que se podría prevenir con una atención preventiva apoyando adecuadamente a los familiares detectando las necesidades de cada uno y ofreciendo los cuidados individualizados que cada uno merece, ayudando al sistema socioeconómico.

Según las tasas de mortalidad en residentes procedentes de África del Norte y Asia, se estima que por cada 100.000 personas al año nacida en España, 472 son fallecidos naturales de estas zonas. Con relación a la mortalidad de la etnia gitana, no se han encontrado datos destacados. Pero estos datos nos revelan que el número de difuntos son elevados, y por ello como profesionales debemos estar preparados para gestionar el duelo correcto de los familiares.



A partir de este proyecto, los objetivos propuestos para esta GPC son aportar el máximo apoyo a los familiares, ofrecerles los cuidados adecuados según las necesidades que presenten, favorecer a la reducción del coste sanitario mediante la realización de un conveniente duelo, infundir conocimientos sobre creencias y valores de las distintas prácticas religiosas, motivar a la realización de otros estudios de investigación y atribuir las herramientas adecuadas para el profesional sanitario.

Durante el proceso de búsqueda, ha habido vacíos de información importantes, hoy en día aún se desconoce datos sobre las religiones islámicas, hindú y gitanas, pero también de otros colectivos religiosos que ignoramos y se atienden cada día más en nuestros centros de salud, gracias a la elaboración de esta GPC, se propone abrir nuevas líneas de investigación para futuros estudios de investigación, que amplíen los datos y conocimientos de todos los profesionales sanitarios.

Para el personal de enfermería la educación sanitaria es una competencia fundamental e indiscutible. De este modo, los profesionales a los cuales irán dirigidas estas recomendaciones serán enfermeros, que valorarán cada caso de forma totalmente individual y, posteriormente, transmitirán la información oportuna a los familiares, ofreciendo las recomendaciones más adecuadas y, en caso necesario, la ayuda del equipo médico para complementar el abordaje y realizar un seguimiento más exhaustivo. Por otro lado, es importante destacar que, aunque la GPC esté dirigida específicamente al profesional de enfermería, el trabajo interdisciplinar es básico y totalmente necesario para la correcta implementación de la guía.

Gracias a la elaboración de este proyecto, se pretende fomentar la autonomía de enfermería, educando, gestionado y elaborado independientemente las estrategias más adecuadas frente la pérdida de un ser querido. Por ello, poner al alcance de la mano un recurso tan básico como una GPC, significaría una evolución en los cuidados enfermeros frente al duelo.



#### 4. BIBLIOGRAFÍA:

1. Real Academia Española. Real Academia Española [Internet]. Apuntes. 2015. p. 13–4. Available from: <http://www.rae.es/rae.html>
2. Laera R. La preocupación por la muerte. *Problemata: R. Intern.Fil.* 2013; 4 (1): 110-133.
3. Rodríguez Camero ML, Azañón Hernández R, Rodríguez Salvador M, Torres López A, Palma García J. Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalaria epes 061 del S.P de Granada. *Revista electrónica internacional de cuidados.* 2006; 6(2): 57-72.
4. Melo Carrasco D. Gloria, sacrificio y Martirio en la tradición preislámica y en el Islam Clásico. *Rev Cult y Reli* [Internet]. 2008;2. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2785664>
5. Myers CS, Haddon AC. Funeral ceremonies. In: *Cambridge Anthropological Expedition. Reports.* 1908. p. 126–62.
6. Tomassetti, JM. Suárez, JA. Jiménez-camino, R. Navarro, I. El cementerio islámico del fuerte de Santiago (Algeciras, Cádiz). nuevas excavaciones y síntesis interpretativa. *Almogávar*, 33. 2006; 147–70.
7. Aguilera-Pleguezuelo J. Derecho islámico y Derecho romano. *e-legal Hist Rev.* [Internet]. 2010; Available from: [http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle\\_revista.asp?id\\_noticia=408597&d=1](http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=408597&d=1)
8. Ferragut Casas, N. Montjuïc ya alberga el primer tanatorio para islámicos de Catalunya. *Periódico 20 min.* [Internet].Barcelona. 2007; Available from: <http://www.20minutos.es/noticia/227082/0/alberga/tanatorio/Catalunya/#xtor=AD-15&xts=467263>
9. Suárez Rienda, V. Ciencia y religión: visiones y manejo emocional de la muerte y el duelo. *Rev Humanidades* [Internet]. 2011; 18:49–64. Available from: <http://www.revistadehumanidades.com/articulos/23-ciencia-y-religion-visiones-y-manejo-emocional-de-la-muerte-y-el-duelo>



10. Badawi MAZ. Islam. In: Encyclopedia of Religious Freedom. 2003. p. 204–8.
11. Kreinath J. The Anthropology of Islam. Religion. 2011. p. 115–8.
12. Thrane S. Hindu End of Life. Death, Dying, Suffering, and Karma. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2010;12(6):337–42. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00129191-201011000-00003>
13. Firth S. End-of-life: A Hindu view. Lancet. 2005;366 (9486):682–6.
14. Silva Musalem, P. Fe Ante la Muerte: Perspectivas sobre la Eutanasia desde el Catolicismo, Islamismo, Hinduismo y Judaísmo. HeinOnline. Rev. Estudios Críticos D. [Internet]. 2010; 151. Available from: <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/clave5&div=11&id=&page=>
15. Vijayakumar, L. Suicidio en la India. Atopos. 2003; 1. p. 28-36.
16. Melitón Carrasco Álvarez, S. El hinduismo. 84 conceptos y definiciones para entender mejor el hinduismo. Rev. Religión y Cultura. [Internet]. 2011; 1. p.12- 20. Available from: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122817/127425\\_A5\\_El%20hinduismo.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122817/127425_A5_El%20hinduismo.pdf?sequence=1)
17. Escobar Yametti, J. Memoria post mortem:" implicancias de la presencia fotográfica en el proceso de duelo". Diss. Universidad de Chile. [Internet]. 2014; Available from: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/117633>
18. Santiago, C. Nuestras culturas. Nos acercamos a una cultura los Gitanos. Asociación secretario gitano. [Internet]. 4.(1); Available from: [http://www.gitanos.org/publicaciones/tolerancia/pdf/10\\_los%20gitanos.pdf](http://www.gitanos.org/publicaciones/tolerancia/pdf/10_los%20gitanos.pdf)
19. Sordé, T. Flecha, R. Teodor, MA. El pueblo gitano: una identidad global sin territorio. Dialnet. Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. [Internet]. 2013; (3)17.147.ISSN-e 1138-9788. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4817089>
20. García, VR. Cabedo, A. Cómo son y de qué padecen los gitanos. Atención Primaria. Elsevier. Rev. [Internet]. 2000; 26. (1): 21-25.



- Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700786008>
21. Restrepo Madero, E. Miedo a la Muerte, Afrontamiento, Religiosidad y Salud en Población Romani/Gitana de SES Medio-Bajo. [Internet]. Malaga. 2013; Available from:  
[http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/6969/TDR\\_RESTREP\\_O\\_ORLANDO%20%281%29.pdf?sequence=1](http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/6969/TDR_RESTREP_O_ORLANDO%20%281%29.pdf?sequence=1)
22. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. Enfermería Glob Rev electrónica Semest enfermería [Internet]. 2009; 13 (15):1–6. Available from:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2858647&orden=184665&info=link\nhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2858647>
23. Yoffe L. El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. Univ Palermo [Internet]. 2002;127-58. Available from:  
<https://dspace.palermo.edu:8443/dspace/bitstream/10226/389/1/3Psico09.pdf>
24. Carmona ZE, Bracho CE. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Rev Salud Pública. 2008; 2:14–23.
25. Leininger MM, McFarland MR. Culture Care Diversity and Universality: A worldwide Nursing Theory. 2a ed. Sudbury (USA): Jones and Bartlett Publishers; 2006.
26. Homero. Iliada. S.L.U. espasa libros. 1999; 12 (1): 464. ISBN 9788467021806
27. Serra Desfilis E, Abengózar Torres MC. Ancianidad y preparación para la muerte. Anales de psicología. 1990; 6 (2): 147-158.
28. Parkes CM. Elisabeth Kübler-Ross, On death and dying : a reappraisal. Mortality [Internet]. 2013;18(1):94–7. Available from:  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13576275.2012.758629>
29. Mijaíl Málishev. El sentido de la muerte. Mortality [Internet]. 2003; 10 (1). Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/104/10410106.pdf>
30. Montiel Montes JJ. El pensamiento de la muerte en Heidegger y Pierre Teilhard de Chardin (Thoughts on Death in Heidegger and Pierre Teilhard de Chardin) [Internet]. Historia. 2003. p. 59–72. Available from:





[http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?  
iCve=27902105](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27902105)

31. Sudnow D. Passing on: The Social Organization of dying. Trans Action. 1971;5(1):36–43. ISBN-13: 978-0136527275
32. Vorgrimler, H. él cristiano ante la muerte. Herder. 1981. ISBN 9788425411793
33. Cátedra, M. La muerte y otros mundos. Jucar.1986. ISBN9788433470164
34. Bowmal, L. The American Funeral: A Study in Guilt, Extravagance, and Sublimity, The Sociological Quarterly. 1959; 4(4):363-365
35. Kapleau, P. El renacer budista. larueda de la vida y la muerte. Árbol Editorial. 1990. 1(1);213-227.
36. Goytisolo, J. La ciudad de los muertos. Editorial Universitaria. 1987.513;31-37, 60-64.
37. Tizón, J. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Ed Paidós. Fundación Vidal y Barraqué. BARCELONA 2004. pág 117.
38. Callahan, D. Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society. Bioethics [Internet]. 1988;2(2):151–69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11650055>
39. Long SO. Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: Similarities and differences. In: Social Science and Medicine. 2004. p. 913–28.
40. Eliade, M. Historia de las creencias y de las ideas religiosas, Tomo I y II. Ed Paidós. [Internet]. Barcelona 1979. Rev 2004; ISBN: 84-254-1889-5. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=235984>
41. Eliade, M. El mito del eterno retorno. Arquetipos y repetición. Ed Emecé. [Internet]. Madrid. 2001; ISBN: 950-04-2220-4
42. Russell, B. Por qué no soy cristiano. Editorial Edhasa. 2007. ISBN: 9788435034753
43. Camps, V. Una vida de calidad. Editorial Barcelona. 2001. ISBN 9788484322917
44. Souza, JL. Mota, J. Barbosa, R. Ribeiro, RC. Olivera, CS. Barbosa, DA. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. Enfermería global. Scielo. [Internet]. oct. 2013. Murcia 12.



- (32); Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013)
45. Maza, M. Zavala, M. Merino, JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*. Scielo. [Internet]. abr 2009. 15.(1);39-48. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532009000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100006)
46. Institut d'estadística de Catalunya. Evolución de la población total y extranjera. 2000-2014 de Cataluña [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2014. Available from: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es>
47. Institut d'estadística de Catalunya. Migraciones externas. Inmigraciones. Por continente de procedencia [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2014. Available from: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=d018&lang=es>
48. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Patrones de mortalidad en España, 2013. [Internet]. Madrid, 2015. Available from: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>
49. Díez Nicolás, J. Las dos caras de la inmigración. *Rev del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Madrid, Jun 2013;24:37–59. ISBN 84-7850-126-6.
50. Santamarina, C. Consumo y ocio de los inmigrantes latinoamericanos en España. Un acercamiento desde la perspectiva cualitativa. *Rev del Ministerio de Asuntos Sociales*. Madrid. Ed. 2005. ISBN 97-8847850-129-8.
51. Cachón Rodríguez, L. Bases sociales de los sucesos de Elche de septiembre de 2004. Crisis industrial, inmigración y xenofobia. *Rev del Ministerio de Trabajo e Inmigración*. Madrid. 2009;(80):39–60.
52. González Enríquez, C. Álvarez-Miranda, B. Inmigrantes en el barrio. Un estudio cualitativo de opinión pública. *Rev del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Madrid. 2006. p 191-197. Available from: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_117\\_111174989621906.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_117_111174989621906.pdf)
53. Ramos M, García R, Prieto Matas MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes



- económicos. Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. 2001. p. 320–6.
54. Aparicio Gómez R, Tornos A. Colectivos, grupos étnicos y redes. El futuro de una España con hijos de inmigrantes. *Sist Rev Ciencias Soc.* 2006;(190-191):179–92.
55. Asociación El Defensor del Paciente. Incremento de negligencias médico-sanitarias. memorias 2014.[Internet]. 2014; Available from: <http://www.negligenciasmedicas.com/wp-content/uploads/2015/01/MEMORIA-2014-COMUNIDADES.pdf>
56. Gamó,E. Valverde, M. Sanz, L.J. Martínez, A. García, A. El impacto del duelo en pacientes psicóticos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2003, Madrid. (88); ISSN 0211-5735. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0211-57352003000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0211-57352003000400004)
57. Unión de Comunidades Islámicas en España. Estudio demográfico de la población musulmana. Explotación estadística del censo de ciudadanos musulmanes en España. [Internet].2014. Available from: <http://www.ucidcanarias.es/estademograf14.pdf>
58. Encuesta de población activa. Instituto Nacional de Estadística. Patrón municipal,cifras de población, hindús en España. [Internet] 2014. Available from: <http://epa.com.es/padron/hindues-en-espana/>
59. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Población Gitana. [Internet]. Madrid, 2015. Available from: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/home.htm>
60. Enfermería facultativa. La revista de los colegiados en Enfermería. *Rev.* [Internet]. 2014; (197) p.4. Available from: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1565-enfermeria-facultativa-numero-197>



## 5. ANEXOS:

### Anexo 1. Evaluación de la Calidad de GPC.

#### Instrumento AGREE (versión reducida)

Guía: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Evaluador: \_

|  | Muy de | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en |
|--|--------|---|---|---|---|--------|
| 1. Los objetivos generales de la guía están específicamente                            | Muy de |   |   |   |   | Muy en |
| 2. Los aspectos clínicos cubiertos por la guía están específicamente descritos         | Muy de |   |   |   |   | Muy en |
| 3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos | Muy de |   |   |   |   | Muy en |

|  |        |  |  |  |  |        |
|--|--------|--|--|--|--|--------|
| 4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias                     | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos  | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana  | Muy de |  |  |  |  | Muy en |

|  |        |  |  |  |  |        |
|--|--------|--|--|--|--|--------|
| 8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia científica                             | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 9. Los criterios para seleccionar la evidencia científica se describen con claridad                              | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos                          | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias científicas en las que se  | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación                                       | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía  | Muy de |  |  |  |  | Muy en |

|  |        |  |  |  |  |        |
|--|--------|--|--|--|--|--------|
| 15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas                                      | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables                                    | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 18. La guía está apoyada con herramientas para su  | Muy de |  |  |  |  | Muy en |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|



|  |        |  |  |  |  |        |
|--|--------|--|--|--|--|--------|
| 19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones       | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones                   | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar la monitorización o la auditoría | Muy de |  |  |  |  | Muy en |

|   |        |  |  |  |  |        |
|---|--------|--|--|--|--|--------|
| 22. La guía es editorialmente independiente de la entidad                               | Muy de |  |  |  |  | Muy en |
| 23. Se han registrado los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo | Muy de |  |  |  |  | Muy en |

#### EVALUACION GLOBAL

¿Recomendarías esta guía para su uso en la práctica?

Muy recomendada

Recomendada (con condiciones  
o modificaciones) No  
recomendada

No se sabe

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

