

Giovanna Rocio Peralta Alva

Hanane Harrandou Medoum Mensouri

**“EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL Y
TRANSCULTURAL DEL PACIENTE PALIATIVO Y SU FAMILIA. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA”.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Montserrat Pérez Martí

Grado Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Sede Vilafranca del Penedés curso académico 2025-2026

Importas porque eres tú, e importas hasta el último momento de tu vida.

Cicely Saunders, s. f (Enfermera y Trabajadora Social)

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todo el equipo docente que nos ha acompañado a lo largo de nuestra carrera. Cada asignatura, cada práctica y cada consejo han sido piezas fundamentales en la realización de este Trabajo de Fin de Grado. Gracias por su dedicación, por su exigencia y por inculcarnos el compromiso y la responsabilidad que exige la enfermería.

Deseamos expresar un agradecimiento muy especial a nuestra tutora de TFG, Montserrat Pérez Martí, por acompañarnos en este camino que comenzó como una simple idea y se transformó en un proceso de crecimiento personal y académico.

Gracias por creer en nuestro proyecto cuando aún no era más que un boceto lleno de ilusión e incertidumbre. Supo ver su potencial incluso antes de que nosotras lo percibiéramos con claridad. Desde su vocación como enfermera y docente, nos enseñó que el conocimiento no es solo rigor, sino también humanidad; que investigar es, en esencia, una forma de cuidar. Nos guió con paciencia, nos retó a pensar más allá de lo evidente y nos sostuvo cuando surgieron las dudas. Más que dirigir este trabajo, lo acompañó; más que evaluarlo, lo hizo crecer. Y en ese crecimiento, nosotras también crecimos.

Queremos también agradecer profundamente a nuestras familias: a nuestras parejas, hijos, padres y seres queridos. Gracias por su infinita paciencia, por comprender nuestras ausencias, por sostener el hogar cuando nosotras no podíamos estar presentes y por recordarnos, en los momentos más difíciles, por qué comenzamos este camino. Este logro también es suyo, pues sin su apoyo incondicional no habría sido posible.

Finalmente, queremos dedicarnos unas palabras a nosotras mismas: a dos mujeres, madres de familia y profesionales, que decidieron apostar por su vocación y afrontar el desafío de estudiar sin renunciar a ninguna de sus responsabilidades. No ha sido un camino fácil; hubo noches sin dormir, jornadas interminables y momentos de duda. Pero también hubo determinación, valentía y la profunda convicción de que los sueños no tienen fecha de caducidad. Hoy podemos afirmar que el esfuerzo ha valido la pena. Este trabajo no solo representa el cierre de una etapa académica, sino también la prueba de nuestra constancia y capacidad de superación, uno de los mayores aprendizajes que nos llevamos.

A todas las personas que nos han acompañado en este camino, ¡mil gracias!

RESUMEN

El aumento del envejecimiento poblacional, la prevalencia de enfermedades crónicas y los movimientos migratorios han generado un contexto sanitario caracterizado por una creciente diversidad cultural. En este escenario, los cuidados paliativos requieren un enfoque integral que tenga en cuenta no solo las necesidades físicas del paciente, sino también las dimensiones emocionales, sociales, espirituales y culturales. La enfermería, por su cercanía y continuidad asistencial con el paciente y su familia, desempeña un papel fundamental en el acompañamiento durante el proceso de enfermedad avanzada y al final de la vida.

El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia científica disponible sobre cómo la integración de la competencia cultural en la práctica enfermera puede mejorar la calidad de vida de los pacientes paliativos procedentes de contextos culturales diversos. Para ello se realizó una revisión bibliográfica sistemática de carácter descriptivo mediante la búsqueda de literatura científica en bases de datos como PubMed, CINAHL, Cuiden y Cuidatge, utilizando descriptores relacionados con enfermería transcultural, competencia cultural y cuidados paliativos. Los resultados muestran que la competencia cultural favorece una atención más humanizada, mejora la comunicación entre profesionales, pacientes y familias, y contribuye a una mayor satisfacción con los cuidados recibidos. Asimismo, se identifican barreras relacionadas con el idioma, las creencias religiosas, el desconocimiento del sistema sanitario y la falta de formación específica en los profesionales.

Se concluye que la incorporación de la enfermería transcultural en los cuidados paliativos es esencial para ofrecer una atención integral, equitativa y culturalmente competente, que respete los valores y creencias de cada paciente y promueva una experiencia de cuidado digna al final de la vida.

Palabras clave: cuidados paliativos, enfermería transcultural, competencia cultural, comunicación, atención terminal.

ABSTRACT

Population ageing, the increasing prevalence of chronic diseases, and global migration have created a healthcare context characterized by growing cultural diversity. In this scenario, palliative care requires a comprehensive approach that addresses not only patients' physical needs but also their emotional, social, spiritual, and cultural dimensions. Nursing plays a key role in this process due to its close and continuous relationship with patients and their families during advanced illness and end-of-life care.

The objective of this study is to analyze the available scientific evidence on how the integration of cultural competence into nursing practice can improve the quality of life of palliative care patients from diverse cultural backgrounds. A descriptive systematic literature review was conducted using scientific databases such as PubMed, CINAHL, Cuiden, and Cuidatge. The search strategy included descriptors related to transcultural nursing, cultural competence, and palliative care.

The findings indicate that cultural competence promotes more humanized care, improves communication between healthcare professionals, patients, and families, and increases satisfaction with care. However, several barriers were identified, including language difficulties, religious beliefs, limited knowledge of healthcare systems, and insufficient cultural training among professionals.

In conclusion, integrating transcultural nursing into palliative care is essential to provide holistic, equitable, and culturally competent care that respects patients' values and beliefs and promotes dignity and quality of life at the end of life.

Key words: palliative care, transcultural nursing, cultural competence, communication, terminal care.

Tabla 1. Acrónimos y descripciones. Elaboración propia.

Acrónimo	Descripción
CUA	Calidad, Utilidad y Aplicabilidad
ECD	Enfermedades Crónico-Degenerativas
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EUROSTAT	Oficina Estadística de la Unión Europea
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
SAIDAR	Es un acrónimo utilizado en enfermería transcultural para la valoración cultural del paciente. S: Situación; A: Antecedentes; I: Interpretación; D: Decisión; A: Acción; R: Resultado / Reacción
UNESCO	Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura.

Tabla 2. Definiciones de términos

Término	Definición
Cosmovisión	Conjunto de creencias, valores y conceptos que conforman la visión global, interpretación y entendimiento del mundo y del universo de una persona, cultura o época.
Diversidad Cultural	Variedad de culturas y tradiciones que coexisten en una sociedad
Interculturalidad	Presencia de varias culturas que se complementan
Menester	Necesidad, algo que es preciso o indispensable.
Multiculturalidad	Presencia de diferentes culturas que no se relacionan entre ellos
Pluriculturalidad	Coexistencia de varias culturas en sociedad respetando su diversidad.
Sincretismo	Proceso de mezcla, fusión y asimilación de diferentes tradiciones culturales, religiosas o filosóficas, dando lugar a una nueva expresión cultural

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. MARCO TEÓRICO.....	12
3.1 Envejecimiento poblacional y aumento de necesidades paliativas.....	12
3.2 Los retos del envejecimiento poblacional para los ingresos públicos.....	13
3.3 Enfermedades crónicas y degenerativas y la complejidad del cuidado.....	14
3.4 Globalización y movimientos migratorios.....	15
3.5 Migración y sanidad.....	16
3.6 Determinantes sociales de salud.....	18
3.7 Cuidados paliativos.....	19
3.8 La enfermería en cuidados paliativos.....	20
3.9. Rol de la enfermería paliativa.....	20
3.10. Diversidad cultural.....	21
3.11. Definición de Diversidad Cultural según la UNESCO.....	21
3.12. Expresiones Culturales como Manifestación de la Diversidad.....	20
3.13 Importancia de la Diversidad Cultural en el Contexto Actual.....	22
3.14 La Diversidad Cultural como Patrimonio Común de la Humanidad.....	23
3.15 El cuidado y la cultura: dos dimensiones holísticas del ser humano.....	23
3.16 Teoría de la diversidad y la universalidad: Madeleine Leininger.....	23
3.17. Enfermería transcultural.....	25
3.18. Necesidad de la enfermería transcultural.....	25
4. METODOLOGÍA.....	27
4.1. Objetivo general:.....	27
4.2. Objetivos específicos:.....	27
4.3. Tipo de muestra/ estudio.....	27
4.4. Periodo de estudio.....	27
4.5. Estrategia de búsqueda.....	28
4.6. Extracción de datos.....	30
4.7. Síntesis de datos.....	30
4.8. Consideraciones éticas.....	31
4.9. Análisis crítico de la evidencia.....	31
4.10 Validez interna y sesgos.....	31
5. RESULTADOS.....	33
5.1. Resultados generales.....	33
5.2. Resultados CUA.....	42
5.3. Resultados validez interna y sesgos.....	46
6. DISCUSIÓN.....	48
6.1. Competencia cultural en enfermería paliativa.....	48
6.2. Comunicación y espiritualidad en contextos multiculturales.....	49
6.3. Barreras culturales en la atención al final de la vida.....	49

6.4. Rol de la enfermería en el cuidado transcultural.....	50
7. CONCLUSIONES.....	51
8. LIMITACIONES.....	52
9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	53
10. BIBLIOGRAFÍA.....	54
11. ANEXOS.....	62
Anexo 1: Cronograma. Elaboración propia.....	62
Anexo 2: Criterios de evaluación metodológica de estudios cualitativos.....	62
Anexo 3: Criterios de evaluación metodológica de estudios cuantitativos.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Acrónimos y descripciones.....	4
Tabla 2. Definiciones de términos.....	4
Tabla 3. Necesidades culturales y religiosas.....	19
Tabla 4. Estrategias de búsqueda en bases de datos.....	31
Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión	32
Tabla 6. Artículos seleccionados.....	37
Tabla 7. Evaluación criterio CUA	44
Tabla 8. Lectura crítica de CASPe cualitativa.....	49
Tabla 9. Lectura crítica de CASPe cuantitativa.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representación gráfica del Modelo del Sol Naciente de M. Leininger.....	25
Figura 2. Diagrama de flujo según guía PRISMA 2020.....	33

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los cambios demográficos, sociales y culturales han dado lugar a un progresivo envejecimiento de la población, consecuencia del aumento de la esperanza de vida y del descenso de la natalidad. Este fenómeno ha incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y terminales, generando una mayor demanda de atención sanitaria especializada, especialmente en el ámbito de los cuidados paliativos. Las personas migrantes y pertenecientes a minorías étnicas presentan importantes desigualdades en el acceso a los cuidados paliativos, condicionadas por barreras lingüísticas, desconocimiento del sistema sanitario, desconfianza institucional, estigmas y factores culturales y religiosos. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), es una organización internacional que reúne a países para promover el desarrollo económico, el bienestar social y la cooperación entre gobiernos mediante el análisis de datos y recomendaciones de políticas públicas. (OCDE), estos colectivos utilizan menos los servicios especializados y dependen en mayor medida del cuidado familiar, mientras que en los países de ingresos bajos y medios las limitaciones del sistema sanitario y los diagnósticos tardíos agravan aún más esta situación. El escaso conocimiento sobre el uso de opioides debido a restricciones legales en el país de origen, falta de formación y creencias culturales dificulta de forma significativa el control del dolor. En conjunto, la evidencia señala la necesidad de mejorar la comunicación intercultural, eliminar barreras de acceso y reforzar la formación profesional para garantizar una atención paliativa equitativa a la población migrante. (Phiri et al., 2023)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los cuidados paliativos como un enfoque integral dirigido a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias ante enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, a través de una adecuada valoración y tratamiento del dolor y de los problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial, ya que proporciona cuidados continuos y personalizados, además de ofrecer apoyo emocional y acompañamiento tanto al paciente como a su entorno familiar, garantizando la dignidad, la autonomía y el bienestar hasta el final de la vida. (Cuidados Paliativos, n.d.)

Por otro lado, el aumento de la diversidad cultural derivada de la globalización y de los movimientos migratorios ha transformado las sociedades actuales en entornos pluriculturales.

Esta realidad plantea nuevos retos para los profesionales sanitarios, que deben ser capaces de ofrecer una atención respetuosa y adaptada a las creencias, valores y prácticas culturales de cada persona. En este sentido, la competencia cultural se convierte en una habilidad fundamental en la práctica enfermera, especialmente en el ámbito de los cuidados paliativos, donde las vivencias del sufrimiento, la muerte y el duelo están profundamente determinadas por factores culturales y espirituales.

La Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger constituye el principal marco teórico de este enfoque. Leininger, enfermera y antropóloga, introdujo la enfermería transcultural como una disciplina orientada al estudio comparativo de las culturas para identificar tanto los elementos universales como las particularidades del cuidado. Según su teoría, el cuidado es el núcleo esencial de la enfermería, pero su forma de expresión varía según los valores, creencias y estilos de vida de cada grupo cultural. Aplicada a los cuidados paliativos, esta teoría permite ofrecer una atención culturalmente congruente, respetando los rituales, las decisiones al final de la vida, las creencias espirituales y las formas de afrontar la muerte y el duelo. (Marrero-González & Marrero-González, 2023)

Pregunta de investigación

¿La integración de la competencia cultural en la práctica enfermera de cuidados paliativos favorece una atención más humana, eficaz y satisfactoria en pacientes de diversidad cultural debido a su religión, país, raza, cultura, y su entorno, mejorando la calidad del cuidado al final de la vida?

P: Pacientes en cuidados paliativos con diversidad cultural, religiosa, racial, étnica o del país de origen.

I: Integración de la competencia cultural en la práctica enfermera.

C: Atención enfermera habitual sin integración explícita de competencia cultural.

O: Atención más humana, eficaz y satisfactoria. Mejora de la calidad de vida del cuidado al final de la vida.

La integración de la competencia cultural en la práctica de enfermería de cuidados paliativos permite ofrecer una atención más humana y respetuosa, adaptada a las creencias, valores y tradiciones de cada paciente, considerando su religión, país, raza, cultura y entorno. Al

reconocer y valorar la diversidad cultural, los enfermeros pueden ofrecer cuidados que no solo alivien el dolor físico, sino que también acompañen emocional y espiritualmente al paciente y a su familia, promoviendo dignidad, confort y bienestar en el tramo final de la vida. Esta aproximación personalizada no solo mejora la eficacia del cuidado, sino que fortalece la relación entre enfermero-paciente y aumenta la satisfacción, contribuyendo a una experiencia de cuidado más significativa, inclusiva y sensible a la singularidad de cada persona.

2. JUSTIFICACIÓN

A pesar de la creciente magnitud de los movimientos migratorios, el aumento de la esperanza de vida y la relevancia de la diversidad cultural en los sistemas de salud, sigue existiendo una notable carencia de cuidados transculturales aplicados en general, y específicamente a los cuidados paliativos, que puede ser por desconocimiento, falta de formación de los profesionales, en especial enfermería, ya que son el colectivo que más relación y contacto tienen con los pacientes y sus familias. Aunque tanto las teorías enfermeras como la literatura reconocen la importancia de incorporar la dimensión cultural en la práctica enfermera. Otro factor asociado es que la evidencia científica disponible es todavía limitada. La mayor parte de los estudios se centran en aspectos concretos, como la comunicación, la espiritualidad o la toma de decisiones al final de la vida; sin embargo, no se profundiza en cómo adaptar de forma integral los cuidados paliativos a las particularidades culturales de cada paciente y su familia. Esta falta de enfoque integral pone de manifiesto la necesidad de carácter urgente con tal de ampliar la investigación para desarrollar guías clínicas, modelos de intervención y estrategias formativas que permitan ofrecer cuidados paliativos culturalmente competentes, garantizando dignidad, confort y un acompañamiento respetuoso en la etapa final de la vida. (Im & Lee, 2018)

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Envejecimiento poblacional y aumento de necesidades paliativas

La transición epidemiológica ha desplazado el peso de las enfermedades agudas hacia problemas crónicos y degenerativos, se nombran a las de alta prevalencia, como cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica y demencias. Estas patologías suelen generar deterioro progresivo, fragilidad y necesidades continuas de apoyo.

El envejecimiento progresivo de la población española anticipa un incremento significativo de la dependencia, configurándose como un desafío estructural para el sistema sanitario, social y económico. La evidencia demográfica muestra que España avanza hacia convertirse en uno de los países más envejecidos, lo que intensifica la necesidad de comprender los determinantes de la discapacidad en la vejez, aspecto que se explica con más detalle en el siguiente punto. (Caride-Miana et al., 2025)

Entre estos factores, el nivel educativo emerge como un elemento clave: las personas con menor instrucción presentan más años vividos con discapacidad y mayores tasas de dependencia, lo que refleja la persistencia de desigualdades sociales en el proceso de envejecimiento. (Abellán A, et al., 2015)

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se fundó en 1961 y actualmente está integrada por 34 países miembros: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Corea, Dinamarca, España, Estados Unidos, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suecia, Suiza y Turquía. Su objetivo principal es fomentar el desarrollo económico y social mediante la cooperación entre los gobiernos y la coordinación de políticas públicas, evidencia tendencias heterogéneas en la reducción de la discapacidad, con descensos más acusados en contextos donde las mejoras socioeconómicas y sanitarias se han producido de manera más temprana o intensiva. En paralelo, el aumento de la esperanza de vida plantea una paradoja demográfica: aunque la prevalencia de discapacidad pueda disminuir, el volumen total de personas dependientes tiende a aumentar por la expansión de las edades avanzadas. (Acerca de | OCDE, n.d.)

En el contexto de cuidados paliativos la enfermería adquiere un papel central, ya que se enfocan en aliviar el sufrimiento, manejar síntomas físicos y emocionales, acompañar procesos de adaptación y favorecer una muerte digna. El incremento de personas mayores implica un mayor número de pacientes que transitan por fases avanzadas de enfermedad, y por tanto, una ampliación del ámbito paliativo más allá del final de vida, hacia etapas tempranas de la cronicidad.

La enfermería, por su proximidad al paciente y a la familia, se convierte en un agente esencial de continuidad, capaz de coordinar cuidados, evaluar necesidades cambiantes, identificar crisis clínicas y emocionales, y promover decisiones informadas sobre el plan terapéutico. (El Envejecimiento de La Población: Tendencias, Causas y Desafíos Futuros, n.d.)

3.2. Los retos del envejecimiento poblacional para los ingresos públicos

La economía global atraviesa un profundo proceso de envejecimiento demográfico, caracterizado por la caída de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Este fenómeno es especialmente acusado en España, donde la tasa de fecundidad es de (1,16 hijos por mujer en 2022) es una de las más bajas del mundo y la esperanza de vida (83,1 años) se sitúa entre las más altas. Como resultado, las proyecciones de Eurostat¹ anticipan un fuerte incremento de la tasa de dependencia, que podría pasar del 30,5 % al 59,4 % en tres décadas, situando a España entre los países más envejecidos de la UE a mediados de siglo. (El Impacto Del Envejecimiento Poblacional En Los Ingresos Públicos | Diario Socialista, n.d.)

Según un informe del banco español del año 2024 advierte que, el envejecimiento reducirá los ingresos públicos por varias vías. Primero, el aumento de jubilados disminuirá la base del IRPF, ya que las pensiones generan menos ingresos y pagan tipos efectivos más bajos en un sistema fiscal progresivo. Segundo, los cambios en los patrones de consumo y ahorro según la edad reducirán la recaudación de impuestos indirectos como el IVA, dado que los hogares mayores consumen más bienes con tipos reducidos y menos sujetos a impuestos especiales. Tercero, la composición de las rentas cambiará: crecerá el peso de los rendimientos del capital, que suelen tributar menos que los salarios, afectando también a las cotizaciones sociales. (Los retos del envejecimiento poblacional para los ingresos públicos(*) ProQuest, n.d.)

¹ Oficina Estadística de la Unión Europea

Además, la riqueza se concentra cada vez más en los hogares de mayor edad, especialmente en forma de vivienda, lo que puede limitar la recaudación si la fiscalidad sobre el capital y el patrimonio es baja. Aunque las transmisiones patrimoniales podrían aumentar, su impacto dependerá del diseño de los impuestos sobre sucesiones y donaciones.

En conjunto, el informe concluye que el envejecimiento erosionará las principales bases fiscales mientras aumenta la demanda de gasto público. Por ello, el Estado español afrontará la necesidad de profundas reformas fiscales y de sus estructuras impositivas para garantizar la sostenibilidad de las finanzas públicas; de no hacerlo, el sistema fiscal y los servicios públicos podrían verse gravemente comprometidos. (El Impacto Del Envejecimiento Poblacional En Los Ingresos Públicos | Diario Socialista, n.d.)

3.3. Enfermedades crónicas y degenerativas y la complejidad del cuidado

Las enfermedades no transmisibles (ENT) y las enfermedades crónicas degenerativas (ECD), constituyen uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial. Según datos declarados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y actualizados hasta el año 2025, estas enfermedades causaron al menos 43 millones de muertes en 2021, lo que equivale al 75% de las muertes globales no asociadas a una pandemia. De ese total, 18 millones de personas fallecieron de manera prematura antes de cumplir los 70 años, y el 82% de esas muertes ocurrió en países de ingresos bajos y medianos, donde además se concentra el 73% de todas las muertes por (ENT) y (ECD). Las enfermedades cardiovasculares representan la mayor carga de mortalidad, con al menos 19 millones de muertes, seguidas por el cáncer con 10 millones, las enfermedades respiratorias crónicas 4 millones y la diabetes más de 2 millones, incluidos los fallecimientos por nefropatía diabética; en conjunto, estos cuatro grupos explican el 80% de las muertes prematuras por (ENT) y (ECD). Factores de riesgo como el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo nocivo del alcohol, una alimentación poco saludable y la contaminación atmosférica incrementa radicalmente la probabilidad de padecer y morir por estas enfermedades, por lo que la detección temprana, el cribado, el tratamiento oportuno y los cuidados paliativos son componentes esenciales de la respuesta holística frente a las (ENT) y (ECD). (OMS, 2025). Organización Mundial de la Salud. (2025, 25 de septiembre). Enfermedades no transmisibles. (Enfermedades No Transmisibles, n.d.)

La complejidad del cuidado de las personas adultas mayores con (ECD) se relaciona con la necesidad de atender múltiples dimensiones del ser humano, tal como lo plantea el modelo de Virginia Henderson. Los cuidadores informales deben cubrir necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales, como la alimentación, la higiene, la movilidad, la eliminación, la seguridad, el descanso, la comunicación y el respeto a las creencias. Esta diversidad de cuidados exige reorganizar el tiempo, los roles familiares y las actividades laborales del cuidador, incrementando la carga asistencial a medida que avanza la enfermedad y se agrava la dependencia del familiar cuidador (Rogero-García, Jesús. 2010). (Las Consecuencias Del Cuidado Familiar Sobre El Cuidador: Una Valoración Compleja y Necesaria, n.d.)

La repercusión del cuidado en la salud del cuidador es impactante y se manifiesta como cansancio y/o sobrecarga física, emocional, social y económica. El estudio “Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa”, mostró que más de la mitad de los cuidadores presentaban un cansancio intenso, siendo las mujeres el grupo más afectado. Asimismo, se evidenció que a mayor grado de cansancio y mayor complejidad de los cuidados prestados, mayores son las repercusiones negativas en la salud del cuidador, confirmando una relación significativa entre estas variables. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones enfermeras dirigidas al apoyo, la capacitación y la prevención del deterioro de la salud de los cuidadores informales. (Vicente, M. et al., 2013) (Carrillo et al., 2015)

3.4. Globalización y movimientos migratorios

La creciente globalización y los movimientos migratorios han convertido a España en un país pluricultural y diverso, con personas de diferentes religiones y tradiciones. Esta realidad hace imprescindible que los cuidados de enfermería se enfoquen desde una perspectiva transcultural, considerando las creencias, valores y estilos de vida de cada paciente.

En la actualidad, España se caracteriza por ser un país pluricultural debido al notable incremento de la población extranjera, impulsado por la globalización y los movimientos migratorios. Según el informe del Censo Anual de Población del Instituto Nacional de Estadística (INE), concretamente del mes de diciembre del año 2025, la población residente en España se situó en 49.128.297 habitantes a 1 de enero de 2025, de los cuales 6.911.971 personas poseen nacionalidad extranjera, lo que representa el 14,1 % del total de la

población, configurando un perfil social diverso y enriquecido por múltiples culturas, tradiciones y religiones.

Este 14,1 % de la población equivale, en términos absolutos, a casi 7 millones de personas, una cifra comparable a la población conjunta de varias comunidades autónomas españolas. De hecho, supera ampliamente la suma de comunidades como Cantabria (en torno a 600.000 habitantes) y La Rioja (aproximadamente 320.000), lo que permite dimensionar la magnitud del fenómeno migratorio en España. (INE base / Demografía y Población / Cifras de Población y Censos Demográficos /Censo Anual de Población / Últimos Datos, n.d.)

Entre los grupos extranjeros más numerosos destacan, en primer lugar, los ciudadanos de Marruecos, con cerca de un millón de residentes, conformando la comunidad extranjera más grande del país. Les siguen los colombianos, cuya presencia ha aumentado de forma significativa en los últimos años, superando el medio millón de personas. En tercer lugar se sitúan los rumanos, uno de los colectivos europeos más consolidados en España, también con más de seiscientos mil residentes. Además de estos tres grupos principales, España acoge a un número creciente de personas procedentes de países como Venezuela, Ecuador, Italia, China y diversas naciones del África subsahariana, lo que refuerza la pluralidad cultural del país. Esta diversidad influye directamente en el ámbito sanitario, donde se vuelve imprescindible comprender y respetar las creencias, valores y costumbres de las diferentes comunidades para ofrecer un cuidado enfermero integral y culturalmente competente. (Causas de Las Migraciones | Migración (ESO), n.d.)

3.5. Migración y sanidad

La migración constituye un determinante social de la salud que influye de forma significativa en el acceso y la calidad de los cuidados paliativos. Según el documento Migración y sanidad del año 2018, analiza cómo las personas migrantes, especialmente aquellas en situación administrativa irregular o con barreras lingüísticas y culturales, presentan mayores dificultades para acceder a cuidados paliativos especializados y a una atención integral al final de la vida. Estas desigualdades se traducen en una atención más tardía, un mayor uso de servicios de urgencias y limitaciones en la planificación anticipada de los cuidados.

Asimismo, el texto pone de relieve la existencia de barreras en la comunicación entre profesionales sanitarios, paciente y familias, así como diferencias culturales en la percepción

del sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Todo ello condiciona la toma de decisiones compartidas y la adecuación de los cuidados. El documento subraya la necesidad de desarrollar políticas sanitarias inclusivas, mejorar la competencia cultural de los profesionales y reforzar la mediación intercultural, con el objetivo de garantizar una atención paliativa equitativa, centrada en la persona y basada en un enfoque de derechos humanos. (Abubakar et al., 2018)

Tabla 3: Consideraciones específicas en la atención sanitaria en relación con las necesidades del paciente según su contexto cultural y religioso. Elaboración propia.

Religión	Prácticas religiosas	Técnicas rechazadas	Final de vida	Tratamiento paliativo
Católica	Oración, sacramentos (confesión, unción de los enfermos, presencia capellán)	Rechazo de eutanasia y suicidio asistido	Acepta limitación de esfuerzo terapéuticos si el esfuerzo es desproporcionado, rechazo eutanasia	Aceptados, aliviar el dolor aunque pueda acortar la vida indirectamente
Testigos de Jehová	Oración, asistencia de ancianos de congregación	Transfusiones de sangre y componentes principal	Rechazo transfusiones incluso en situaciones críticas	Aceptados sin uso de sangre
Islam	Oración, orientación hacia La Meca, presencia de imán, normas halal	Eutanasia y suicidio asistido	Mantener la vida, puede aceptarse la retirada de tratamientos fútiles	Aceptados
Judía	Oración, presencia de rabino, normas dietéticas (kosher), respeto al Shabat	Tratamientos para salvar la vida, transfusiones, cirugía	Prolongar la vida es un deber; puede evitarse ensañamiento terapéutico	Aceptados para aliviar el dolor
Budista	Meditación, presencia de monje, ambiente tranquilo	Eutanasia activa (en la mayoría de tradiciones)	Importancia de la lucidez en el momento de morir; evitar sedación excesiva si es posible	Aceptados, preferiblemente sin afectar la consciencia
Evangélica	Oración, lectura bíblica, acompañamiento pastoral	En general, eutanasia y suicidio asistido	Decisiones según conciencia individual; tendencia a rechazar eutanasia	Aceptados para aliviar el sufrimiento

Hinduista	Oración, mantras, presencia de guía espiritual, rituales	Eutanasia (según muchas interpretaciones)	Muerte consciente y en paz; rituales antes y después de la muerte	Aceptados para aliviar el sufrimiento
Ortodoxa	Oración, sacramentos, presencia de sacerdote	Eutanasia y suicidio asistido	Rechazo de eutanasia; puede aceptarse limitación de tratamientos desproporcionados	Aceptados

(Guia para el Respeto a la Diversidad de Creencias en los Centros Sanitarios de Catalunya, n.d.)

3.6. Determinantes sociales de salud

Según el informe avanzado hacia la equidad del año 2015, la salud de las personas no depende solo de factores biológicos o individuales, sino fundamentalmente de los determinantes sociales de la salud, es decir, de las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Las desigualdades en salud se explican por los determinantes sociales, que se dividen en tres niveles:

1. **Determinantes estructurales:** son los factores que organizan la sociedad y generan desigualdades, como las políticas económicas y sociales, el poder político y ejes como clase social, género, edad, etnia o territorio. Estos factores condicionan el acceso a recursos y oportunidades.
2. **Determinantes intermedios:** son las condiciones de vida que afectan directamente a la salud, como el empleo, los ingresos, la vivienda, el entorno, el estrés, el apoyo social, los hábitos de salud y el acceso al sistema sanitario.
3. **Enfoque del ciclo vital:** las desigualdades se acumulan a lo largo de la vida. Comienzan en la infancia, continúan en la adultez y se agravan en la vejez.

El texto concluye que estas desigualdades no son inevitables y pueden reducirse mediante políticas públicas que promuevan la equidad social. (Ministerio, 2015)

3.7. Cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos, también conocidos como “Hospice care” *en su* origen anglosajón, constituyen un modelo asistencial orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y la de sus familias. Su finalidad principal es proporcionar control sintomático, bienestar físico y acompañamiento emocional y espiritual, sin intención de prolongar la vida ni acelerar la muerte. Este enfoque se apoya en una atención integral que incluye tanto el domicilio como instituciones especializadas, y contempla además el apoyo al duelo como parte esencial del proceso. (Cuidados Paliativos, n.d.)

El movimiento moderno de Cuidados Paliativos se consolidó en la década de 1960 en Londres bajo el impulso de Cicely Saunders, figura clave en la historia de esta disciplina. Tras su experiencia como enfermera, trabajadora social y posteriormente como médico, Saunders comprendió la necesidad de un enfoque global para los enfermos en fase terminal. Su trabajo cristalizó en la fundación del St.Christopher’s Hospice en 1967, considerado el primer centro moderno de Cuidados Paliativos. En él se integraban de forma novedosa la atención clínica, la investigación y la formación de profesionales, cimentando una filosofía basada en la dignidad humana, el alivio del sufrimiento y la continuidad de cuidados. (Redwine & Ganti, 2024)

Desde el modelo británico, los Cuidados Paliativos se expandieron internacionalmente. En el Reino Unido se desarrollaron estructuras complementarias como los equipos de atención domiciliaria, los Centros de Día y los equipos de soporte hospitalario. La especialidad fue reconocida oficialmente en 1987. Posteriormente, el movimiento se extendió a Estados Unidos, donde predomina el cuidado domiciliario y donde influyeron además los trabajos de Elisabeth Kübler-Ross², Canadá, Europa occidental, Europa del Este y otros continentes. Países como Polonia, Australia o Japón han desarrollado sistemas sólidos, mientras que América Latina ha avanzado a partir de iniciativas profesionales locales, aunque enfrentando limitaciones económicas y de acceso a analgésicos opioides. (Kübler-Ross, E., 1969).

El término de “Cuidados Paliativos” ha ido evolucionando y muestra una transformación profunda en la atención al final de la vida, promoviendo un modelo centrado en la persona, fundamentado en la evidencia científica y orientado a garantizar una muerte digna mediante

² Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suiza que publicó en 1969 el libro “Sobre la muerte y el morir”, en el que describió las 5 fases del duelo. (Negación, ira, negociación, depresión, aceptación).

el acompañamiento integral del paciente y su entorno. Son una forma de atención dirigida a mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades terminales mediante la prevención y el tratamiento de los síntomas físicos, así como de los efectos emocionales, sociales, prácticos y espirituales derivados de la enfermedad y sus tratamientos. (Historia de Los Cuidados Paliativos – SECPAL, n.d.)

3.8. La enfermería en cuidados paliativos

La enfermería desempeña un papel central dentro del modelo paliativo debido a su contacto continuo y cercano con el paciente y su entorno. Se define como una rama especializada de la enfermería dedicada a proporcionar atención y apoyo a personas con enfermedades crónicas avanzadas, incurables o en fase terminal, así como a sus familiares. Su práctica se basa en la individualización del cuidado, la accesibilidad y la flexibilidad para responder a las necesidades cambiantes a lo largo de la evolución de la enfermedad.

El propósito fundamental de la enfermería paliativa es mejorar la calidad de vida del paciente, abordando el sufrimiento físico, emocional, social y espiritual mediante un enfoque compasivo e integral. Esta labor requiere acompañar al paciente en distintos momentos del proceso patológico, desde la fase terminal hasta los periodos preagónicos y agónicos, adaptándose en todo momento a la situación clínica, a las preferencias y a los valores personales del individuo y su familia. (Miguel et al., n.d.)

3.9. Rol de la enfermería paliativa

La enfermería desempeña un papel fundamental en los cuidados paliativos, al proporcionar una atención integral orientada al alivio del dolor y otros síntomas, así como al acompañamiento del paciente y su familia durante el proceso de enfermedad, muerte y duelo. Su presencia continua junto al paciente le permite ejercer un rol de cuidador experto, basado no solo en competencias técnicas, sino también en habilidades cognitivas, emocionales, sociales y de comunicación. (George, 2016)

Entre sus funciones principales se encuentran la identificación y satisfacción de las necesidades del paciente, la provisión de confort, la preservación de la dignidad, la educación al paciente y la familia, y la coordinación del equipo interdisciplinario para garantizar una atención de calidad. Además, la participación de la enfermera en la toma de decisiones está influida por su experiencia, formación y valores éticos, lo que refuerza su papel como

referente dentro del equipo de salud. En conjunto, el rol de enfermería en cuidados paliativos trasciende lo asistencial y se consolida como un apoyo humano esencial para el paciente y su entorno familiar. (Lisbeth Acurio-Barre et al., 2022)

3.10. Diversidad cultural

La diversidad cultural se puede establecer desde la interculturalidad en el cual existe una convivencia respetuosa y armónica entre varias culturas dentro de un mismo territorio, lo que implica aceptación mutua y reconocimiento de diferentes formas de expresión lingüística, gastronómica, artística y social. Esta interculturalidad suele traducirse en riqueza cultural, ya que favorece el sincretismo, la hibridación y la creación de nuevas manifestaciones culturales. No obstante, también puede aparecer la multiculturalidad que puede generar conflictos, especialmente cuando surge de procesos históricos traumáticos como migraciones, guerras o conquistas. (Kastoryano, n.d.)

Este concepto se relaciona con la interculturalidad, que supone relaciones igualitarias entre culturas, y con el multiculturalismo, no reconoce ni valora a las culturas y establece la suya como hegemónica. La diversidad cultural se manifiesta a través de rasgos como la etnia, la lengua, la religión, la gastronomía, el arte, el folclore y la historia, que diferencian a una cultura de otra y dan forma a su identidad. (Sarmiento, 2018)

Según la UNESCO, la diversidad cultural es tan necesaria para el desarrollo humano como la biodiversidad lo es para la vida, ya que la interacción entre culturas genera nuevas perspectivas y revitaliza las tradiciones. Por ello, muchas instituciones trabajan en la protección de las culturas minoritarias, aquellas que, frente a culturas dominantes, corren el riesgo de perder su lengua, ritos y costumbres con el paso del tiempo. (“Diversidad Cultural: Qué Es, Importancia y Ejemplos,” n.d.)

3.11. Definición de diversidad cultural según la UNESCO

De acuerdo con el Artículo 4.1 de la Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales, la diversidad cultural comprende las múltiples formas en que las culturas de grupos y sociedades se expresan, se transmiten y se transforman. Esta diversidad no solo se observa en las manifestaciones tangibles como las artes, las lenguas o las tradiciones sino también en los modos de creación, producción,

difusión y disfrute de expresiones culturales, independientemente de los medios o tecnologías utilizados.

La definición reconoce que las culturas son dinámicas y que se enriquecen mediante el intercambio continuo entre individuos y comunidades. De esta manera, la diversidad cultural no se limita a la coexistencia de diferentes identidades, sino que implica procesos constantes de interacción, reinterpretación y recreación cultural. (UNESCO, 2025)

3.12. Expresiones Culturales como Manifestación de la Diversidad

La UNESCO también define las expresiones culturales como aquellas manifestaciones que resultan de la creatividad de individuos, grupos o sociedades y que poseen un contenido cultural. Estas expresiones abarcan un amplio abanico de prácticas y productos simbólicos: desde el arte, la música, la literatura y el folclore, hasta nuevas formas de creación derivadas de los avances tecnológicos, como los productos audiovisuales o digitales.

Estas expresiones se convierten en vehículos esenciales para la transmisión del patrimonio cultural, entendiendo este como un conjunto de conocimientos, valores y significados que define la identidad de una comunidad y que se reproduce mediante procesos educativos, artísticos y comunicativos. Así, las expresiones culturales cumplen una doble función: preservan la memoria colectiva y favorecen la innovación cultural. (UNESCO, 2025)(p. 23)

3.13. Importancia de la diversidad cultural en el contexto actual

En un mundo globalizado, la diversidad cultural adquiere un papel estratégico para garantizar la convivencia, el reconocimiento de identidades diversas y el respeto a los derechos culturales. La UNESCO sostiene que la protección de la diversidad es indispensable para fomentar sociedades más inclusivas, capaces de promover el diálogo intercultural y de prevenir conflictos derivados de la intolerancia o la discriminación.

Además, la diversidad cultural está estrechamente vinculada con el desarrollo humano. Desde esta perspectiva, se considera que la pluralidad de expresiones culturales potencia la creatividad social, impulsa las industrias culturales y creativas, y contribuye al enriquecimiento económico y simbólico de las naciones. (UNESCO, 2022)

3.14. La diversidad cultural como patrimonio común de la humanidad

La convención de la UNESCO recalca que la diversidad cultural constituye un patrimonio compartido por toda la humanidad. Esta visión implica la responsabilidad colectiva de protegerla, promoverla y garantizar que todas las culturas especialmente aquellas en riesgo de desaparición o marginación tengan la oportunidad de expresarse y transmitirse a las generaciones futuras. (La Convención de 2005 Sobre La Protección y La Promoción de La Diversidad de Las Expresiones Culturales, 2016)

Esta perspectiva patrimonial subraya que la diversidad cultural es un recurso estratégico para alcanzar sociedades más democráticas y plurales, donde cada grupo pueda participar en la vida cultural en igualdad de condiciones. (UNESCO, 2025)

3.15. Cuidado y cultura: dos dimensiones holísticas del ser humano

El concepto de cultura tiene su origen en la antropología y ha evolucionado gracias a las aportaciones de distintos autores. Tylor la definió como un conjunto complejo de conocimientos, creencias, valores y costumbres adquiridos dentro de la sociedad. Posteriormente, Keesing y Murdock destacaron su dimensión ideacional, entendiendo la cultura como un sistema compartido de ideas, normas y significados que orientan la conducta humana (Helman, 2002), mientras que Ortega y Gasset la consideró una dimensión esencial de la existencia humana (Vargas, 2007). En el ámbito enfermero Madeleine Leininger introdujo la cultura en la disciplina mediante la Enfermería Transcultural, resaltando la importancia de ofrecer cuidados culturalmente congruentes y una atención holística, ya que la cultura influye directamente en la forma en que las personas viven la salud y la enfermedad (Leininger, 1978).

3.16. Teoría de la diversidad y la universalidad: Madeleine Leininger

La Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger sostiene que la cultura influye directamente en la manera en que las personas perciben la salud, la enfermedad y los cuidados. Su objetivo principal es ofrecer cuidados culturalmente congruentes, adaptados a los valores, creencias y prácticas de cada paciente, familia o comunidad (Leininger, 1994). Para ello, Leininger integró conocimientos de enfermería y antropología, dando origen a la enfermería transcultural y defendiendo una atención holística e individualizada (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018).

La teoría propone tres modos de actuación enfermera: la preservación de los cuidados culturales beneficiosos, la acomodación o negociación de prácticas culturales y la remodelación de aquellas conductas perjudiciales para la salud (Marriner-Tomey & Alligood, 1999). Además, Leininger desarrolló el método de etnoenfermería y el Modelo del Sol Naciente, que explica cómo los factores culturales, sociales y ambientales influyen en los cuidados y en la toma de decisiones enfermeras (Leininger, 1991; Leininger, 1994).

Siguiendo esta línea, otros autores ampliaron el enfoque transcultural. Rachel E. Spector destacó la relación entre cultura, estilos de vida y salud, entendiendo la enfermedad como un desequilibrio entre persona, familia y entorno (Bonill y Celdrán, 2012). Por su parte, Josepha Campinha-Bacote desarrolló un modelo basado en la conciencia cultural, el conocimiento cultural, las habilidades culturales y el encuentro cultural para proporcionar cuidados de calidad (Campinha-Bacote, 2002).

El Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger explica cómo los factores culturales, sociales, religiosos, económicos y ambientales influyen en la salud y en los cuidados de enfermería. Este modelo entiende al ser humano como parte de una cultura y de una estructura social concreta, donde la cosmovisión, la historia y el entorno condicionan la manera de percibir la salud, la enfermedad y el cuidado.

- Nivel uno: Representa la visión del mundo y los sistemas sociales.
- Nivel dos: Ofrece datos sobre las personas, las familias, los grupos y las instituciones dentro de distintos sistemas de atención sanitaria.
- Nivel tres: Aporta información sobre los sistemas de enfermería que funcionan dentro de una determinada cultura.
- Nivel cuatro: define las acciones y decisiones de enfermería para ofrecer cuidados culturalmente adecuados mediante tres intervenciones: preservar, adaptar/acomodar y reestructurar los cuidados culturales.



Figura 1-Modelo-de-Sol-Naciente-de-Leininger-1970-14.jpg (564×660).

El modelo se organiza en cuatro niveles progresivos, desde los aspectos más abstractos hasta la aplicación práctica de los cuidados. En el primer nivel se analiza la visión del mundo y los factores sociales y culturales que influyen en las personas. El segundo nivel se centra en las personas, familias, grupos e instituciones dentro de los distintos sistemas de salud. El tercer nivel estudia los sistemas de enfermería y su funcionamiento en cada contexto cultural. Finalmente, el cuarto nivel corresponde a la práctica enfermera y a la toma de decisiones, donde se aplican cuidados culturalmente coherentes mediante tres formas de actuación: la preservación de prácticas culturales beneficiosas, la acomodación o negociación de cuidados y la reestructuración de aquellas conductas que puedan resultar perjudiciales para la salud (Leininger, 1991; Leno D., 2006).

3.17. Enfermería transcultural

La enfermería transcultural surge a mediados de la década de 1950 y se consolida como disciplina a partir de los años sesenta con los aportes de Madeleine Leininger, quien introdujo la cultura como un elemento esencial del cuidado. Desde entonces, este ámbito ha adquirido una gran relevancia tanto en la investigación como en la práctica clínica, lo que se refleja en el elevado número de publicaciones científicas en los últimos años. (Evidentia, n.d.).

A lo largo de su desarrollo, la enfermería transcultural ha incorporado múltiples conceptos clave, entre los que destacan la competencia cultural, el conocimiento cultural, la sensibilidad cultural y la mediación cultural, siendo la competencia cultural considerada uno de los pilares fundamentales de la profesión enfermera. Asimismo, numerosos autores han trabajado en la construcción de teorías generales y de rango medio, así como en el análisis del rigor científico y la equivalencia de conceptos entre diferentes culturas. (Index de Enfermería, n.d.)

En paralelo a la evolución de la ciencia enfermera, la enfermería transcultural ha experimentado una transformación teórica progresiva, pasando del énfasis en las grandes teorías a un mayor desarrollo del análisis conceptual. Este proceso refleja su adaptación a los cambios sociales, culturales y sanitarios, consolidándose actualmente como un campo imprescindible para ofrecer cuidados de salud culturalmente competentes y centrados en la persona. (Im & Lee, 2018)

3.18. Necesidad de la enfermería transcultural

La creciente multiculturalidad de la población se refleja de manera directa en el sistema sanitario, lo que exige adaptar la atención paliativa a pacientes procedentes de contextos culturales diversos. Cada cultura integra creencias, valores y prácticas en muchos casos influenciadas por la religión, que condicionan la comprensión del sufrimiento, la enfermedad terminal y la muerte. Por ello, se considera fundamental abordar los cuidados al final de la vida desde una perspectiva amplia, respetuosa y centrada en la singularidad de cada paciente y su familia. (Dali, 2013)

En sociedades occidentales, la muerte suele contemplarse desde una visión laica y biológica, coexistiendo con múltiples interpretaciones religiosas y filosóficas. Esta heterogeneidad puede generar conflictos entre profesionales y pacientes cuando no se conocen adecuadamente las particularidades culturales implicadas. En respuesta a esta situación surgen los cuidados paliativos transculturales, cuyo objetivo es orientar la práctica clínica para favorecer la comunicación, el entendimiento mutuo y la calidad asistencial. (Steinberg, 2011)

El texto destaca la necesidad de formar a los profesionales sanitarios en diversidad cultural, entendiendo que cada persona tiene necesidades y valores diferentes. Los cuidados paliativos transculturales deben evitar estereotipos y ofrecer una atención personalizada y basada en la evidencia. Además, los equipos sanitarios deben estar preparados para afrontar dilemas éticos interculturales con neutralidad y respeto. La diversidad cultural no se considera un problema, sino una oportunidad para mejorar unos cuidados paliativos más universales y enriquecidos por distintas visiones culturales del final de la vida. (Dali, 2013)

4. METODOLOGÍA

4.1. Objetivo general

Analizar la evidencia científica disponible sobre cómo la integración de la competencia cultural en la práctica enfermera puede mejorar la calidad de vida de los pacientes paliativos procedentes de contextos culturales diversos, teniendo en cuenta sus necesidades desde una perspectiva integral y holística.

4.2. Objetivos específicos

1. Identificar las necesidades emocionales, psicosociales y culturales de los pacientes paliativos y sus familias, teniendo en cuenta su diversidad de valores, creencias y tradiciones.
2. Analizar las estrategias de apoyo y comunicación transcultural que emplea la enfermería para mejorar la calidad de vida del paciente y el bienestar familiar en el contexto paliativo.
3. Explorar cómo la competencia cultural de los profesionales de enfermería influye en la prestación de cuidados integrales y en la satisfacción del paciente y su entorno.

4.3. Tipo de muestra/ estudio

Las revisiones bibliográficas nos permiten recopilar, analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre un tema en concreto. Se trata de una revisión bibliográfica sistemática de carácter descriptivo sobre los cuidados paliativos desde una perspectiva enfermera transcultural, identificando las principales prácticas, barreras y consideraciones culturales que influyen en la atención al final de la vida.

Se incluyeron estudios con diferentes diseños metodológicos (cualitativos, cuantitativos y teóricos) con el fin de obtener una visión integral del fenómeno de estudio, dada la complejidad del cuidado paliativo desde una perspectiva transcultural.

4.4. Periodo de estudio

El periodo de estudio fue desde septiembre de 2025 hasta abril de 2026 para realizar la búsqueda bibliográfica, obtener los resultados y su análisis con la finalidad de responder a los objetivos planteados. El cronograma completo se detalla en el anexo 1.

4.5. Estrategia de búsqueda

Para realizar la estrategia de búsqueda se consultaron bases de datos específicas de enfermería: CINAHL, Cuiden y Cuidatge; así como bases de datos de literatura científica en salud como PubMed.

Con el objetivo de garantizar una mayor precisión en los resultados, se seleccionó vocabulario controlado mediante los descriptores MeSH, DeCS. Las palabras clave seleccionadas fueron: enfermería transcultural, competencia cultural, cuidados paliativos y comunicación. Estas fueron combinadas mediante diversas ecuaciones de búsqueda utilizando el operador booleano AND.

Se incluyeron artículos publicados en inglés o castellano y disponibles a texto completo, dentro de un período de 10 años (2015-2025), a excepción de cuidados paliativos que el periodo fue de 5 años (2020-2025). El detalle de esta búsqueda queda reflejado en la tabla 4.

La elección de estos descriptores respondió a la necesidad de abordar el fenómeno del estudio desde una perspectiva integral, contemplando tanto la dimensión cultural del cuidado como los contextos de cronicidad y paliación, así como los procesos migratorios y los factores sociales que influyen en la salud.

Seguidamente se realizó un proceso de filtrado aplicando los criterios de inclusión y exclusión detallados en la tabla 5. El proceso de cribado y la presentación de los estudios se describieron de acuerdo con la guía PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) y su diagrama de flujo, la cual permite garantizar un proceso sistemático, transparente y reproducible en la identificación, cribado y selección de los estudios (Page et al, 2021). Para más información consultar en los resultados de la Figura 2.

Tabla 4: Estrategias de búsqueda en las diferentes bases de datos. Elaboración propia.

Cuidatge	Cuiden	Pubmed		Cinahl	Total de artículos
Enfermería Transcultural	Competencia Cultural	(Transcultural Nursing) AND (Palliative Care)	Cuidados paliativos	Transcultural Nursing AND Communication	
11	289	58	202	77	637
Aplicando límites y criterios de inclusión y exclusión					
4	96	8	48	14	160
Artículos de interés real					
4	0	4	5	6	19
Total descartando duplicados					
15					

Tabla 5: Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Artículos publicados entre 2015 y 2025. Artículos publicados entre 2020 y 2025 solo para la búsqueda de cuidados paliativos. • Estudio español o inglés. • Publicaciones que aborden el rol de la enfermería en cuidados paliativos desde una perspectiva cultural o transcultural. • Artículos originales • Publicaciones con acceso a texto completo	• Documentos que no traten específicamente el ámbito enfermero. • Estudios centrados exclusivamente en aspectos médicos sin mención al cuidado cultural. • Publicaciones sin acceso al texto completo o con evidencia de baja calidad metodológica. • Todo tipo de revisiones bibliográficas (aunque se incluyeron artículos de reflexión teórica por su relevancia para el marco conceptual del estudio).

4.6. Extracción de datos

La extracción de datos relevantes fue realizada por dos revisores utilizando una tabla en un editor de textos, incluyendo los siguientes criterios: autor/ año/ país/, título, objetivo de estudio, resultados principales y tipo de artículo/ diseño. Para más información consultar resultados del estudio, tabla 6.

4.7. Síntesis de datos

El análisis se realizó mediante una síntesis descriptiva de los hallazgos, agrupando los resultados por temas o categorías emergentes, tales como:

- Competencia cultural en enfermería paliativa.
- Comunicación y espiritualidad en contextos multiculturales.
- Barreras culturales en la atención al final de la vida.
- Cuidados paliativos.

4.8. Consideraciones éticas

Al tratarse de una revisión bibliográfica, no se requirió la aprobación de un comité ético. Sin embargo, se respetaron los principios de honestidad científica y citación adecuada, asegurando el reconocimiento de las fuentes y la ausencia de plagio.

4.9. Análisis crítico de la evidencia

Para la evaluación crítica de los artículos incluidos en la revisión se empleó el criterio CUA (Calidad, Utilidad y Aplicabilidad). (Moser & Korstjens, 2017)

La calidad se valoró atendiendo al rigor metodológico de los estudios, el diseño de investigación, el tamaño muestral y el control de sesgos, apoyándose en herramientas como CASPe para el análisis de validez interna.

La utilidad se analizó en función de la relevancia de los resultados en relación con los objetivos del estudio, especialmente en lo referente a la enfermería transcultural en cuidados paliativos.

La aplicabilidad se evaluó considerando la posibilidad de trasladar los hallazgos a la práctica clínica enfermera, teniendo en cuenta el contexto sanitario y cultural, particularmente en el ámbito europeo y español. Para más información consultar resultados tabla 7.

4.10. Validez interna y sesgos

Para garantizar la validez interna del estudio, se ha seguido la metodología PRISMA en el proceso de selección y análisis de la literatura. Asimismo, la formulación de la pregunta de investigación se ha estructurado conforme a la metodología PICO.

Debido a la naturaleza académica de este trabajo, el análisis de los artículos y su representación gráfica ha sido realizada por dos investigadoras de forma conjunta y coordinada, alcanzando el consenso en caso de discrepancias. Una tercera revisora validó el cribado y realizó una revisión independiente del estudio final, validando la estrategia de búsqueda, la metodología, los resultados y su interpretación final.

Para minimizar los sesgos de la muestra seleccionada y su calidad metodológica, se ha analizado cada estudio seleccionado utilizando los instrumentos para la lectura crítica,

plantillas CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) avanzadas (CASPE,2026): una para estudios cuantitativos y otra para estudios cualitativos. Los estudios de reflexión teórica, no se han podido analizar debido a no disponer de lista de verificación específica. Para más información consultar en resultados, tablas 8 y 9.

5. RESULTADOS

5.1. Resultados generales

Tras aplicar el primer proceso de búsqueda se obtuvieron un total de 637 registros. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión iniciales, se eliminaron 477 artículos, quedando un total de 160 estudios para su revisión.

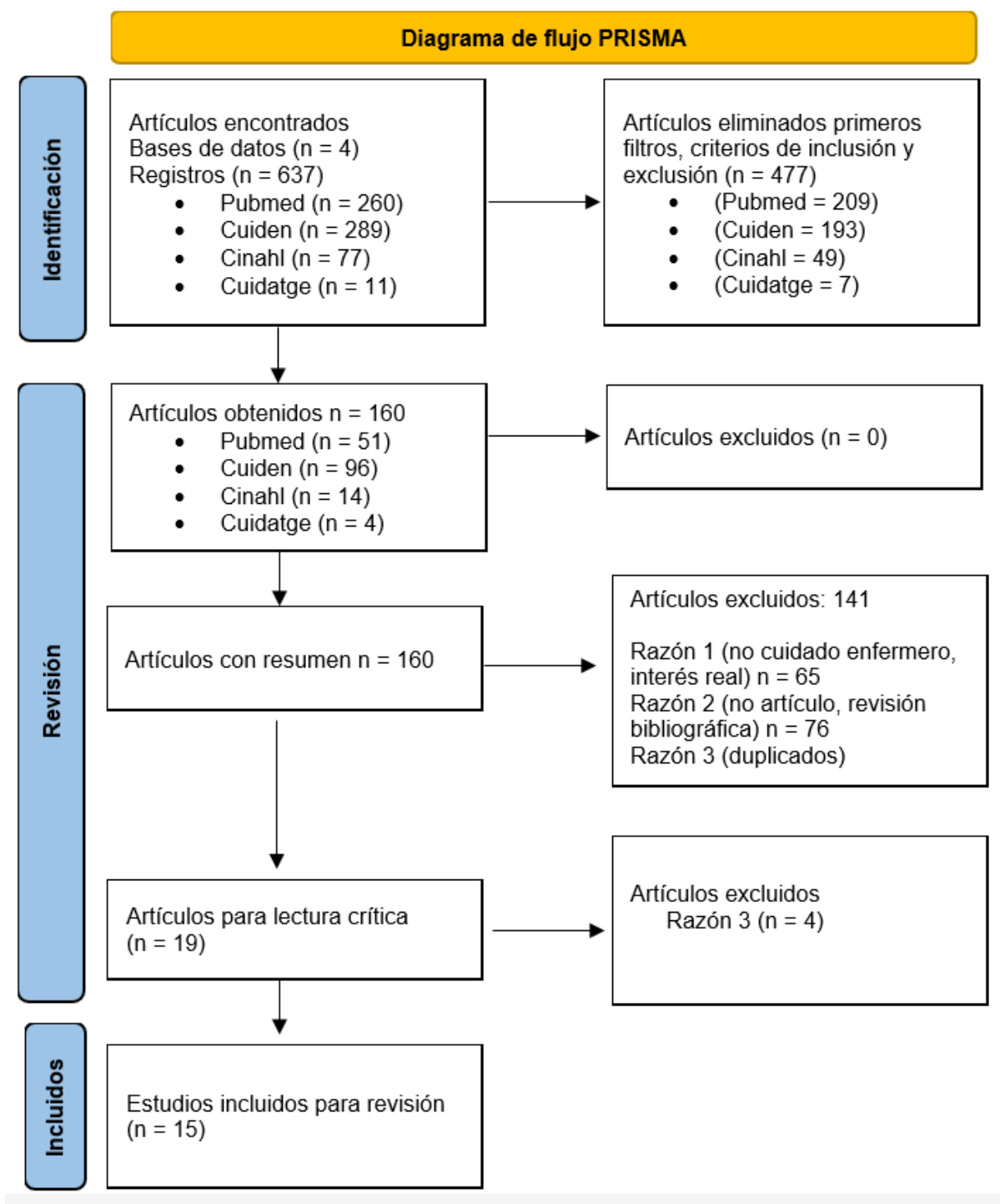
Posteriormente, se llevó a cabo una revisión de los títulos y resúmenes, excluyéndose 141 artículos por no ajustarse a los criterios establecidos, principalmente por no estar relacionados con el cuidado enfermero o por tratarse de revisiones bibliográficas. Tras esta fase, se seleccionaron 19 artículos para lectura crítica en profundidad.

Finalmente, tras la evaluación detallada, se excluyeron 4 estudios adicionales, resultando un total de 15 artículos incluidos en la revisión final.

Este proceso se representa mediante el diagrama de flujo PRISMA, el cual muestra de forma estructurada las diferentes fases de selección de los estudios: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. Véase en la Figura 2.

De estos 15 estudios incluidos el detalle de los resultados queda detallado en la tabla 6.

Figura 2. Diagrama de flujo según guía PRISMA 2020. Autoría propia.



(Page et al., 2021)

Tabla de resultados

Tabla 6: Artículos seleccionados para la revisión bibliográfica según el año de publicación, autores, base de datos, título, objetivos del estudio, resultados principales y tipos de artículo. Elaboración propia.

Autor/ Año/ País	Título	Objetivos de estudio	Resultados principales	Tipo de artículo/Diseño
(Escobar <i>et al.</i> , 2017, Costa Rica)	La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería.	Analizar la importancia de la enfermería transcultural en la práctica sanitaria y reflexionar sobre la necesidad de desarrollar competencia cultural en los profesionales de salud	La diversidad cultural supone un reto para los sistemas sanitarios. La enfermería transcultural permite comprender valores, creencias y prácticas culturales de los pacientes, favoreciendo cuidados más humanizados, mejor comunicación y mayor calidad en la atención.	Ensayo / artículo de reflexión teórica
(S. Rubio Martín & S. Rubio Martín, 2020, España)	Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural	Analizar la importancia de la competencia cultural en la práctica enfermera y reflexionar sobre el papel de la enfermería transcultural en la atención sanitaria.	La diversidad cultural influye en la percepción de salud y enfermedad. La competencia cultural permite a los profesionales comprender las creencias y valores de los pacientes con una atención más eficaz, humanizada y adaptada al contexto.	Artículo de reflexión

(Pérez Acuña & Medina, 2025, Chile)	Rasgos de un currículo de Enfermería en interculturalidad: análisis fenomenográfico	Analizar características de un currículo de enfermería con enfoque intercultural.	Necesidad de integrar la competencia intercultural de forma transversal y mediante metodologías activas.	Estudio cualitativo fenomenográfico.
(Kasimovska et al., 2023, Rusia)	La preparación de las enfermeras rusas para la atención transcultural de pacientes paliativos	Determinar el nivel de preparación de las enfermeras que trabajan en la Federación de Rusia para la atención transcultural de pacientes paliativos.	El estudio concluye que las enfermeras rusas muestran un nivel limitado de preparación para proporcionar cuidados paliativos transculturales, lo que evidencia la necesidad de incorporar formación específica en competencia cultural para mejorar la atención a pacientes de diferentes contextos culturales.	Artículo de investigación Diseño: estudio observacional basado en encuestas. Cuantitativo
(Riutort Durán <i>et al.</i> , 2025, Rusia)	Cuidado transcultural durante el proceso de morir: un estudio fenomenológico de las experiencias de enfermeras.	Explorar las percepciones y experiencias de las enfermeras sobre el cuidado transcultural en el proceso de morir y cómo integran los aspectos culturales, espirituales y religiosos en la	Las enfermeras tienen diferentes interpretaciones de la muerte, muchas desde una perspectiva principalmente biomédica. Los factores culturales, espirituales y religiosos influyen de forma importante en el cuidado al final de la	Estudio cualitativo Diseño: estudio focal

		atención al final de la vida.	vida. Se destaca la necesidad de integrar la competencia cultural en la práctica de enfermería para ofrecer un cuidado más holístico y centrado en el paciente.	
(Pérez Sandoval <i>et al.</i> , 2023, Colombia)	Creencias-prácticas culturales de pacientes con cuidados paliativos domiciliarios, desde la teoría de Leininger	Analizar y comprender las creencias y prácticas culturales de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios desde la teoría de Leininger	Se identifican creencias, valores y prácticas culturales que influyen en el cuidado en el hogar; estas afectan la percepción de la enfermedad y el cuidado; se resalta la importancia de integrar el enfoque cultural para una atención más humanizada	Estudio cualitativo con enfoque etnográfico basado en la teoría de Leininger Diseño: Entrevistas
(Busquet-Duran <i>et al.</i> , 2022, España)	Care complexity and place of death in palliative home care	Examinar la asociación entre la complejidad de cuidados (modelo HexCom) y el lugar de fallecimiento en pacientes con enfermedad avanzada atendidos en domicilio	Participaron 1527 pacientes; el 45% falleció en casa; mayor probabilidad de morir en domicilio asociada a mayor deterioro funcional, edad >80 años, sexo masculino y situación de últimos días; menor probabilidad en pacientes con cáncer, bajo apoyo familiar, conflictos emocionales o falta	Estudio cuantitativo observacional longitudinal multicéntrico

			de planificación; el modelo HexCom ayuda a mejorar la planificación anticipada	
(Díaz <i>et al.</i> , 2023, Argentina)	Chemotherapy at the end of life is compatible with dignified death and palliative care	Estimar la proporción de pacientes que fallecen por cáncer, analizar el uso de quimioterapia en los últimos 3 meses de vida y describir las características clínico-epidemiológicas de estos pacientes	De 2293 fallecidos, el 32% murió por cáncer; el 53% de estos recibió quimioterapia al final de la vida; la mayoría tenía enfermedad avanzada y mal estado funcional; el 80% falleció en el hospital; muy baja presencia de voluntades anticipadas; se evidencia un uso elevado de tratamientos agresivos al final de la vida	Estudio observacional retrospectivo descriptivo basado en revisión de historias clínicas
(Rodrigues <i>et al.</i> , 2024, Portugal)	Dying with end stage kidney disease: factors associated with place of death on a palliative care program	Caracterizar a los pacientes con enfermedad renal terminal derivados a un equipo de cuidados paliativos y analizar los factores asociados al fallecimiento en domicilio	Se incluyeron 60 pacientes; edad media elevada (84 años); solo el 18% falleció en domicilio; no se encontró asociación entre lugar de muerte y variables (edad, sexo, o tratamiento); la anuria y menor tiempo tras suspensión de diálisis se asociaron a muerte hospitalaria; mayor seguimiento paliativo se relacionó con	Estudio observacional retrospectivo de cohorte

			mayor probabilidad de fallecer en casa.	
(Cáceres-Titos <i>et al.</i> , 2025, España)	Gestión de la diversidad cultural en los cuidados al final de la vida : un estudio cualitativo.	Explorar las dificultades percibidas por los profesionales de enfermería en cuidados paliativos al atender a pacientes culturalmente diversos.	El análisis identificó cinco temas principales: -Barreras lingüísticas y de comunicación. -Diferencias culturales en creencias y rituales sobre la muerte. -La falta de formación en competencia cultural -Las redes de apoyo -El impacto emocional en los profesionales influyen en la calidad de la atención al final de la vida.	Estudio cualitativo Diseño: Fenomenológico y exploratorio.
(Ugarte Villanueva <i>et al.</i> , 2019, España)	Implementación de un protocolo de atención en Cuidados Paliativos basado en la comunicación con paciente y familia y entre niveles asistenciales	Mejorar la calidad de la atención a personas al final de la vida mediante la implementación de un protocolo de cuidados paliativos que garantice la continuidad asistencial, la	Tras el análisis de necesidades y el trabajo de campo, se desarrolló un protocolo que integra herramientas para la identificación, valoración y comunicación entre profesionales, pacientes y familias. El protocolo promueve la coordinación entre	Comunicación científica / resumen de congreso Diseño: Protocolo de atención clínica

		coordinación entre niveles de atención y la comunicación con pacientes y familias. También busca facilitar la labor asistencial mediante formación, investigación y evaluación, así como promover la participación ciudadana y la expresión de voluntades anticipadas.	niveles asistenciales, la formación de profesionales y una atención más integral y humanizada en cuidados paliativos.	
(Hemberg & Vilander, 2017, Finlandia)	Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture	Analizar la importancia de la comunicación en la relación de cuidado entre enfermeras y pacientes de otra cultura cuando no comparten el mismo idioma, con el fin de comprender cómo se construye la comunidad de cuidado en contextos interculturales.	Los resultados indican que el amor humano y el respeto por la integridad del paciente son la base de la relación de cuidado intercultural. La competencia cultural y comunicativa permite superar las barreras lingüísticas y culturales. Elementos como la presencia empática, el respeto por las necesidades espirituales, el coraje creativo para comunicarse y la transmisión continua de información son claves para generar confianza	Estudio cualitativo con enfoque hermenéutico Diseño enfoque fenomenológico y descriptivo.

			entre enfermera y paciente.	
(Xiao et al., 2018, Australia)	Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context	Mejorar el enfoque centrado en el paciente en el traspaso clínico de enfermería mediante el desarrollo, implementación y evaluación de una intervención dirigida a mejorar la comunicación durante el relevo y abordar los factores organizativos y culturales que influyen en este proceso.	La intervención basada en formación en comunicación y cambios organizativos mejoró las prácticas de handover en enfermería y aumentó la participación de los pacientes en el proceso. Se observó una mejora en la cultura de comunicación del equipo y una reducción asociada de complicaciones hospitalarias, como caídas, lesiones por presión y errores de medicación.	Estudio cualitativo con diseño etnográfico lingüístico (intervención y evaluación cualitativa) Diseño: Entrevistas.
	Improving socially constructed cross-cultural communication in aged care homes: A critical perspective	Analizar críticamente cómo se construye la comunicación intercultural en residencias de cuidados de larga duración y explorar estrategias para mejorar la interacción entre profesionales de enfermería y personas mayores de diferentes contextos	El estudio destaca que la comunicación intercultural en residencias está influida por factores organizativos, sociales y culturales. Se identifican barreras como estereotipos culturales, limitaciones del sistema y falta de formación en competencia cultural. Los autores señalan que mejorar la competencia cultural de la	Ensayo/ reflexión teórica

		culturales.	persona puede fortalecer la relación enfermera-paciente y mejorar el cuidado.	
--	--	-------------	---	--

5.2. Resultados CUA

Tras la aplicación del criterio CUA (Calidad, Utilidad y Aplicabilidad), se observa que la mayoría de los estudios presentan una alta calidad metodológica, especialmente aquellos de diseño cualitativo y observacional. Para más información ver tabla 7.

Tabla 7: Evaluación de los estudios mediante el criterio CUA (Calidad, Utilidad y Aplicabilidad). Elaboración propia.

Autor/año	Diseño	Calidad	Utilidad	Aplicabilidad	Comentario
(Escobar, 2017)	Reflexión teórica	Media	Alta	Alta	Aporta base conceptual sin metodología empírica
(Gualdrón, 2019)	Metodológico	Alta	Media	Alta	Útil para evaluación clínica, menos centrada en paliativos
(Rubio, 2020)	Reflexión	Media	Alta	Alta	Refuerza importancia de competencia cultural
(Perez Acuña, 2025)	Cualitativo	Alta	Alta	Alta	Analiza formación en enfermería transcultural
(Kasimovska, 2023)	Observacional	Alta	Alta	Media	Contexto cultural diferente, limita aplicabilidad

(Riutort, 2025)	Cualitativo	Alta	Alta	Alta	Aborda experiencia enfermera en final de vida
(Pérez Sandoval,2023)	Cualitativo	Alta	Alta	Alta	Profundiza en creencias culturales en domicilio
(Busquet, 2022)	Observacional	Alta	Alta	Alta	Gran muestra, alta relevancia clínica
(Díaz, 2023)	Observacional	Alta	Media	Media	Poco enfoque cultural
(Rodriguez, 2024)	Observacional	Alta	Media	Media	Aplicación limitada a patología concreta
(Cáceres Titos, 2025)	Cualitativo	Alta	Alta	Alta	Identifica barreras culturales clave
(Ugarte, 2019)	Protocolo	Media	Alta	Alta	Aplicable a práctica, sin análisis empírico
(Hemberg, 2017)	Cualitativo	Alta	Alta	Alta	Profundiza en relación enfermera-paciente
(Chien 2022)	Cualitativo	Alta	Alta	Alta	Mejora comunicación clínica intercultural
(Xiao ,2018)	Reflexión	Media	Alta	Media	Enfoque organizativo y cultural amplio

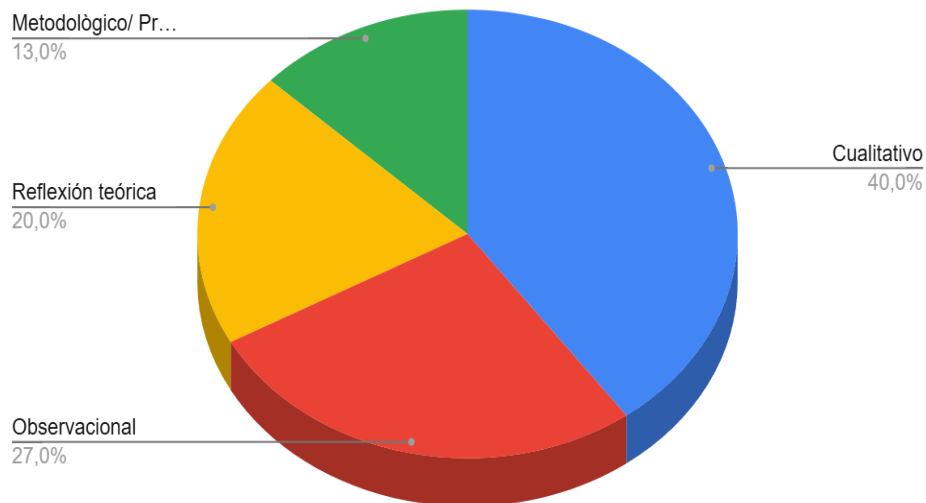
De forma global, se observa un predominio de estudios con alta calidad metodológica y elevada utilidad, aunque la aplicabilidad presenta variabilidad en función del contexto cultural de cada estudio.

En cuanto a la utilidad, prácticamente la totalidad de los artículos aportan información relevante sobre la influencia de los factores culturales en los cuidados paliativos, destacando la importancia de la competencia cultural en la práctica enfermera.

Respecto a la aplicabilidad, aunque muchos estudios muestran una alta transferibilidad a la práctica clínica, algunos presentan limitaciones debido a diferencias culturales y organizativas entre los países de origen de los estudios y el contexto sanitario español.

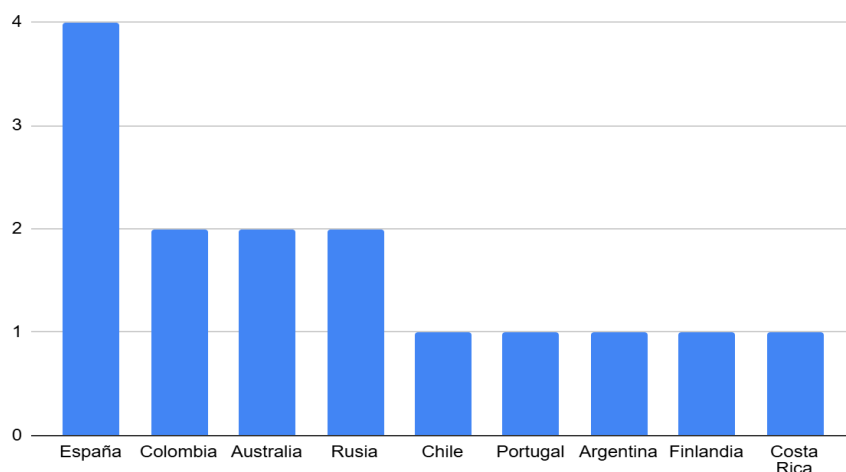
En relación con el diseño metodológico, predominan los estudios cualitativos con un 40% (n=6), seguidos de estudios observacionales con un 27% (n=4), artículos de reflexión teórica con un 20% (n=3) y estudios metodológicos o de intervención con un 13% (n=2). Estos hallazgos quedan ilustrados en el gráfico 1

Gráfico 1: Distribución de los estudios según el diseño metodológico. Elaboración propia.



En cuanto a la distribución geográfica ha habido una gran variedad de países representada lo que evidencia un interés global en la temática. Los países con más publicaciones proceden principalmente de España (n=4), seguidos de Colombia, Australia y Rusia (n=2 cada uno). Pueden verse su detalle en el gráfico 2.

Gráfico 2: Distribución de publicaciones por país. Elaboración propia.



Respecto al año de publicación, se observa un aumento progresivo de publicaciones en los últimos años, destacando el periodo 2023-2025 como el de mayor producción científica.

Gráfico 3: Evaluación de los estudios según el año. Elaboración propia.



5.3. Resultados validez interna y sesgos

Tras la evaluación de los 15 estudios, 7 fueron evaluados con la guía CASPe para estudios cualitativos, y 4 con la de estudios cuantitativos.

De los estudios cualitativos, se obtuvo una puntuación global entre 8 y 9 de 10 puntos en total. Y para los cuantitativos la puntuación estuvo comprendida entre 8 a 10 puntos sobre 11. Estos resultados demuestran una alta calidad metodológica y un riesgo de sesgo moderado, la cual garantiza la validez y fiabilidad de nuestra muestra y los resultados obtenidos. Para más información ver tabla 8 y 9.

Tabla 8: Criterio de validez interna y sesgos, lectura crítica de CASPe. 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo.

Artículos	Criterios de CASPe. Estudios Cualitativos.										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Preguntas
(Pérez Acuña & Medina, 2025)	X	X	X	X	X		X	X	X	X	9/10
(Lorena Riutort Durán et al., 2025)	X	X	X		X		X	X	X	X	8/10
(Pérez Sandoval, Leidy Paola al.,2023)	X	X	X		X		X	X	X	X	8/10
Cáceres-Titos, José et al. 2025	X	X	X		X	X	X	X	X	X	9/10
(Hemberg, J. A. V. & Vilander, S.,2017)	X	X	X	X	X	X	X	X	X		9/10
(Chien, L. J. et al., 2022)	X	X	X		X		X	X	X	X	8/10
Rodrigues, Ana Cunha et al., 2024)	X	X		X		X	X	X	X	X	8/10

Tabla 9: Criterio de validez interna y sesgos, lectura crítica de CASPe. 11 preguntas para ayudarte a entender un estudio cuantitativo. Elaboración propia.

Artículos	Criterios CASPe. Estudios Cuantitativos.											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Preguntas
(Gualdrón Romero, M. A., et al., 2019)	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	10/11
(Geraskina, E., et al., 2023)	X	X		X	X		X	X	X	X	X	9/11
(Busquet-Duran, Xavier et al., 2022)	X	X		X			X	X	X	X	X	8/11
(López, et al., 2021)	X	X	X		X	X	X	X	X			8/11

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente revisión bibliográfica permiten dar respuesta a la pregunta de investigación planteada. En este sentido, se evidencia que la competencia cultural en enfermería influye de manera significativa en la calidad de los cuidados paliativos, favoreciendo una atención más integral, individualizada y respetuosa con los valores y creencias del paciente.

Asimismo, la literatura analizada pone de manifiesto que la incorporación de estrategias de comunicación intercultural y la consideración de la dimensión espiritual contribuyen a mejorar la relación terapéutica y la toma de decisiones al final de la vida. Sin embargo, persisten barreras culturales, lingüísticas y organizativas que dificultan la equidad en la atención, lo que refuerza la necesidad de mejorar la formación de los profesionales y de implementar protocolos específicos que orienten la práctica clínica en contextos multiculturales.)

El análisis de los estudios incluidos se ha realizado mediante una síntesis temática, agrupando los hallazgos en cuatro categorías principales: competencia cultural, comunicación y espiritualidad, barreras en la atención paliativa y rol de la enfermería transcultural.

6.1. Competencia cultural en enfermería paliativa

La mayoría de los estudios coinciden en que la competencia cultural es un elemento clave para garantizar una atención de calidad en cuidados paliativos. Diversos autores señalan que los profesionales que integran conocimientos culturales en su práctica logran ofrecer cuidados más humanizados, individualizados y adaptados a las necesidades del paciente (Rubio Martín & Rubio Martín, 2020).

Asimismo, se destaca que la competencia cultural mejora la relación terapéutica, favoreciendo la confianza y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, algunos estudios evidencian que el nivel de preparación de las enfermeras en este ámbito es aún limitado, lo que pone de manifiesto la necesidad de formación específica (Kasimovska et al., 2023).

6.2. Comunicación y espiritualidad en contextos multiculturales

La comunicación se identifica como un pilar fundamental en la atención paliativa transcultural. Los estudios analizados destacan que una comunicación efectiva permite comprender mejor las necesidades del paciente y facilita la toma de decisiones compartidas.

No obstante, se evidencian dificultades relacionadas con el idioma, la interpretación de los síntomas y las diferencias en la expresión emocional. Además, la espiritualidad emerge como un componente esencial, ya que influye en la forma en que los pacientes afrontan la enfermedad y la muerte (Abubakar et al., 2018).

Estas dificultades pueden generar malentendidos, conflictos éticos y una menor calidad asistencial. En este contexto, algunos estudios proponen modelos estructurados de comunicación, como el modelo SAIDAR, que facilitan la identificación de necesidades culturales y la adaptación del cuidado, mejorando la relación terapéutica. (Xiao et al., 2018).

6.3. Barreras culturales en la atención al final de la vida

Uno de los hallazgos más relevantes es la existencia de múltiples barreras que dificultan la atención paliativa en contextos culturales diversos. Entre ellas, destacan:

- Barreras lingüísticas
- Diferencias en creencias religiosas
- Desconocimiento del sistema sanitario
- Estereotipos culturales

Estos factores pueden generar desigualdades en el acceso a los cuidados y afectar negativamente a la calidad de la atención (Phiri et al., 2023).

Otro de los principales hallazgos es la existencia de carencias en la formación académica de los profesionales de enfermería en relación con la diversidad cultural. Aunque la competencia cultural es reconocida como una habilidad esencial, su inclusión en los planes de estudio es limitada y, en muchos casos, superficial.

Los estudios revisados señalan la necesidad de una formación integral basada en tres dimensiones fundamentales:

- Conocimiento cultural

- Habilidades comunicativas interculturales
- Reflexión crítica sobre los propios valores

La falta de formación adecuada constituye una barrera significativa para el desarrollo de una práctica enfermera culturalmente competente (Kasimovska et al., 2023).

6.4. Rol de la enfermería en el cuidado transcultural

La enfermería desempeña un papel central en el acompañamiento del paciente paliativo y su familia. Los estudios analizados coinciden en que las enfermeras son las profesionales mejor posicionadas para integrar la dimensión cultural en el cuidado, debido a su contacto continuo con el paciente. Además, se destaca su función como mediadoras culturales, facilitando la comunicación entre el sistema sanitario y el paciente, y adaptando los cuidados a sus valores y creencias.

En relación con el criterio CUA, los estudios revisados presentan en su mayoría una alta calidad metodológica y gran utilidad para comprender la influencia de los factores culturales en los cuidados paliativos. Sin embargo, la aplicabilidad de algunos resultados se ve limitada por las diferencias entre los contextos culturales estudiados y el sistema sanitario español, lo que pone de manifiesto la necesidad de adaptar los cuidados enfermeros a la diversidad cultural presente en la práctica clínica.

7. CONCLUSIONES

En relación con la pregunta de investigación planteada, se concluye que la competencia cultural en enfermería es un elemento fundamental en la atención paliativa, ya que influye directamente en la calidad del cuidado, la comunicación con el paciente y la adecuación de las intervenciones a sus necesidades culturales y espirituales.

No obstante, los resultados también reflejan la existencia de diversas barreras que dificultan la aplicación efectiva de la competencia cultural en la práctica clínica. Entre ellas destacan las limitaciones culturales, las dificultades en la comunicación, la falta de conocimiento sobre diferentes creencias y valores, así como la escasa formación específica de los profesionales sanitarios en este ámbito.

Por ello, se identifica la necesidad de reforzar la formación en competencia cultural dentro del ámbito enfermero, tanto a nivel académico como en la formación continuada. Del mismo modo, resulta fundamental el desarrollo e implementación de protocolos de actuación que permitan estandarizar la atención y garantizar cuidados paliativos equitativos, accesibles y culturalmente competentes.

8. LIMITACIONES

La presente revisión bibliográfica presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados.

Por un lado, como en cualquier revisión bibliográfica la presencia del posible sesgo de selección, derivado tanto de los criterios de inclusión y exclusión establecidos como del proceso de cribado de los estudios.

Otra limitación importante es la heterogeneidad de los artículos incluidos, tanto en sus diseños metodológicos (predominio de estudios cualitativos) como en los contextos culturales en los que se desarrollan, lo que dificulta la comparación directa de resultados y su generalización. En este sentido, las diferencias entre sistemas sanitarios y contextos socioculturales pueden afectar a la aplicabilidad de los hallazgos al entorno local.

Además, la restricción idiomática aplicada en la búsqueda (en caso de haber incluido únicamente estudios en determinados idiomas) podría haber limitado la inclusión de evidencia relevante, introduciendo un posible sesgo de idioma. Del mismo modo, se podría haber sesgo de publicación debido al periodo temporal seleccionado para la búsqueda condicionado la exclusión de estudios previos de interés.

Por último, cabe destacar la escasez de investigaciones centradas específicamente en la competencia cultural en cuidados paliativos desde la perspectiva enfermera, lo que limita la disponibilidad de evidencia sólida y pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando en este ámbito.

9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A partir de los resultados obtenidos y de las limitaciones identificadas, se proponen diversas líneas de investigación futuras orientadas a profundizar en el conocimiento de la competencia cultural en cuidados paliativos:

- **Evaluación de intervenciones basadas en modelos de enfermería transcultural:**

Desarrollar estudios que analicen la eficacia de intervenciones culturalmente adaptadas en cuidados paliativos, evaluando su impacto en la calidad de vida del paciente y la satisfacción de las familias.

- **Investigación cualitativa sobre pacientes migrantes y sus familias:**

Profundizar en las experiencias, creencias, valores y necesidades de las personas migrantes en el final de la vida, identificando barreras culturales y oportunidades de mejora en la atención paliativa.

- **Desarrollo de guías clínicas y formación en competencia cultural:**

Diseñar y validar protocolos que integren la competencia cultural como eje transversal en cuidados paliativos, junto con la evaluación de programas formativos dirigidos a profesionales de enfermería.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M. J., Miranda, J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., ... African,) ; (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move Executive summary The Lancet Commissions. *The Lancet*, 392, 2606–2654.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
2. Arboleda Sarmiento, J. C., Vargas-Escobar, L. M., Fiscal Idrobo, L. M., López Posada, K. J., & Mejía Rendon, Y. T. (2019). Percepciones y prácticas sobre salud-enfermedad y muerte de una madre emberá chamí, una aproximación etnográfica. *Cultura de Los Cuidados*, 23(54), 310–319.
<https://doi.org/10.14198/CUID.2019.54.27>
3. Bonill, C; Celdrán M (2012). El cuidado y la cultura. Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Índex de Enfermeria*. 21 (3).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Busquet-Duran, X., Manresa-Domínguez, J. M., Llobera-Estrany, J., López-García, A. I., Moreno-Gabriel, E., & Torán-Monserrat, P. (2023). Care complexity and place of death in palliative home care. *Gaceta Sanitaria*, 37.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102266>
5. Cáceres-Titos, M. J., Porras-Santana, J. M., Cabillas-Romero, M. R., & Begoña García-Navarro, E. E. (2025). Managing cultural diversity in end-of-life care: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 24(1), 124.
<https://doi.org/10.1186/S12904-025-01759-6>
6. Calsina-Berna, A., Amblàs Novellas, J., González-Barboteo, J., Bardés Robles, I., Beas Alba, E., Martínez-Muñoz, M., Madariaga Sánchez, R., & Gómez Batiste Alentorn, X. (2022). Prevalence and clinical characteristics of patients with Advanced Chronic Illness and Palliative Care needs, identified with the *NECPAL CCOMS-ICO*© Tool at a Tertiary Care Hospital. *BMC Palliative Care*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12904-022-01101-4>

7. Caride-Miana, E., Orozco-Beltrán, D., Antonio Quesada-Rico, J., & Joaquin Mira-Solves, J. (2025). Atención Primaria The impact of chronic diseases on all-cause mortality in Spain: A population-based cohort study. *Atención Primaria*, 57, 103112. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103112>
8. Carrillo, G. M., Herrera, B. S., & Arias Rojas, E. M. (2015). Validation of an instrument to assess the homecare competency of the family caregiver of a person with chronic disease. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 33(3), 449–455. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a08>
9. CASPE Critical Appraisal Skills Programme Español. Instrumentos para la lectura crítica. 2022. Accessed March 31, 2026. <https://redcaspe.org/materiales/>
10. Causas de las migraciones | Migración (ESO). (n.d.). Retrieved December 8, 2025, from https://educativo.ign.es/atlas-didactico/migracion-eso/causas_de_las_migraciones.html
11. Chen, I. H., Lin, K. Y., Hu, S. H., Chuang, Y. H., Long, C. O., Chang, C. C., & Liu, M. F. (2018). Palliative care for advanced dementia: Knowledge and attitudes of long-term care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), 848–858. <https://doi.org/10.1111/jocn.14132>
12. Conti MJ. Enfermería y antropología: la literatura internacional. A: COMELLES, J.M. MARTORELL, M.A. BERNAL, M. (eds.) *Enfermería y antropología*. Padeceres, cuidadores y cuidados. Barcelona: Icaria. (P. 219- 233)
13. Corrales Moreno, E., Fernández Martín, M., & Grijalvo Uriel, R. (2003). Aplicación de la mirada antropológica en la disciplina enfermera. *Index de Enfermería* (Granada), 43, 37-39.
14. Cuidados paliativos. (n.d.). Retrieved December 8, 2025, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
15. Dali, I. E. B. (2013). Los cuidados paliativos transculturales: una visión universal de los cuidados. *Medicina Paliativa*, 20(2), 74. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-los-cuidados-paliativos-transculturales-una-S1134248X12001140>

16. Davis, A., Repar, P., Wilson, M., De Luca, E., Doutrich, D., & Thanasilp, S. (2023). Transforming Nurse Self-Care Through Integration of Spirituality: Lessons From an International Collaboration in Palliative Care. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 34(1), 91–99.
<https://doi.org/10.1177/10436596221134814>
17. Diaz, M. H., Ibañez Ledesma, L. G., Torres Gomez, F., Carretero, M., Pasquinelli, R., Martínez, B. J., & Grande Ratti, M. F. (2023). [Chemotherapy at the end of life is compatible with dignified death and palliative care]. *Revista de La Facultad de Ciencias Medicas* (Cordoba, Argentina), 80(2), 93–98.
<https://doi.org/10.31053/1853.0605.V80.N2.37489>
18. Diversidad cultural: qué es, importancia y ejemplos. (n.d.). <https://Humanidades.Com/>. Retrieved December 8, 2025, from <https://humanidades.com/diversidad-cultural/>
19. El envejecimiento de la población: tendencias, causas y desafíos futuros. (n.d.). Retrieved December 1, 2025, from <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-envejecimiento-de-la-poblacion-tendencias-causas-y-desafios-futuros/>
20. Enfermedades no transmisibles. (n.d.). Retrieved February 8, 2026, from https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases?utm_source
21. *Figura-1-Modelo-de-Sol-Naciente-de-Leininger-1970-14.jpg* (564×660). (n.d.). Retrieved May 17, 2026, from <https://www.researchgate.net/publication/372838212/figure/fig1/AS:11431281178586281@1690982723262/Figura-1-Modelo-de-Sol-Naciente-de-Leininger-1970-14.jpg>
22. Galao Malo, R., et al. (2005). ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. *Evidentia*, 2(4).
<http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>
23. George, T. (2016). Role of the advanced practice nurse in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(3), 137–140.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.3.137>
24. Guia per al respecte a la diversitat de creences als centres sanitaris. (s. f.). Afers Religiosos.

- <https://afersreligiosos.gencat.cat/ca/que-oferim/recursos-per-a-la-gestio-de-la-diversitat-religiosa/salut/guia-per-al-respecte-a-la-diversitat-de-creences-als-centres-sanitaris/>
25. Herrero-Hahn, R., Montoya-Juárez, R., Hueso-Montoro, C., Martí-García, C., Salazar-Blandón, D. A., & García-Caro, M. P. (2019). Cultural Adaptation, Validation, and Analysis of the Self-Efficacy in Palliative Care Scale for Use with Spanish Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23). <https://doi.org/10.3390/IJERPH16234840>
 26. Historia de los cuidados paliativos – SECPAL. (n.d.). Retrieved December 4, 2025, from <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>
 27. *Index de Enfermeria*. (n.d.). Retrieved February 8, 2026, from https://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php
 28. INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). Publicaciones de descarga gratuita. (n.d.). Retrieved December 8, 2025, from https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle&
 29. INEbase / Demografía y población /Cifras de población y Censos demográficos /Censo Anual de Población / Últimos datos. (n.d.). Retrieved January 30, 2026, from https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176992&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
 30. Informe mundial de la UNESCO sobre políticas culturales, La cultura: el ODS ausente; resumen ejecutivo 2025 - *UNESCO Digital Library*. (n.d.). Retrieved May 8, 2026, from https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000395707_spa.locale=en
 31. Im, E. O., & Lee, Y. (2018). Transcultural Nursing: Current Trends in Theoretical Works. *Asian Nursing Research*, 12(3), 157–165. <https://doi.org/10.1016/J.ANR.2018.08.006>
 32. Kasimovskaya, N., Geraskina, N., Fomina, E., Ivleva, S., Krivetskaya, M., Ulianova, N., & Zhosan, M. (2023). Russian nurses' readiness for transcultural care of palliative patients. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12904-023-01198-1>
 33. Kastoryano, R. (n.d.). Multiculturalism and interculturalism: redefining nationhood and solidarity. <https://doi.org/10.1186/s40878-018-0082-6>

34. Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal Of General Practice*, 24(1), 120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
35. La Convención de 2005 sobre la Protección y la Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales. (2016). https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246264_spa.locale=en.page=14
36. La enfermería en cuidados paliativos y su importancia | UNIR. (n.d.). Retrieved December 4, 2025, from <https://www.unir.net/revista/salud/enfermeria-cuidados-paliativos-importancia/>
37. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. (n.d.). Retrieved February 8, 2026, from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es&tlng=es
38. Leininger, M. (1994). Teoría de los cuidados culturales. En A. Marriner-Tomey, *Modelos y teorías de enfermería* (pp. xx-xx). Madrid: Mosby Doyma.
39. Leininger, M. (2002). Parte I. La teoría del cuidado cultural y el método de investigación de la etnoenfermería. Leininger M., McFarland MR. Enfermería transcultural: conceptos, teorías, investigación y práctica. 3.^a ed. Nueva York: McGraw-Hill Education , 71-98.
40. Lisseth Acurio-Barre, S. I., Alejandrina Vásquez-Morán III, B., & Rocío Quijije-Chavez, V. I. (2022). *Ciencias de la Salud Artículo de Investigación*. Mayo Especial, 8(2), 520–530. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8637970>
41. Los retos del envejecimiento poblacional para los ingresos públicos (*) - *ProQuest*. (n.d.). Retrieved December 4, 2025, from <https://www.proquest.com/docview/3168421033?accountid=14733&parentSessionId=0qQEOsjdEO3K7IJCWTWJPVzumT91k3n1%2B09vQbw5qBw%3D&pq-origsite=primo&sourcetype=Scholarly%20Journals>
42. Mairal Buera, M., Palomares García, V., Barrio Aranda, N. del, Atarés Pérez, A. M., Piqueras García, M., & Miñes Fernández, T. (2021). Madeleine leininger, artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, N°. 4, 2021, 2(4), 63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055604&info=resumen&idioma=SPA>

43. Marrero-González, C. M., & Marrero-González, C. M. (2023). Necesidad de una enfermería de cuidados transculturales para la España del siglo XXI. *Ene*, 17(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Martin, E. M., & Barkley, T. W. (2016). Improving cultural competence in end-of-life pain management. *Nursing*, 46(1), 32–41. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000475480.75266.9A>
45. Materiales – Redcaspe. (n.d.). Retrieved April 21, 2026, from <https://redcaspe.org/materiales/>
46. Miguel, E., Sánchez-Cárdenas, A., & Rojas García, C. (n.d.). *Enfermería Paliativa M A N U A L B Á S I C O D E* >>. Retrieved January 30, 2026, from www.unbosque.edu.co
47. Ministerio de Sanidad. (2015). Avanzando hacia la equidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
48. Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. part 1: Introduction. *European Journal of General Practice*, 23(1), 271–273. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093>
49. Nota de Prensa: Estadística Continua de Población (ECP). 1 de enero de 2025. Datos provisionales. (n.d.). Retrieved November 16, 2025, from <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECP4T24.htm>
50. Otero, Á., Zunzunegui, V., Rodríguez-Laso, Á., Agui, D., & Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española (*). *Rev Esp Salud Pública*, 78(2), 201–213.
51. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 178–189. <https://doi.org/10.1016/J.JCLINEPI.2021.03.001>

52. Phiri, G. G., Muge-Sugutt, J., & Porock, D. (2023). Palliative and End-of-Life Care Access for Immigrants Living in High-income Countries: A Scoping Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 9, 23337214231213172. <https://doi.org/10.1177/23337214231213172>
53. Puig Vela, J. M., Adell Aparicio, M. C., Prat Marín, A., & Oromí Durich, J. (2000). El envejecimiento poblacional como problema sanitario. *Medicina Integral*, 36(5), 190. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-envejecimiento-poblacional-como-problema-10022227>
54. ¿Qué son los cuidados paliativos?: *MedlinePlus enciclopedia médica*. (n.d.). Retrieved December 4, 2025, from <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>
55. Repensar las políticas para la creatividad: plantear la cultura como un bien público global; sumario - *UNESCO Digital Library*. (n.d.). Retrieved May 8, 2026, from https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380475_spa
56. Rico-Blázquez, M., Sánchez Gómez, S., & Fuentelsaz Gallego, C. (2014). El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*, 24(1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2013.11.001>
57. Rodrigues, A. C., David, F., Guedes, R., Rocha, C., & Oliveira, H. M. (2024). Dying with end stage kidney disease: factors associated with place of death on a palliative care program. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 46(1). <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2023-0015EN>
58. Saccomano, S. J., & Abbatiello, G. A. (2014). Cultural considerations at the end of life. *The Nurse Practitioner*, 39(2), 24–31. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000441908.16901.2E>
59. Sandoval, L. P. P., Mahecha, A. L. O., Sarmiento, N. S. C., Gamba, N. C. R., Colmenares, C., & Vargas-Escobar, L. M. (2023). [Cultural beliefs-practices of palliative home care patients from Leininger's theory approach Crenas-práticas culturais de pacientes em cuidados paliativos domiciliares, a partir da teoria de Leininger]. *Revista Cuidarte*, 14(2). <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.2729>
60. Sarmento, C., & <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/autor?codigo=4689075>. (2018). *Interculturalidad y multiculturalidad en las humanidades: entre política y ciencia*.

- Estudios Ibero-Americanos, ISSN-e 1980-864X, Vol. 44, N°. 2, 2018, Págs. 380-392, 44(2), 380–392. <https://doi.org/10.15448/1980-864X.2018.2.28532>
61. Steinberg, S. M. (2011). Cultural and religious aspects of palliative care. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 1(2), 154. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.84804>
62. Varela, M. C., & Lema, D. S. (2019). Fin de vida en contexto migratorio. Abordaje de Trabajo Social desde un Equipo de Cuidados Paliativos. *Voces Desde El Trabajo Social*, 7(1), 158–177. <https://doi.org/10.31919/VOCES.V7I1.79>
63. Vicente, M. L., Sánchez, M. L., Carrillo, G. M., Barrera, L. F., & Chaparro, L. (2013). Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 151–160.
64. Vicepresidencia Primera del Gobierno. Ministerio de Economía, Comercio y Empresa - *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico*. (s. f.). <https://comercio.gob.es/PoliticaComercialUE/OMCOrganismosInternacionales/Paginas/ocde.aspx>

11. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma. Elaboración propia.

Período	Actividades realizadas
Septiembre (2025)	Elección del tema del trabajo, delimitación del problema de investigación y planificación inicial. Formulación del objetivo general y de los objetivos específicos. Búsqueda preliminar de información científica.
Octubre (2025)	Revisión bibliográfica inicial y lectura exploratoria de artículos científicos. Inicio de la elaboración del marco teórico. Primera reunión con la tutora para orientar el enfoque del trabajo.
Noviembre (2025)	Diseño metodológico del estudio. Selección de la metodología y definición de los criterios de inclusión y exclusión. Validación del diseño con la tutora.
Diciembre (2025)	Diseño de estrategias de búsqueda, palabras clave, operadores booleanos, filtros Diseño de la estrategia de búsqueda bibliográfica: selección de palabras clave y descriptores en español e inglés (por ejemplo MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud)), utilización de operadores booleanos y aplicación de filtros.
Enero (2026)	Identificación de bases de datos, registro y organización de artículos, resultados, eliminación de duplicados, lectura rápida de resúmenes, revisión con tutora. Identificación de bases de datos científicas (como PubMed, CINAHL...). Registro y organización de los artículos encontrados y eliminación de duplicados.
Febrero (2026)	Lectura de títulos y resúmenes para la selección inicial de artículos. Posteriormente, lectura completa de los estudios seleccionados y valoración de su relevancia para el trabajo.
Marzo (2026)	Extracción y organización de la información relevante de los artículos incluidos. Elaboración de tablas de síntesis y avance en la redacción del marco teórico y resultados.

Anexo 2: Criterios de evaluación metodológica de estudios cualitativos.

Preguntas CASPe de lectura crítica de estudios cualitativos (Checklist)
1.¿Es clara la cuestión de investigación?
2.¿Es adecuado el método cualitativo para responder a la pregunta de investigación?
3.¿Es adecuado el diseño metodológico para los objetivos del estudio?
4.¿La estrategia de muestreo es apropiada para el estudio?
5.¿La recogida de datos es adecuada para el objetivo del estudio?
6.¿Se ha considerado la relación entre investigador y participantes (reflexividad)?
7.¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?
8.¿El análisis de los datos es suficientemente riguroso?
9.¿Son claros los resultados?
10.¿Son aplicables los resultados a la práctica o a otros contextos

(Materiales – Redcaspe, n.d.)

Anexo 3: Criterios de evaluación metodológica de estudios cuantitativos

Preguntas CASPe de lectura crítica de estudios cuantitativos (Checklist)
1.¿Está claramente definida la pregunta de investigación?
2.¿El estudio es adecuado para responder a la pregunta?
3.¿Los sujetos fueron asignados de forma aleatoria (si aplica)?
4.¿Se han tenido en cuenta todos los grupos al final del estudio?
5.¿Se midieron de forma válida y fiable los resultados?
6.¿Se evitó el sesgo de medición?
7.¿Son los resultados completos?
8.¿Son precisos los resultados?
9.¿Son clínicamente importantes los resultados?
10.¿Se pueden aplicar los resultados a la población de interés?
11.¿Se han tenido en cuenta todos los posibles sesgos?

(Materiales – Redcaspe, n.d.)