



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA EL MANEJO Y LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS.

Julen Urbina Herrero

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2022-23

CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA EL MANEJO Y LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS.

Julen Urbina Herrero

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Islas Baleares

Año Académico 2022-23

Palabras clave del trabajo:

Diabetes mellitus, asistencia sanitaria culturalmente competente, minorías étnicas.

Nombre Tutor: Sergio Fresneda

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA	10
RESULTADOS	11
LA DEMOGRAFÍA IMPORTA: CÓMO AFECTA LA DIABETES A LAS POBLACIONES CULTURALMENTE MINORITARIAS	15
<i>Población del sur de Asia</i>	15
<i>Población china</i>	16
<i>Población latina</i>	17
<i>Población afroamericana</i>	18
PROPUESTAS TEÓRICAS PARA HACER UN ABORDAJE TRANSCULTURAL DE LA SALUD	19
LA COMPETENCIA CULTURAL Y CÓMO LA PERCIBEN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	23
LIMITACIONES.....	24
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25

RESUMEN

Introducción

El debut diabético está principalmente relacionado con los hábitos de alimentación y actividad física, factores modificables. Las personas cultural y étnicamente diversas tienen un riesgo mayor de desarrollar diabetes que las personas caucásicas. La identidad étnica y el proceso de aculturación influyen en la toma de decisiones que se hacen en salud, igual que en el significado que se le da a esta. La enfermería transcultural cuida a las personas atendiendo sus necesidades culturales y lingüísticas. Es importante investigar si adaptar los cuidados y la asistencia sanitaria beneficia a esta minoría en el manejo y la prevención de la diabetes.

Objetivo

Evaluar la influencia de los cuidados culturalmente competentes en pacientes culturalmente minoritarios con DM2.

Metodología

Se hizo una búsqueda bibliográfica en PubMed y EBSCOhost aplicando los criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron un total de 31 estudios.

Discusión

Las personas étnicamente diversas debutan antes que las personas caucásicas, con mayor riesgo de desarrollar complicaciones. Las intervenciones culturalmente ajustadas demuestran su éxito cuando se aplican transversalmente. En cambio, cuando su presencia no es tan evidente, el éxito de su aplicación disminuye. En la actualidad, los profesionales perciben no estar cualificados para llevar a cabo estos cuidados. Aun así, aquellos que han estado en contacto con este fenómeno son más conscientes y siguen formándose en esta línea.

Conclusión

La atención culturalmente ajustada mejora el manejo y la prevención de la diabetes, pero se requiere más investigación para determinar las mejores prácticas y desarrollar guías de atención culturalmente competente. Es necesario trasladar la investigación al contexto español.

ABSTRACT

Introduction

Diabetic onset is primarily related to dietary habits and physical activity, which are modifiable factors. Culturally and ethnically diverse individuals have a higher risk of developing diabetes compared to Caucasians. Ethnic identity and the process of acculturation influence decision-making in health, as well as the meaning attributed to it. Transcultural nursing cares for individuals by addressing their cultural and linguistic needs. It is important to investigate whether adapting care and healthcare services benefits this minority in the management and prevention of diabetes.

Objective

To evaluate the influence of culturally competent care on culturally minority patients with type 2 diabetes.

Methodology

A literature search was conducted on PubMed and EBSCOhost, applying inclusion and exclusion criteria. A total of 31 studies were included.

Discussion

Ethnically diverse individuals experience diabetic onset at an earlier age than caucasian individuals, with a higher risk of developing complications. Culturally tailored interventions demonstrate their success when applied comprehensively. However, when their presence is not as evident, the success of their implementation decreases. Currently, professionals perceive themselves as unqualified to provide this type of care.

Nevertheless, those who have been in contact with this phenomenon are more aware and continue to receive training in this area.

Conclusion

Culturally tailored care improves the management and prevention of diabetes, but further research is needed to determine best practices and develop culturally competent care guidelines. It is necessary to translate the research into the Spanish context.

RESUM

Introducció

El debut diabètic està principalment relacionat amb els hàbits d'alimentació i activitat física, factors modificables. Les persones cultural i ètnicament diverses tenen un risc més gran de desenvolupar diabetis que les persones caucàsiques. La identitat ètnica i el procés d'aculturació influeixen en la presa de decisions que es prenen en salut, igual que en el significat que se li dóna a aquesta. La infermeria transcultural cuida les persones atenent les seves necessitats culturals i lingüístiques. És important investigar si adaptar les cures i l'assistència sanitària beneficia a aquesta minoria en el maneig i la prevenció de la diabetis.

Objectiu

Avaluar la influència de les cures culturalment competents en pacients culturalment minoritaris amb DM2.

Metodologia

Es va fer una cerca bibliogràfica a PubMed i EBSCOhost aplicant els criteris d'inclusió i exclusió. Es van incloure un total de 31 estudis.

Discussió

Les persones ètnicament diverses debuten abans que les persones caucàsiques, amb major risc de desenvolupar complicacions. Les intervencions culturalment ajustades demostren

el seu èxit quan s'apliquen de manera transversal. En canvi, quan la seva presència no és tan evident, el èxit de la seva aplicació disminueix. Actualment, els professionals perceben no estar qualificats per dur a terme aquests cures. Tanmateix, aquells que han estat en contacte amb aquest fenomen són més conscients i continuen formant-se en aquesta línia.

Conclusió

L'atenció culturalment ajustada millora el maneig i la prevenció de la diabetis, però es necessita més investigació per determinar les millors pràctiques i desenvolupar guies d'atenció culturalment competents. És necessari traslladar la investigació al context espanyol.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se desarrolla cuando el páncreas no es capaz de producir insulina suficiente o cuando el propio organismo no utiliza la insulina que produce de manera eficaz (1). Según la OMS, en 2014 había 422 millones de personas con diabetes y más del 95% de estas personas presentaban diabetes mellitus tipo II (DM2), la cual se relaciona principalmente con los factores de riesgo modificables: hábitos de alimentación inadecuados y falta de ejercicio físico (1).

Según la bibliografía, el riesgo de aparición de diabetes es un 77% mayor en población afroamericana comparado con población americana blanca-no latina (2). Los datos descritos en estudios como el anterior, hacen pensar que este fenómeno se comporte de la misma manera a la hora de comparar poblaciones dominantes y minoritarias que compartan un mismo territorio.

Aquí entra en juego la identidad étnica. Esta se define como la sensación que tienen las personas de identificarse o no con un grupo étnico en particular, con sus creencias, valores e historia. Esta, como otros muchos determinantes psicosociales, hace que las personas conciban la salud y la enfermedad de una manera diferente e inevitablemente influya en las decisiones que toman en salud (3,4).

Por ello, cuando se trata de personas que abandonan su lugar de origen y entran en contacto con otra cultura, puede ocurrir un proceso de aculturación, donde el individuo adoptará como propia la cultura que sea más dominante, abandonando o reteniendo la de origen (5). Este término nos permite comprender mejor la realidad de diferentes poblaciones minoritarias que reciben consejos de salud que no contemplan la variable cultural (6).

Hace décadas que estamos siendo testigos de un enorme cambio sociodemográfico a nivel mundial. La globalización y los conflictos internacionales han hecho que personas de todas las partes del mundo habiten territorios comunes. La introducción del ítem étnico y cultural supone un gran reto para la enfermería como disciplina, ya que cada persona tiene

necesidades que se ajustan a su trasfondo cultural, social y contextual. Necesidades que deben ser cubiertas con unos cuidados competentes y de calidad.

Para dar respuesta a este fenómeno surge la enfermería transcultural. Leininger, su principal representante describe la enfermería transcultural de la siguiente manera: *“consiste en otorgar una atención sanitaria que respeta y responde de manera efectiva las creencias y prácticas de salud y las necesidades culturales y lingüísticas de las personas”* (7). Siguiendo con esta teoría, es de interés general conocer si la modificación y adaptación de los cuidados y la asistencia sanitaria favorece realmente a las poblaciones minoritarias en el manejo y la prevención de la enfermedad diabética.

OBJETIVOS

A través de la búsqueda bibliográfica y la investigación de este fenómeno se fijaron los siguientes objetivos:

A. Objetivos generales:

- a. Evaluar la influencia de los cuidados culturalmente competentes en la salud de los pacientes culturalmente minoritarios con DM2 y en la asistencia sanitaria que los rodea.

B. Objetivos específicos:

- a. Describir el estado de salud actual de la población culturalmente minoritaria y las intervenciones que se han desarrollado hasta ahora para prevenir y manejar adecuadamente la DM2.
- b. Exponer las bases teóricas y prácticas de la asistencia sanitaria culturalmente competente.
- c. Conocer el nivel de conocimientos y percepción de los profesionales sanitarios en cuanto a la competencia cultural.

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

Para la búsqueda de la evidencia se optó por emplear la nomenclatura DeCS/MesH partiendo de las palabras clave propuestas, para después presentar una combinación de booleanos adecuada a los objetivos que se fijaron en esta revisión en profundidad. La búsqueda bibliográfica se hizo a través de las siguientes bases de datos: PubMed y EBSCOhost. Se filtraron artículos de 2012 a 2023 escritos en inglés y castellano.

Los descriptores de elección, incluyendo los marginales, fueron los indicados a continuación (tabla 1).

Tabla 1: palabras clave y descriptores en castellano e inglés

Palabras clave	Descriptores (castellano)	Descriptores (inglés)
Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
Competencia cultural	Competencia cultural / Asistencia sanitaria culturalmente competente	Cultural competency / Culturally competent care
Manejo de la enfermedad	Manejo de la enfermedad	Disease management
Prevención primaria	Prevención primaria	Primary prevention
Satisfacción	Satisfacción del paciente	Patient satisfaction
Competencia clínica	Competencia clínica	Clinical competence
Evaluación de la asistencia	Evaluación de resultados en la atención de la salud	Outcome assessment, health care

Se hicieron combinaciones de booleanos alcanzando hasta un tercer nivel de búsqueda (tabla 2), en el que se incluyeron descriptores marginales.

Tabla 2: combinaciones de booleanos en el primer, segundo y tercer nivel de búsqueda

Combinación de booleanos, N1
(Diabetes mellitus) AND (Cultural competency)
Combinación de booleanos, N2
((Diabetes mellitus) AND (Cultural competency)) AND (Disease management)
Combinación de booleanos, N3
[(Diabetes mellitus) AND ((Cultural competency) OR (Culturally competent care))] AND [(Clinical competence) OR (Primary prevention) OR (Disease management) OR (Patient satisfaction) OR (Outcome assessment, health care)]

En un primer momento se incluyeron todos los artículos que hacían referencia a cualquier tipo de diabetes mellitus. Pero con el objetivo de focalizar la información obtenida y por la prevalencia de la DM2 se decidió excluir aquellos artículos que referenciaban el resto de los tipos.

Los criterios de inclusión fueron:

- Textos de acceso libre.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Idioma: inglés y castellano.
- Población a estudio: mayor de edad y de cultura minoritaria.
- Prediabetes, DM2 y/o complicaciones asociadas.

Los criterios de exclusión fueron:

- Población pediátrica/adolescente, menor de 16 años.
- DM1, DM gestacional y otros tipos de DM.

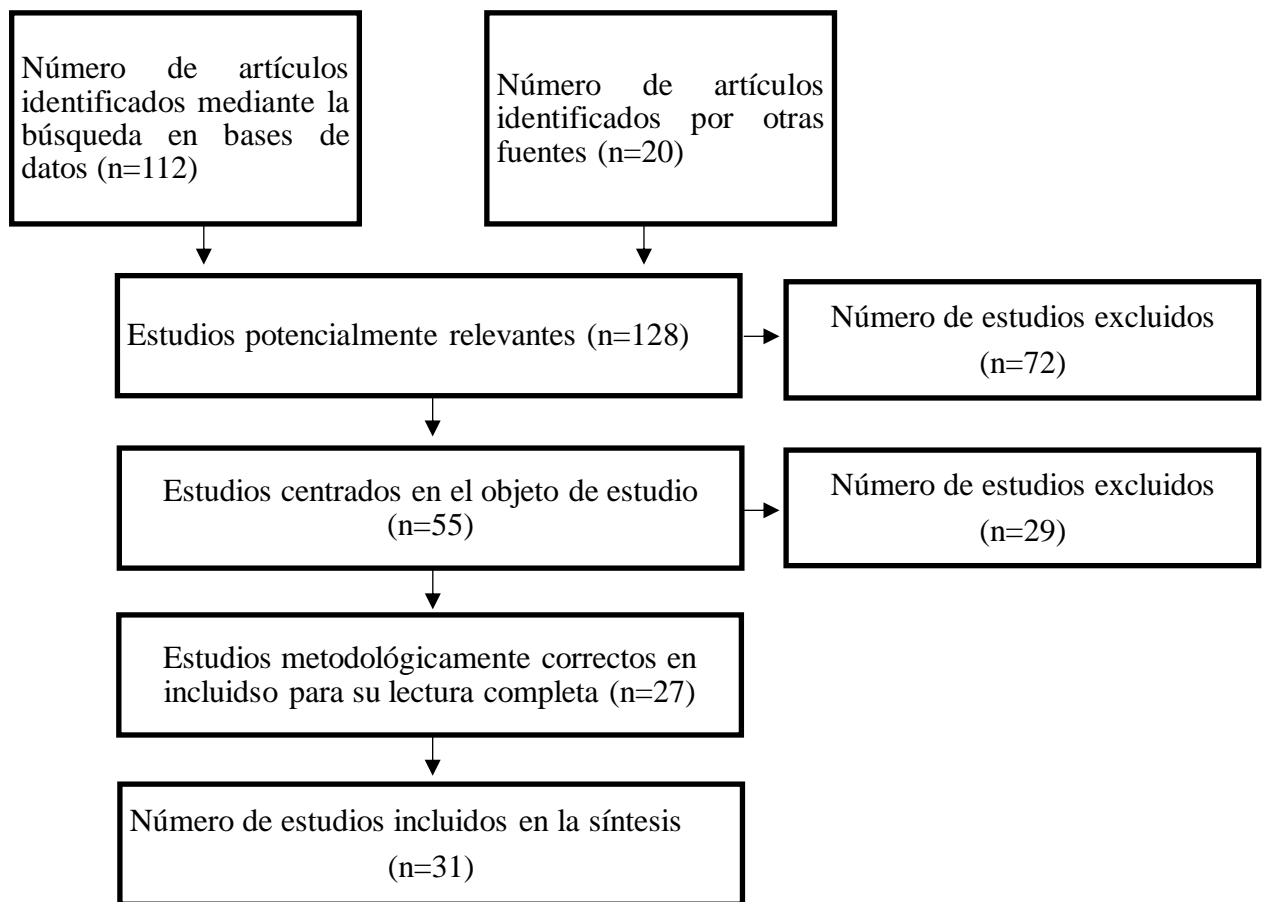
RESULTADOS

Tras aplicar el tercer nivel de búsqueda en las bases de datos escogidas se obtuvieron un total de 112 artículos. Si lo desglosamos por bases de datos:

- Pubmed: se identificaron 41 artículos.
- EBSCOhost: se identificaron 71 artículos.

De los 112 artículos, un total de 101 fueron excluidos tras leer abstract y/o falta de interés para el estudio. Por bola de nieve se incluyeron 20 artículos que incluyen revisiones sistemáticas, estudios cuasiexperimentales y documentos de base teórica. Se puede observar el proceso de selección en el diagrama de flujos (figura 1):

Figura 1: Diagrama de flujos



En la tabla 3 se presentan los estudios incluidos en la síntesis de esta revisión bibliográfica en profundidad:

Tabla 3: estudios incluidos en la revisión, con año, autor, lugar, tipo de estudio, población a estudio, tamaño de la muestra y rango de edad de la muestra

Año de publicación	Autor principal	Lugar	Tipo de estudio	Sujetos de estudio	Tamaño de la muestra	Rango de edad
2002	Keyserling, T.	EE. UU.	Ensayo clínico	Población afroamericana	219	≥ 18
2004	Horowitz, C.	EE. UU.	Encuesta transversal	*	*	*
2005	Beach, M.	EE. UU.	Revisión sistemática	Población afroamericana, latina, asiática y nativo americanas	*	*
2005	Varela, V.	Argentina	Correlacional	Estudiantes extranjeros	396	≥ 18
2005	Weissman, J.	EE. UU.	Encuesta transversal	Profesionales de la salud	2047	*
2006	Coleman, D.	R.U.	Examen de población y desarrollo	Población negra, asiática o de minoría étnica	*	*
2006	Leno González, D.	España	Síntesis de teoría	*	*	*
2007	Peek, M.	EE. UU.	Revisión sistemática	Población afroamericana, latina, asiática y nativo americanas	*	*
2011	Jaber, L.	EE. UU.	Cuasiexperimental	Población árabe americana	71	≥ 30
2011	Rosal, M.	EE. UU.	Ensayo clínico	Población latina	252	≥ 18
2012	Sun, A.	EE. UU.	Cohorte	Población china	23	≥ 18
2012	Zeh, P	EE. UU.	Revisión sistemática	Población negra, asiática o de minoría étnica	*	≥ 18
2013	Shah, M.	EE. UU.	Revisión sistemática	Profesionales de la salud	*	*

2013	Frintner, M.	EE. UU.	Encuesta transversal	Profesionales de la salud	2672	*
2014	Jack, L.	EE. UU.	Comentario	Población afroamericana	*	*
2014	Islam, N.	EE. UU.	Cuasiexperimental	Población del sur de Asia	126	18-75
2015	Sanders Thompson, V.	EE. UU.	Revisión sistemática	Población afroamericana, latina, asiática y nativo americanas	*	*
2015	Fu, M.	China	Estudio piloto	Población china	29	≥18
2015	Liu, H.	China	Ensayo clínico	Población china	117	≥18
2016	Wilkinson, E.	R.U.	Revisión sistemática	Población del sur de Asia	*	≥65
2016	Hu, J.	EE. UU.	Cuasiexperimental	Población latina	186	≥18
2016	Chesla, C.	EE. UU.	Estudio Piloto	Población china	25	≥18
2016	Yeh, M.	EE. UU.	Ensayo clínico	Población china	60	≥18
2017	Gumber, A.	R.U.	Nota de investigación	Población negra, asiática o de minoría étnica	*	*
2017	Bertran, E.	EE. UU.	Observacional descriptivo	Población árabe americana	69	≥30
2017	Patel, R.	EE. UU.	Ensayo clínico	Población del sur de Asia	70	≥18
2017	Lagisetty, P.	EE. UU.	Revisión sistemática	Minorías étnicas	*	*
2019	Taylor, Y.	EE. UU.	Encuesta transversal	Profesionales de la salud	98	≥18
2019	Deng, F.	Canadá	Revisión de alcance	Población china	*	*
2019	Amirehsani, K.	EE. UU.	Cuasiexperimental	Población latina	84	≥18

Leyenda: Estados Unidos (EE. UU.), Reino Unido (R.U.); Las casillas marcadas con un asterisco (*) indican que los datos no se indicaban o no eran relevantes para el tipo de estudio escogido.

DISCUSIÓN

Se han llevado a cabo diversos estudios en todo el mundo que documentan el estado de salud de la población culturalmente disidente y aseguran que los cuidados culturalmente competentes mejoran el estado de salud de las personas. Las poblaciones a estudio en la bibliografía obtenida proceden de lugares muy dispares y precisan de cuidados adaptados a sus necesidades psicosociales y culturales. Las más representativas pertenecen a: población latina, afroamericana, china y del sur de Asia.

La demografía importa: cómo afecta la diabetes a las poblaciones culturalmente minoritarias

Población del sur de Asia

La población del sur de Asia (India, Pakistán, Sri Lanka, Bengala) está muy presente en Reino Unido (RU) y Estados Unidos (EE. UU.), siendo uno de los grupos más numerosos entre su población migrante. En RU se prevé que para 2056 el 43% de la población nacional esté formada por las minorías étnicas actuales (8), lo que hace pensar en cómo se pueden otorgar cuidados ajustados a sus necesidades. La revisión de la literatura en este país entrelazó tres ítems: personas mayores, cuidados diabetológicos de calidad y etnia (9). Ambos países hicieron hincapié en el aumento del riesgo de debut diabético, siendo 4 veces mayor en RU (9) y 150% más probable en EE. UU. (10). Además, describen una instauración más temprana de la enfermedad y un riesgo mayor de aparición de complicaciones (nefropatías, retinopatías, neuropatía).

A pesar de los cambios vigentes en las políticas de calidad asistencial y el desarrollo de medidas de prevención primaria de la enfermedad, los pacientes no perciben mejoras en la calidad de la asistencia ni una disminución de la desigualdad (9,10). Se atribuyó a una falta de concienciación con el fenómeno cultural y a barreras comunicativas y de servicio.

Sin embargo, las intervenciones que han ido más allá en cuanto a la adaptación y traducción de los programas de prevención de la diabetes han demostrado efectos a corto plazo en el manejo diabético y un aumento de los conocimientos por parte de los pacientes (9,10).

Es de interés recalcar que el estudio de Patel et al. (2017) en Estados Unidos observó un aumento de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el seguimiento posterior al estudio (10). Concretamente, un 5% de los miembros que pertenecían al grupo control y que no recibían cuidados adaptados alcanzaron niveles incluidos en la categoría de prediabetes.

Población china

La revisión de Deng F et al. (2019) refleja cómo se llevan a cabo las intervenciones dietéticas en población china con diagnóstico activo de DM2 en países como Canadá, Australia, Reino Unido y Nueva Zelanda (6). En él se describe la dificultad de la población para incorporar consejos dietéticos a la alimentación local, la cual desconocen. Esto se debe al proceso de aculturación que sufren las personas que migran a otros países y a las que no se educa contemplando la variable cultural (6,7).

Se observa un uso reducido de los sistemas de salud que se correlaciona con la disparidad étnica entre profesional y paciente. En cambio, como ocurre con otras poblaciones, los niveles de glucemia y colesterol en sangre se ven disminuidos cuando la persona que ofrece la asistencia pertenece al mismo trasfondo étnico y cultural que el paciente (6).

La alimentación oriental, difiere mucho de la que conocemos en nuestro entorno. Por eso, en diversos estudios se llevó a cabo la adaptación de los programas de cronicidad y alimentación teniendo presentes los consejos que otorgaban las guías chinas (6,11). Es de alto interés considerar el mantenimiento de la dieta tradicional china y trabajar las modificaciones dietético-terapéuticas sobre esta. Ya que el aumento de la ingesta de vegetales, fruta, lácteos y legumbres, junto con la implementación de arroz integral ha demostrado un mantenimiento del nivel de glucemia más controlado. Quedando desaconsejados el consumo de azúcares y grasas saturadas (6,12,13)

Además, varios estudios comprendieron modificaciones en el idioma de transmisión y en las formas de intervención. Por ejemplo, se llevaron a cabo talleres de cocina para ejemplificar las modificaciones dietéticas propuestas aplicadas a la alimentación tradicional china (14,15). Cabe destacar cómo todos aquellos estudios que procedieron

con cuidados ajustados culturalmente observaron una disminución de la HbA1c y la glucemia basal (6,11,14,15).

Población latina

En EE. UU. el 12,8% de la población latina fue diagnosticada de diabetes en 2012 versus el 7,6% de las personas blancas no-latinas. Partiendo de esta desigualdad se decidió realizar un estudio de 8 semanas con pacientes diabéticos y sus familiares (16).

En este estudio se midió el nivel de conocimientos, la adherencia dietético-terapéutica y de ejercicio físico y el soporte familiar para después educar a los pacientes y sus familias empleando estrategias culturalmente ajustadas (16). Resultó ser efectiva a corto plazo. El nivel de HbA1c disminuyó casi un 1%, lo que se correlaciona con una disminución del 35% del riesgo de presentar complicaciones relacionadas con la enfermedad. En este y en estudios similares los niveles de HbA1c se volvieron a elevar ciertos meses después de la intervención, aunque se mantuvieron por debajo de la medición inicial (16,17). A pesar de esto, los pacientes refirieron mantener la monitorización de los niveles de glucosa en sangre a largo plazo (17).

Por otro lado, en estudios como el de Amirehsani et al. (2019) se observó que gran parte de la población a estudio relacionaba el desarrollo de la diabetes con un estado de estrés y ansiedad mantenido. Todo ello desembocaba en comer emocionalmente, un mecanismo adaptativo que consiste en comer con la meta de paliar las emociones dolorosas (18). Favorecer las intervenciones que entrenan el abordaje emocional puede ser un mecanismo adecuado para garantizar un mayor éxito de los hábitos adquiridos a largo plazo, evitando así la adicción a los dulces que refieren algunas personas (18).

Se recogieron testimonios de diferentes pacientes y familiares que evidencian la satisfacción que refieren los asistentes a las intervenciones grupales y cómo de concienciados están para modificar los hábitos para beneficiarse de un mejor estado de salud (18):

Mujer, 40 años: “Quiero cambiar mis hábitos de cocina. Quiero ofrecerle a mi familia comida saludable. Creo que estas clases realmente me han ayudado a pensar y planificar mejor la salud de toda mi familia; mis hijas, mi esposo y a mí misma. Quiero mejorar la comida, comer más saludablemente y no consumir cosas con almidón, refrescos o cualquier cosa parecida en mi casa.”

Hombre, 60 años: “Mi vida ya ha cambiado desde que empecé a venir a estas reuniones. Mi esposa solía salir a caminar y yo solo la veía. Pero desde estas charlas, camino de 30 a 35 minutos al día, seis días a la semana. No planeo dejar ese ejercicio.”

Además, una mayor adherencia a las sesiones grupales de educación para la salud resultó en un mejor manejo del nivel de HbA_{1c}, unos mejores hábitos dietéticos y una mayor adherencia farmacológica (17,18). No se observaron mejoras significativas relacionadas a la actividad física a largo plazo, lo que invita a los investigadores a reforzar este punto en futuros estudios (16,17).

Población afroamericana

Cuando nos centramos en población afroamericana se ha descrito una mayor probabilidad de aparición de complicaciones relacionadas con la enfermedad, entre ellas se destacan: la amputación de miembro inferior, el fallo renal, la enfermedad cardiovascular y la ceguera (4). Además, se describe una diferencia significativa en la calidad de asistencia cuando se trata de personas de etnia no caucásica, como son las personas afroamericanas, lo que dificulta una intervención exitosa (19).

Las desigualdades que sufre este colectivo se pueden ver incrementadas cuando se añade la vertiente del género. Se ha visto que las mujeres afroamericanas, por ejemplo, tienen un riesgo cardiovascular considerablemente más elevado que otras mujeres (20). Un aumento del control glucémico y de tensión disminuye notablemente este riesgo, si se acompaña de intervenciones ajustadas culturalmente (19,20).

En contraposición, la población afroamericana refiere un menor control debido a limitaciones económicas, debido al tipo de sistema sanitario que existe en EE. UU. y a la

precariedad laboral que sufre gran parte de este colectivo. Por este mismo motivo también se ven limitado el acceso a tratamientos dietético-farmacológicos, actividad física y recreativas (19,21).

Por otro lado, si atendemos a todos los géneros, llevar a cabo intervenciones culturalmente competentes mejoró no solo los niveles de HbA1c, sino que desembocó en un mejor cuidado y prevención de las complicaciones de la afección del pie diabético. También disminuyó los niveles de lípidos en sangre y favoreció un mejor control, previniendo el debut temprano de muchas otras enfermedades crónicas adquiridas (19).

Propuestas teóricas para hacer un abordaje transcultural de la salud

Hasta ahora no se han descrito en profundidad algunas de las estrategias que se pueden llevar a cabo para ajustar culturalmente las intervenciones. Autores como Gumber (22), Kleinman (4) y Leininger (7) amplían la visión holística que aportaban V. Henderson o H. Peplau. Tanto es así, que Kleinman propone un cuestionario (Anexo 1) que está dividido en 5 categorías antropológicas que permiten comprender a fondo la perspectiva del paciente y la realidad social, espiritual y psicológica cuando convive con una enfermedad (4).

Desengranando esta información conseguiremos desvelar si existen similitudes entre la manera de comprender el fenómeno de salud y enfermedad entre el profesional y el paciente. Es útil para conseguir profundizar en la entrevista clínica y poder recabar mayor cantidad de información acerca del usuario y su contexto más próximo.

Gumber y las seis G's: gender, generation, god, gaps, genes and geography.

Sin confrontar la teoría de Kleinman, Gumber propone un marco teórico alrededor de 6 determinantes sociales que afectan interseccionalmente a toda la población, pero que se acentúan en forma de barrera cuando recaen sobre población culturalmente diversa (22). Estos, traducidos al castellano, son: el género, la religión, la genética, la generación, la geografía y la falta de conocimientos.

Podemos apreciar el ajuste cultural en referencia al **género** cuando las mujeres desempeñan un rol cuidador dentro de sus familias. En la población árabe y latina, son estas las responsables de inculcar los hábitos de salud, así como del cocinado. Por ello, se han dirigido intervenciones específicas para mujeres con el fin de mejorar los hábitos no solo individuales sino familiares (16,18,23,24).

Cuando hacemos referencia a la **generación**, se aprecia que las personas de edad más avanzada son más conservadoras y desean mantener la dieta tradicional que conocen desde jóvenes (22). Es un factor protector del que las generaciones más jóvenes no disponen. Como se observa en la población de origen surasiático y chino, existe un nivel de adaptación dietético-terapéutico significativamente superior cuando se proporcionan consejos sobre la dieta tradicional comparado con la proporción de consejos sobre la dieta occidental o local (6,9).

Si nos centramos en aspectos relacionados con la **religión**, muchas de las culturas a estudio tienen prácticas religiosas muy arraigadas que en ocasiones influyen los hábitos y la alimentación. Por eso, se invita a adaptar la dieta, el régimen terapéutico y los rituales manteniendo en gran medida la tradición ya que los periodos de ayuno y las modificaciones en el nivel de actividad influyen notablemente en el manejo de la diabetes y de la salud en general (22).

Por otro lado, no se puede dejar atrás la gran influencia que tiene la **falta de conocimientos** en cuanto a las conductas que se llevan a cabo en salud. Si bien no es algo inherente a la etnia, muchas de las personas que pertenecen a una minoría étnica trabajan en puestos no cualificados y mal remunerados. Ese bajo nivel socioeconómico hace que no puedan alcanzar el mismo nivel educativo que fácilmente logran las personas caucásicas (22). Por ello, se han de reforzar las intervenciones adaptadas a esta población y educar en salud disminuyendo esa falta de conocimientos. A pesar de las dificultades de este grupo poblacional para acceder a los diferentes recursos y activos saludables, los estudios han demostrado que existe una mejora significativa en el estado de salud de las personas cuando los cuidados se ajustan a sus necesidades (17).

La **genética** afirma que existen ciertos alelos que predispone a los diferentes grupos étnicos a una mayor o menor probabilidad de desarrollar DM2 (22). Sin embargo, dada

la influencia que tienen los factores de riesgo modificables en la aparición de la enfermedad, algunos autores no lo contemplan como un factor determinante, sino como un añadido, en esta patología crónica.

Estos factores predisponentes que son modificables, en ocasiones se deben a la tradición y la concepción de salud que existe en el **lugar de origen**. Además, la historia familiar y el contexto sociocultural perfilan la salud de los individuos que después tienen que hacer frente a un proceso de aculturación cuando entran en contacto con una cultural totalmente diferente a la que adoptaron inicialmente. Por ello que Gumber y otros autores puntualizan la adaptación de los programas de salud y de cribado de enfermedades (9,11,12,14,22).

A continuación, enfatizando las 6G's de Gumber, el estudio de Lagisettey et al. agrupó las intervenciones revisadas en 4 dominios evaluables y sobre los que actuar para otorgar cuidados culturalmente ajustados. A esta taxonomía se le denominó, en inglés, *Facilitating interventions through Language, Location and Message* (FiLLM) (2).

Cuatro dominios presentes en la asistencia sanitaria culturalmente competente

- 1) Facilitadores: son individuos que pertenecen al mismo trasfondo sociocultural. Estos pueden o no estar profesionalmente formados para la asistencia sanitaria (2).
- 2) Lenguaje: es el idioma de elección y la traducción del material entregado a los pacientes. La adaptación facilitó la comprensión de los consejos proporcionados. No consiste en únicamente la traducción del mensaje, sino en la adecuación del lenguaje técnico para su transmisión. Se ha observado que los pacientes confían más en los profesionales cuando estos hablan su misma lengua o cuando la intervención está mediada por intérpretes (2).
- 3) Localización: es el lugar en el que se lleva a cabo la intervención. Infiuye directamente con el acceso a la atención sanitaria de las personas culturalmente disidentes aportando seguridad y comodidad a la comunidad receptora de cuidados. Un gran número de estudios optaron por reunir a los pacientes en

localidades de culto o rezo, como es el caso de la mezquita (23) en población de origen árabe o el mandir (10) cuando nos referimos a las personas del sur de Asia que practican el hinduismo.

4) Mensaje: consiste en la adaptación del contenido y del mecanismo de transmisión de la información. Así, se llevaron a cabo intervenciones en base al género, las creencias religiosas y la alimentación tradicional. He aquí varios ejemplos:

- 1) Vincent et al. (25) realizó una demostración culinaria dirigida a población hispana en la que se elaboró una receta típica mexicana incorporando indicaciones dietéticas hipocalóricas.
- 2) Islam et al. (26) enfocó su intervención alrededor de un concepto espiritual dentro del sijismo, una religión original de la india. Este debate acerca del “*Saint-Soldier*” o “*Sant Sipahi*” pudo enfatizar la disciplina y las responsabilidades sociales que son tan características en esta religión.
- 3) Jaber et al. (24) llevó a cabo una intervención dirigida a mujeres árabes americanas, con el pretexto de la influencia de estas en la salud y la alimentación familiar.

Según Lagisetty et al. (2), la mayoría de los estudios revisados que introdujeron al menos 3 de estos 4 dominios obtuvieron buenos resultados. Se observó una disminución significativa de la HbA1c y de glucemia basal, además de pérdida de peso.

Ella anuncia que el éxito de los estudios revisados es proporcional a las medidas culturales empleadas. Afirma que algunas las intervenciones que ajustaron la asistencia a las necesidades culturales de los grupos e individuos en menos de 3 dominios no tuvieron éxito (2).

Se propone este tipo de taxonomía fragmentada en dominios, ya que las escalas presentes hasta el momento como la *Cultural Competency Assessment Tool* (CCAT) únicamente otorgaba una evaluación general de la asistencia (27). Es decir, no evaluaba los dominios

individualmente, lo que impedía descubrir cuál de ellos debía mejorarse para llevar a cabo una intervención exitosa (2).

La competencia cultural y cómo la perciben los profesionales de la salud

En la actualidad no existe mucha literatura que evalúe la asistencia culturalmente competente ofertada por los profesionales de los diferentes sistemas de salud. A pesar de que son la clave para que la comunidad reciba unos cuidados de calidad, ya que son los únicos que pueden conocer a fondo la población a la que deben dotar de asistencia (28). Por otro lado, se evidencia que existe mucha variabilidad en el tratamiento y diagnóstico de la diabetes mellitus cuando se trata de población de etnia no blanca (29). Esta particularidad en la atención a los usuarios se relacionó con el nivel de conciencia que tienen los profesionales en cuanto a las desigualdades en salud (29).

En cuanto a la preparación, encontramos un abanico extenso de profesionales que aseguran no preparados. Más de la mitad de los profesionales aseguran no estar preparados para abordar idóneamente una situación que requiera de cuidados ajustados culturalmente (28–30). Esta sensación se relaciona principalmente con falta de formación académica y las barreras lingüísticas entre los profesionales y los usuarios (28–30).

La necesidad de dotar al paciente y su familia de cuidados culturalmente competentes se acentúa en situaciones como es el caso de nuevos migrantes, creencias religiosas que confrontan los tratamientos de la medicina occidental, la medicina tradicional, desconfianza en el sistema de salud (28–30).

Por otro lado, Taylor et al. (2019) afirma que la mayoría de los residentes son conscientes de las desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria, estado de salud y proceso diabético (29). Siguiendo por esta rama, Frintner et al. (2013) añade que son los profesionales que han tenido algún tipo de contacto previo con los cuidados transculturales, ya sea profesional o académicamente, los que son más conscientes de este fenómeno y menos reacios a continuar con su formación en este ámbito (30).

Si nos centramos en la especialidad que menos contempla la teoría holística de Leininger, nos encontramos con aquellas que pertenecen al ámbito de las urgencias, las emergencias

y los cuidados críticos. Los profesionales de estas especialidades afirman en una proporción significativamente mayor al resto que los cuidados culturalmente competentes son menos importantes para dotar a los pacientes de una asistencia de calidad (31).

Aun así, la mayor parte de los profesionales que han optado a una formación específica han expresado que han percibido una mejoría considerable cuando atienden situaciones culturalmente divergentes (30,31). Es más, son conscientes que un ajuste cultural de los cuidados evitaría situaciones conflictivas, estancias hospitalarias prolongadas, errores en los tratamientos pautados y disrupciones del tratamiento (31).

LIMITACIONES

La realización de esta revisión sistemática se ha visto influida por diversos factores limitantes. Principalmente, la búsqueda aportaba documentos de gran valor que se trataban en su mayoría de revisiones sistemáticas, pero no se obtuvieron una cantidad significativa de estudios de otro tipo, que estuvieran encuadrados en los últimos diez años y que fueran de interés. Por esta razón, para acceder a varios de los autores se tuvieron que obtener documentos mediante la técnica de bola de nieve, sobrepasando los criterios de exclusión de la búsqueda.

Por otro lado, no se pudo sintetizar una revisión que hiciera referencia a una sola minoría étnica y cultural, ya que los estudios disponibles no proporcionaban datos suficientes acerca de un solo grupo poblacional. Además, en ningún momento se encontraron estudios a nivel nacional que investigaran este fenómeno en la población descrita y es por ello por lo que se optó por abordar la temática desde una perspectiva global.

CONCLUSIONES

Según la literatura revisada, existe una gran desigualdad cuando tratamos la salud de la población. Esta viene dada por la etnia y la cultura, que traen consigo otros muchos determinantes sociales asociados. Es por ello por lo que una práctica culturalmente ajustada otorga la posibilidad de un mejor manejo de la diabetes y una protección frente al riesgo de padecerla. Sin embargo, las prácticas que se han sometido a estudio y que favorecen una asistencia culturalmente competente no son confrontadas para determinar

la eficacia de cada una de ellas individualmente. Sería de interés ampliar el estudio de este fenómeno y poder determinar qué acciones de valor se pueden emplear, y en qué grado de recomendación, para abordar de una manera efectiva los cuidados transculturales.

Además, sería valioso crear y validar escalas y cuestionarios como los que proponen Kleinman o Lagisetty para aplicar unos cuidados que se ajusten más a las necesidades culturales de los pacientes. Ya que, unas herramientas de medición que nos hagan comprender mejor la realidad del paciente, y no sólo eso, sino evaluar nuestra propia intervención, pueden desembocar en una mejor aplicación de cuidados.

Finalmente, aunque actualmente no existan guías de actuación para asegurar unos cuidados culturalmente competentes y de calidad. La bibliografía manifiesta que una intervención que valore y se ajuste a las preocupaciones culturales y lingüísticas de los pacientes mejora el manejo y previene de desarrollar diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diabetes [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Lagisetty PA, Priyadarshini S, Terrell S, Hamati M, Landgraf J, Chopra V, et al. Culturally Targeted Strategies for Diabetes Prevention in Minority Population: A Systematic Review and Framework. *Diabetes Educator*. 1 de febrero de 2017;43(1):54-77.
3. Sanders Thompson VL, Johnson-Jennings M, Baumann AA, Proctor E, Thompson SV. Use of Culturally Focused Theoretical Frameworks for Adapting Diabetes Prevention Programs: A Qualitative Review. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2015;12:1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.140421>.
3. Jack L, Leandris ;, Liburd C, Tucker P, Cockrell T. Having Their Say: Patients' Perspectives and the Clinical Management of Diabetes. *Clin Ther* [Internet]. 2014 [citado 3 de febrero de 2023];36(4):469-76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.02.003>
5. Varela Macedo VM. Análisis de la relación existente entre aculturación y nacionalidad. *Psicología para América Latina* [Internet]. 2005 [citado 28 de abril de 2023];(3). Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2005000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
6. Deng F, Zhang A, Chan C. Nutrition Interventions for Type 2 Diabetes in Chinese Populations: A Scoping Review. *J Immigr Minor Health*. 1 de diciembre de 2019;21(6):1416-31.

7. Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología* [Internet]. 2006 [citado 15 de abril de 2023];22(32). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7118>
8. Coleman D. Projections of the Ethnic Minority Populations of the United Kingdom 2006–2056 [Internet]. Population Council. 2006 [citado 8 de mayo de 2023]. p. 441-86. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/25749196>
9. Wilkinson E, Waqar M, Sinclair A, Randhawa G. Meeting the Challenge of Diabetes in Ageing and Diverse Populations: A Review of the Literature from the UK. *J Diabetes Res* [Internet]. 2016 [citado 3 de febrero de 2023];2016. Disponible en: </pmc/articles/PMC5086503/>
10. Patel RM, Misra R, Raj S, Balasubramanyam A. Effectiveness of a Group-Based Culturally Tailored Lifestyle Intervention Program on Changes in Risk Factors for Type 2 Diabetes among Asian Indians in the United States. *J Diabetes Res* [Internet]. 2017 [citado 3 de febrero de 2023];2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28168201/>
11. Sun AC, Tsoh JY, Saw A, Chan L, Joyce M, Cheng W. Effectiveness of a Culturally Tailored Diabetes Self-Management Program for Chinese Americans. *Diabetes Educ* [Internet]. 2012 [citado 8 de mayo de 2023];38(5):685-94. Disponible en: <http://www.sagepub.com/>
12. Liu H, Zhang M, Wu X, Wang C, Li Z. Effectiveness of a public dietitian-led diabetes nutrition intervention on glycemic control in a community setting in China. *Asia Pac J Clin Nutr* [Internet]. 2015 [citado 8 de mayo de 2023];24(3):525-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26420196/>
13. Fu M, Hu J, Cai X. Effectiveness of a community-based diabetes self-management intervention for Chinese adults with type 2 diabetes: A pilot study. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 8 de mayo de 2023];21(2):132-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26125580/>
14. Yeh MC, Heo M, Suchday S, Wong A, Poon E, Liu G, et al. Translation of the Diabetes Prevention Program for diabetes risk reduction in Chinese immigrants in New York City. *Diabetic Medicine*. 1 de abril de 2016;33(4):547-51.
15. Chesla CA, Chun KM, Kwong Y, Gay CL, Chi HL, Gu Y, et al. Cultural Adaptation of the Group Lifestyle Balance Program for Chinese Americans. *Diabetes Educ* [Internet]. 1 de diciembre de 2016 [citado 8 de mayo de 2023];42(6):686-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27624905/>
16. Hu J, Amirehsani KA, Wallace DC, McCoy TP, Silva Z. A Family-Based, Culturally-Tailored Diabetes Intervention for Hispanics and Their Family Members. *Diabetes Educ* [Internet]. 1 de junio de 2016 [citado 3 de febrero de 2023];42(3):299-314. Disponible en: </pmc/articles/PMC5654382/>
17. Rosal MC, Ockene IS, Restrepo A, White MJ, Borg A, Olendzki B, et al. Randomized Trial of a Literacy-Sensitive, Culturally Tailored Diabetes Self-Management Intervention for Low-Income Latinos. *Diabetes Care*. 2011;34:838-44.
18. Amirehsani KA, Hu J, Wallace DC, Silva ZA, Dick S. Hispanic Families' Action Plans for a Healthier Lifestyle for Diabetes Management. *Diabetes Educator*. 1 de febrero de 2019;45(1):87-95.

19. Peek ME, Cargill A, Huang ES. Diabetes Health Disparities: A Systematic Review of Health Care Interventions. *Med Care Research Rev* [Internet]. octubre de 2007 [citado 9 de mayo de 2023];64(5):101S-156S. Disponible en: /pmc/articles/PMC2367214/
20. Keyserling TC, Samuel-Hodge CD, Ammerman AS, Ainsworth BE, Henríquezhenríquez-Roldán CF, Roldán R, et al. A Randomized Trial of an Intervention to Improve Self-Care Behaviors of African-American Women With Type 2 Diabetes Impact on physical activity. *Diabetes Care* [Internet]. 2002 [citado 9 de mayo de 2023];25(9):1576-83. Disponible en: <http://diabetesjournals.org/care/article-pdf/25/9/1576/589972/dc0902001576.pdf>
21. Horowitz CR, Colson KA, Hebert PL, Lancaster K. Barriers to Buying Healthy Foods for People With Diabetes: Evidence of Environmental Disparities. *Am J Public Health* [Internet]. 2004 [citado 19 de mayo de 2023];94(9):1549. Disponible en: /pmc/articles/PMC1448492/
22. Gumber A, Gumber L. Improving prevention, monitoring and management of diabetes among ethnic minorities: contextualizing the six G's approach. *BMC Res Notes* [Internet]. 2017;10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13104-017-3104-9>
23. Bertran EA, Pinelli NR, Sills SJ, Jaber LA. The Arab American Experience with Diabetes: Perceptions, Myths and Implications for Culturally-Specific Interventions. *Prim Care Diabetes*. 2017;11(1):13-9.
24. Jaber LA, Pinelli NR, Brown MB, Funnell MM, Anderson R, Hammad A, et al. Feasibility of Group Lifestyle Intervention for Diabetes Prevention in Arab Americans. *Diabetes Res Clin Pract*. 2011;91(3):307-15.
25. Vincent D, Clark L, Zimmer LM, Sanchez J. Using Focus Groups to Develop a Culturally Competent Diabetes Self-management Program for Mexican Americans. <http://dx.doi.org/10.1177/0145721705284372> [Internet]. 1 de enero de 2006 [citado 9 de mayo de 2023];32(1):89-97. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145721705284372?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
26. Islam NS, Zanowiak JM, Wyatt LC, Kavathe R, Singh H, Kwon SC, et al. Diabetes Prevention in the New York City Sikh Asian Indian Community: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 19 de mayo de 2014 [citado 9 de mayo de 2023];11:5462-86. Disponible en: /pmc/articles/PMC4053907/
27. Zeh P, Sandhu HK, Cannaby AM, Sturt JA. The impact of culturally competent diabetes care interventions for improving diabetes-related outcomes in ethnic minority groups: a systematic review. *Diabetic Medicine* [Internet]. 1 de octubre de 2012 [citado 19 de mayo de 2023];29(10):1237-52. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1464-5491.2012.03701.x>
28. Shah M, Kaselitz E, Heisler M. The Role of Community Health Workers in Diabetes: Update on Current Literature. *Curr Diab Rep* [Internet]. 1 de abril de 2013 [citado 9 de mayo de 2023];13(2):163-71. Disponible en: /pmc/articles/PMC3929361/
29. Taylor YJ, Davis ME, Mohanan S, Robertson S, Robinson MD. Awareness of Racial Disparities in Diabetes Among Primary Care Residents and Preparedness to Discuss Disparities with Patients. *J Racial Ethn Health Disparities*. 15 de abril de 2019;6(2):237-44.

30. Frintner MP, Mendoza FS, Dreyer BP, Cull WL, Laraque D. Resident Cross-Cultural Training, Satisfaction, and Preparedness. *Acad Pediatr.* 2013;13:65-71.
31. Weissman JS, Betancourt J, Campbell EG, Park ER, Kim M, Clarridge B, et al. Resident Physicians' Preparedness to Provide Cross-Cultural Care. *JAMA* [Internet]. 7 de septiembre de 2005 [citado 11 de mayo de 2023];294(9):1058-67. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/201476>

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de Kleinman, inglés.

Life history

1. Tell me about where you were born, your family, and some memorable events in your upbringing.
2. Tell me about your life right now (eg, where you work, your family).
3. When were you diagnosed with diabetes?

Patient and family explanatory models

1. What do you think caused you to develop diabetes?
2. What is the chief way diabetes has affected your life?
3. What do you fear most about having diabetes?

Symptom symbols

1. What was going on in your body that led to your diagnosis of diabetes?
2. At what point did you go to the doctor?
3. Have you had any episodes with diabetes that caused you to go to the emergency room? If yes, describe what happened.
4. What other problems have you experienced because you have diabetes?
5. What kind of treatment(s) do you prefer for diabetes?
6. Do you use over-the counter drugs or other home remedies to treat diabetes? If yes, what are some examples of over-the counter drugs and home remedies that you use?

Personal and interpersonal significance

1. Describe what you do to control your diabetes.
2. Is there someone (or a number of people) in your life who help you control your diabetes? If yes, what are some of the things they do?
3. In what ways have people in your life treated you differently after learning you have diabetes?
4. Of all the things the doctor/other health care worker told you to do to control your diabetes, what are the most difficult recommendations for you to follow? Describe what makes these behaviors so hard to do consistently.
5. In what ways has knowing that you have diabetes affected the way you see yourself?
6. Do you find that having diabetes adds to the stress in your life? If yes, in what ways?

Culturally marked disorder

1. In your own words, what do your blood sugars mean?
2. How do you think diabetes affects your body?
3. How comfortable are you telling people you have diabetes?
4. What are some reactions when you tell people that you have diabetes?