

Project Ref. No: 2016-1-EL01- KA202-023538  
Erasmus+ project, Strategic Partnerships  
for vocational education and training

# Inter Health

Intercultural Competences  
for Healthcare Professionals



**Erasmus+**

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

## CREENCIAS MÉDICAS PARA LA ASISTENCIA SANITARIA INTERCULTURAL

Los grupos de pacientes con raíces culturales diversas, experimentan una carga desmesurada de necesidades sanitarias no atendidas que se atribuyen a sus creencias y actitudes. Comprender las creencias médicas de los pacientes es imprescindible para mejorar los procesos diagnósticos y el tratamiento de la enfermedad. Cabe observar que la “enfermedad” se puede entender de dos maneras; 1) la percepción individual de estar enfermo (“illness” en inglés) y 2) un estado físico alterado o cualquier proceso que desvía de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental (“disease” en inglés). El concepto de “enfermedad” tiene tres definiciones. Dos de ellas eran prevalentes hasta el siglo XVIII y describieron una “enfermedad” como “maldad, depravación o inmoralidad” y “disgusto, ser desagradable o dañino”. La tercera definición, la más moderna, se remonta al siglo XVII y describe “enfermedad” como el estado de estar enfermo. Según la definición médica, “disease” se refiere a una desviación de las normas biológicas y los procesos patológicos y que se manifiesta de tal manera que permite que los profesionales sanitarios puedan ver, tocar, medir, etcétera. “Illness”, por el otro lado, se refiere a una sensación o experiencia personal e interior de salud precaria. En este sentido, el término “illness” puede coexistir – o no – con el término “disease”; mientras que el término “disease”, puede o no ser detectado en las etapas tempranas de la enfermedad (como el cáncer, diabetes, etc).<sup>1</sup>

En general, el contexto cultural explica la forma heredada, incuestionable y estructurada por la que los individuos entienden y responden a la enfermedad.<sup>1-4</sup> Hay tres culturas principales con respecto a las creencias sobre enfermedades que los profesionales de la salud deben conocer ya que moldean las actitudes hacia el concepto de salud. **Según la "cultura personalista", la enfermedad está vinculada a transgresiones de naturaleza moral y espiritual.** La creencia general es que la persona enferma merece un castigo o es víctima de espíritus malignos por razones que se refieren únicamente a él. Por ejemplo, la caída desde un árbol se ve como el resultado de un agente sobrenatural que actúa contra el individuo. Esta cultura se encuentra principalmente en América, África (al sur del desierto del Sahara), Oceanía y en pueblos tribales de Asia.

**Dentro de la "cultura naturalista", la enfermedad se entiende como causa de un desequilibrio energético con el entorno natural (modelo de equilibrio) principalmente debido al exceso de calor o frío excesivo,** etc. Por ejemplo, en muchas comunidades latinoamericanas, la persona no suele pisar descalza un suelo frío, no se lava las manos después de blanquear una pared y varias otras. Además, en la India, el antiguo sistema de Ayurveda incluye farmacopea hecha a partir de hierbas y minerales, así como consejos dietéticos. La creencia en las causas naturalistas de la enfermedad se encuentra entre las personas del sur de la India y China.

Finalmente, **la teoría de los gérmenes o el modelo biomédico, que es la base de la medicina occidental, demuestra que los tumores, las células anormales y los químicos son las causas de la enfermedad.** De acuerdo con este modelo, las enfermedades específicas tienen causas específicas. Por lo tanto, cada enfermedad tiene características distintivas y universales para todas las especies humanas. Teniendo en cuenta todas las creencias sobre enfermedades anteriores, es crucial para los profesionales de la salud tener una comprensión clara de lo que las personas creen que son las causas de la enfermedad, y todos los comportamientos asociados que siguen estos puntos de vista.<sup>5,6</sup>

Las creencias y percepciones sobre la salud difieren de una cultura a otra. Por ejemplo, en los países occidentales, el modelo biomédico reconoce la obesidad como un factor determinante para los resultados de salud adversos, mientras que en Nigeria, las mujeres engordan para mejorar la fertilidad. En otras culturas, la obesidad refleja la riqueza y el buen vivir. En consecuencia, el término "variabilidad" se prefiere al término "normal" que se usa ampliamente en el modelo biomédico.<sup>6</sup>

**De acuerdo con el modelo biomédico predominante en el mundo occidental, una enfermedad se explica mediante la evaluación de variables biológicas mensurables que, sin embargo, pueden diferir entre las poblaciones.** Por ejemplo, la osteoporosis en las mujeres está fuertemente asociada con la ingesta de calcio, lo que implica que las mujeres necesitan tomar leche, mientras que esto no es compatible con las mujeres de Asia del Sur, de las cuales el 80% son intolerantes a la lactosa. Del mismo modo, dentro del modelo biomédico occidental, el crecimiento de los niños se calcula por la altura y el peso, sin embargo, este cálculo puede implicar riesgos para otros grupos étnicos de menor altura.<sup>6</sup> Freedman y colaboradores,<sup>7</sup> mostraron en una investigación realizada a lo

largo de un período de 30 años, que la prevalencia de sobrepeso aumentó aproximadamente 3 veces (4% a 13%) entre niños blancos de 6 a 11 años, pero 5 veces (4% a 20%) entre niños negros. Los mismos investigadores atribuyeron estos hallazgos a las diferencias raciales y étnicas relacionadas con la forma de vida, los hábitos y la cultura. Sorprendentemente, los profesionales de la salud tienen que enfrentarse a enfermedades específicas que parecen ser más prevalentes en ciertas áreas o poblaciones, como la enfermedad de células falciformes entre las personas negras.

**En las sociedades no occidentales, la enfermedad se determina a través de procesos sociales en lugar de biológicos, siendo los curanderos tradicionales aquellas personas que manejan una enfermedad, mientras que en las sociedades occidentales, la sociedad otorga a los médicos la determinación del tratamiento adecuado.**<sup>6, 8-11</sup> Marshall y colaboradores<sup>9</sup>, exploraron a una población afrocaribeña que acudían a una iglesia, demostrando que los sujetos dependían de los líderes de la iglesia para recibir orientación sobre la salud. Atwine y colaboradores<sup>11</sup> realizaron en 2011 un estudio descriptivo utilizando entrevistas en grupos de participantes con diabetes mellitus II (10 mujeres y 7 hombres) de entre 39 y 72 años en Uganda. Los resultados mostraron que los síntomas de la diabetes son la razón principal para buscar ayuda para los curanderos tradicionales. Además, notaron que los participantes habían buscado ayuda de diferentes establecimientos de salud con la ayuda de sus familiares y amigos. Según Aborigo y colaboradores,<sup>10</sup> los sistemas médicos tradicionales permanecen en la primera línea de servicios de salud, particularmente en las comunidades rurales de países de bajos ingresos. Las mismas investigaciones se llevaron a cabo en el norte de Ghana, a partir de entrevistas con curanderos tradicionales con experiencia en el manejo de complicaciones obstétricas. Estos investigadores mostraron que la mayoría de los curanderos expresaron su disposición a trabajar con los servicios de salud formales. Por lo tanto, está surgiendo la necesidad de colaboración entre todos los sistemas de atención en las comunidades culturales.<sup>11-13</sup>

**De hecho, el trabajo cercano entre los sistemas de atención de salud y los curanderos tradicionales puede ser beneficioso para obtener información de todos los lados culturales con objeto de integrar diferentes enfoques.** Murdoch-Flowers y colaboradores<sup>14</sup>, exploraron a 17 mujeres adultas que vivían en Kahnawake, en el territorio Mohawk de Canadá, y mostraron que los programas de prevención con base cultural en la diabetes mellitus pueden facilitar la modificación de conductas saludables, incluidas las dimensiones mentales, físicas, espirituales y sociales. De manera similar, O'Mahony y colaboradores<sup>15</sup> ilustraron los factores socioeconómicos y culturales junto con el estigma social, como los principales determinantes para que 30 inmigrantes y refugiadas que vivían en Canadá tomaran decisiones sobre las prácticas de atención de la salud. Comprender que la cultura puede afectar a todas las áreas de la enfermedad, como el manejo de síntomas, el proceso de búsqueda de salud, la prevención, la adherencia al tratamiento, la atención clínica y la cooperación, o el uso de servicios informales es fundamental para desarrollar intervenciones de enfermería transculturales. Boyle en 1999 declaró que "la enfermería transcultural es un cuerpo de conocimiento que ayuda a proporcionar atención culturalmente relevante".

Además, según Mull y colaboradores<sup>5</sup>, la expresión de los signos y síntomas de una enfermedad debe distinguirse de una cultura a otra, por lo que se debe instar a los profesionales de la salud a ir más allá del examen físico o la historia clínica. **Es esencial para los profesionales de la salud explorar las vidas de los pacientes en concordancia con su entorno social (cultura naturalista) o sus creencias tradicionales sobre enfermedades (cultura personalista) al describir sus síntomas.** Como consecuencia, comprenderán cuándo el problema se encuentra fuera del ámbito de la enfermedad física o cuando el paciente se queja de síntomas que son "imposibles" según el modelo biomédico.<sup>4</sup>

Mientras tanto, **el conocimiento de las culturas anteriores puede ayudar a los profesionales de la salud a estimar el papel del paciente en el manejo de la enfermedad.** En la cultura personalista se cree que la enfermedad y la muerte provienen de los actos realizados por un agente externo, y se cree que el paciente adopta un rol pasivo. En la cultura naturalista, caracterizada porque el mantenimiento de la salud se garantiza evitando las conductas que producen enfermedades, los pacientes generalmente son más preventivos en relación a la enfermedad.<sup>5, 6</sup> Minas y colaboradores, 17 exploraron las creencias sobre enfermedades físicas y mentales en una muestra de 444 inmigrantes turcos en Melbourne, y mostraron que las creencias relacionadas con las causas naturales son más frecuentes que las creencias basadas en causas sobrenaturales. Sin embargo, las

creencias basadas en causas sobrenaturales persistieron a pesar de la modernización. Los mismos investigadores concluyeron que una mejor comprensión de la diversidad de creencias sobre la enfermedad es valiosa en el proceso clínico y en el desarrollo de servicios y estrategias de salud eficaces.

Además, **no es raro que las creencias sociales, religiosas y culturales puedan limitar el acceso a los servicios de atención médica.** Se observaron bajas tasas de atención preventiva de la salud, así como exámenes de los senos, mamografías y exámenes de detección del cáncer del cuello uterino entre las mujeres inmigrantes musulmanas.<sup>18-22</sup> Shirazi y colaboradores<sup>23</sup>, exploraron a 53 mujeres afganas musulmanas inmigrantes de habla no inglesa y de la primera generación de los 40 años (o más) sin antecedentes de cáncer de mama, y mostraron bajo conocimiento sobre el cáncer de mama, bajas tasas de detección y una falta de conocimiento sobre los síntomas, factores de riesgo y procedimientos de detección. Las principales barreras para el cribado incluyen: ausencia de educación cultural sobre la salud del seno, dificultades del lenguaje, baja alfabetización en salud y vergüenza. Vahabi y colaboradores<sup>24</sup>, exploraron a 30 mujeres en Toronto, entre 21 y 69 años, nacidas en el extranjero y autoidentificadas como musulmanas con buen conocimiento de inglés, demostraron que las prácticas y creencias de salud en sus países de origen tuvieron un impacto en la utilización de servicios de detección. Lee-Lin y colaboradores<sup>25</sup> demostraron que una intervención educativa pudo cambiar las creencias y las actitudes de cribado entre mujeres inmigrantes chinas que no se habían adherido a la mamografía en los últimos 12 meses.

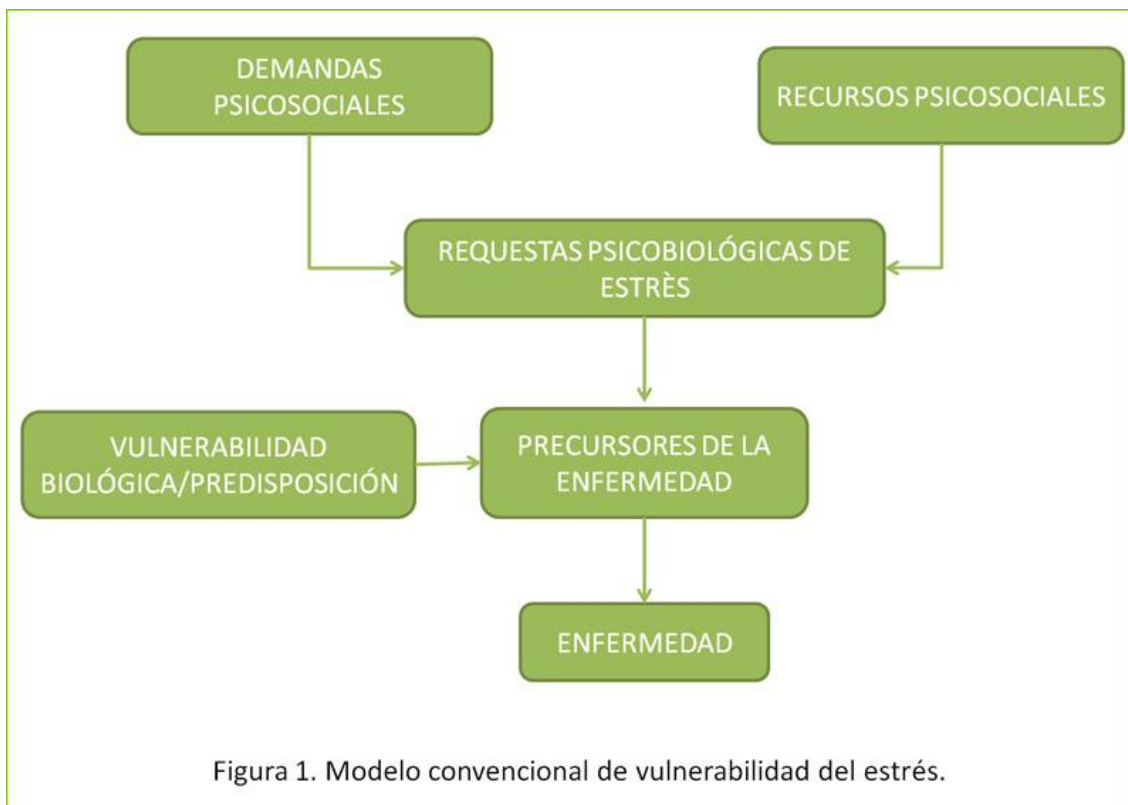
Chukwunke y colaboradores<sup>26</sup> exploraron el comportamiento relacionado con la búsqueda de salud de los pacientes y el servicio de Atención Primaria de Salud en 10 centros de salud, en cinco estados orientales de la República Federal de Nigeria. Los resultados mostraron una infrautilización de los servicios de atención primaria porque los participantes no aceptaron el sistema de atención de la salud provisto, pero en cambio prefirieron la medicina tradicional. La mayoría de los participantes creían que las enfermedades son causadas por seres sobrenaturales, la obra de los vecinos o la venganza de un Dios ofendido. De-Graft Aikins<sup>13</sup> exploró a 26 poblaciones urbanas y 41 rurales que padecían diabetes mellitus tipo II con diversos perfiles (sexo, edad, educación, nivel socioeconómico, estado de diabetes) en pueblos urbanos (Accra, Tema) y pueblos rurales (Nkoranza y Kintampo), en Ghana. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes enfatizaron que el manejo biomédico era una práctica ideal de autocuidado. Sin embargo, el alto costo de la atención biomédica condujo a la inacción médica. Un desafío importante para los profesionales de la salud es maximizar el compromiso con la gestión biomédica al proporcionar medicamentos farmacéuticos asequibles y apoyo psicosocial. La disponibilidad limitada de medicamentos occidentales junto con la creencia de que los medicamentos son de alto costo, se consideran los principales determinantes para persistir en la medicina tradicional.<sup>27</sup> Según Cocks y colaboradores<sup>28</sup>, casi 27 millones de sudafricanos usan medicinas indígenas, mientras que los remedios incluyen medicamentos, y se cree que éstos protegen a los espíritus malignos y traen buena suerte.

Finalmente, **los informes de grupos culturalmente diversos, ilustran la necesidad de hacer conscientes a los profesionales de la salud sobre sus propias creencias a quienes hablan su idioma y provienen de sus propios grupos étnicos.**<sup>24</sup>

En las últimas décadas, se ha estado llamando mucho la atención sobre el hecho de **que los estados emocionales y psicológicos influyen en la etiología y el mantenimiento de la enfermedad.**<sup>29,30</sup> El pesimismo y las emociones "negativas" (por ejemplo, miedo, ira, ansiedad, depresión) han sido identificadas como un factor de riesgo para la prevalencia de una mala salud psicológica y física<sup>31</sup>. Menos estudios han explorado si existe una sensación de optimismo, que se deriva de las explicaciones individuales sobre las causas de los eventos buenos y malos de la vida, y si éstos pueden proteger la salud de una persona. Un estilo explicativo optimista se caracteriza por la creencia de que el futuro será agradable porque se pueden controlar los resultados importantes<sup>31</sup>. Un estilo explicativo pesimista se ha relacionado con una sensación de desesperanza y se caracteriza por la opinión de que los problemas son permanentes y reflejan las deficiencias. Investigaciones anteriores han sugerido vínculos entre el pesimismo, la desesperanza y el riesgo de enfermedad cardíaca. La evidencia adicional que relaciona los factores emocionales y psicológicos con la enfermedad, han surgido de una gran variedad de investigaciones experimentales, clínicas y epidemiológicas.<sup>35, 36</sup> El espectro de estudios ha sido amplio, desde investigaciones enfocadas a los fenómenos celulares relevantes para la integración autonómica-endocrino-inmunológica, hasta estudios epidemiológicos de factores psicosociales y de salud.<sup>31</sup> En el marco de este enfoque, **las atribuciones sobre las**

**enfermedades, las llamadas por enfermedad, las causas atribuidas, los mecanismos de afrontamiento aplicados y las preocupaciones, están relacionadas con la creencia de que los factores emocionales están relacionados con la enfermedad.**

El modelo convencional de vulnerabilidad al estrés, postula que las respuestas al estrés psicológico surgen a partir de un desequilibrio entre demandas y recursos psicosociales, y se han identificado muchos factores relevantes para esta transacción, incluyendo la cronicidad y predictibilidad de la estimulación, las oportunidades de control, las respuestas de afrontamiento psicológico y la disponibilidad de los apoyos sociales <sup>29</sup>. Por el contrario, los mecanismos por los cuales las respuestas al estrés pueden aumentar el riesgo de enfermedad, no se comprenden bien y los investigadores se ven obligados a recurrir a una "predisposición biológica" mal definida para explicar las diferencias individuales en cuanto a lo susceptible que es una persona a la enfermedad o las variaciones en curso clínico. En esta revisión se argumenta que pueden postularse diversos procesos mediadores cognitivo-conductuales y psicofisiológicos, y que estos son relevantes para diferentes tipos de influencia en la salud (efectos agudos y crónicos, procesos causales y facilitadores, impacto en la etiología, mantenimiento, recaída o recurrencia).<sup>30</sup>



Stephoe, A. The links between stress and illness.  
*Journal of psychosomatic research.*, 1991; 13(6): 633-644.

Todos los datos de investigación anteriores sugieren:

- Ilustrar la necesidad de implementar campañas educativas en áreas o países donde prevalece el modelo sociocultural y existe un conocimiento limitado – o ignorancia – sobre las asuntos relacionados con la salud,
- Resaltar la demanda para desarrollar pautas basadas en la evidencia, obteniendo información sobre la heterogeneidad dentro de cualquier agrupación cultural o categorías de minorías étnicas,
- Enfatizar la necesidad de una comprensión profunda sobre las creencias sobre la atención médica del paciente,

- d) Requerir de acción para identificar los factores relacionados con la salud a fin de guiar las intervenciones basadas en la cultura,
- e) Solicitar profesionales de la salud que conozcan las creencias sobre la enfermedad.

## Referencias

1. Boyd K. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:9–17.
2. White P. The concept of diseases and health care in African traditional religion in Ghana. *HTS Teologiese Studies / Theological Studies*, 71, jul. 2015. Available at: <http://www.hts.org.za/index.php/HTS/article/view/2762>>. Accessed: 05 Jan. 2018
3. Chrisman NJ. The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Cult Med Psychiatry*.1977; 1(4):351-377.
4. Pachter LM. Culture and clinical care. Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. *JAMA*. 1994;271(9):690-694.
5. Mull JD. Cross-cultural communication in the physician's office. *West J Med*. 1993;159(5):609-613.
6. Ibeneme S, Eni G, Ezuma A, Fortwengel G. Roads to Health in Developing Countries: Understanding the Intersection of Culture and Healing. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*. 2017;86:13-18.
7. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Ogden CL, Dietz WH. Racial and ethnic differences in secular trends for childhood BMI, weight, and height. *Obesity (Silver Spring)*. 2006; 14(2):301-308.
8. Hoff W. Traditional healers and community health. *World Health Forum*. 1992; 13(2-3):182-187.
9. Marshall J, Archibald C. The Influence of Spirituality on Health Behaviors in an Afro-Caribbean Population. *ABNF J*. 2015; 26(3):57-62.
10. Aborigo RA, Allotey P, Reidpath DD. The traditional healer in obstetric care: A persistent wasted opportunity in maternal health. *Soc Sci Med*.2015; 133:59-66.
11. Atwine F, Hultsjö S, Albin B, Hjelm K. Health-care seeking behaviour and the use of traditional medicine among persons with type 2 diabetes in south-western Uganda: a study of focus group interviews. *The Pan African Medical Journal*. 2015; 20:76.
12. Mbwambo ZH, Mahunnah RL, Kayombo EJ. Traditional health practitioner and the scientist: bridging the gap in contemporary health research in Tanzania. *Tanzan Health Res Bull*. 2007; 9(2):115-120.
13. de-Graft Aikins A. Healer shopping in Africa: new evidence from rural-urban qualitative study of Ghanaian diabetes experiences. *BMJ : British Medical Journal*. 2005; 331(7519):737.
14. Murdoch-Flowers J, Tremblay MC, Hovey R, Delormier T, Gray-Donald K, Delaronde E, Macaulay AC. Understanding how Indigenous culturally-based interventions can improve participants' health in Canada. *Health Promot Int* 2017 Sep 14. doi: 10.1093/heapro/dax059.
15. O' Mahony JM, Donnelly TT, Raffin Bouchal S, Este D. Cultural background and socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *J Immigr Minor Health*. 2013; 15(2):300-314.
16. Boyle JS. Transcultural nursing at Y2K: some thoughts and observations [comment]. *J Transcult Nurs*. 1999; 10(1):8.
17. Minas H, Klimidis St, Tuncer C. Illness causal beliefs in Turkish immigrants, *BMC Psychiatry*.2007;7:34.
18. Matin M, LeBaron S. Attitudes toward cervical cancer screening among Muslim women: a pilot study. *Women Health*. 2004;39(3):63–77.
19. Alrawi S, Fetters MD, Killawi A, Hammad A, Padela A. Traditional healing practices among American Muslims: Perceptions of community leaders in Southeast Michigan. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011; 14(3): 489–496.



20. Yao N, Hillemeier MM. Disparities in Mammography Rate Among Immigrant and Native-Born Women in the U.S.: Progress and Challenges. *Journal of immigrant and minority health/Center for Minority Public Health*. 2014; 16(4):613-621.
21. Padela AI, Gunter K, Killawi A, Heisler M. Religious values and healthcare accommodations: voices from the American Muslim community. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(6):708-715.
22. Shirazi M, Champeau D, Talebi A. Predictors of breast cancer screening among immigrant Iranian women in California. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006; 15(5):485–506.
23. Shirazi M, Bloom J, Shirazi A, Popal R. Afghan immigrant women's knowledge and behaviors around breast cancer screening. *Psycho-Oncology*. 2012 doi: 10.1002/pon.3216.
24. Vahabi M, Lofters A. Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. *BMC Public Health*. 2016; 16(1):868.
25. Lee-Lin F, Pedhiwala N, Nguyen T, Menon U. Breast Health Intervention Effects on Knowledge and Beliefs Over Time Among Chinese American Immigrants--a Randomized Controlled Study. *J Cancer Edu*. 2015; 30(3):482-489.
26. Chukwunke FN, Ezeonu CT, OnyireBN, Ezeonu Po. Culture and biomedical care in Africa: the influence of culture on biomedical care in a traditional African society, Nigeria, West Africa. *Niger J Med*. 2012; 21(3):331-333.
27. Busia K. Medical provision in Africa: past and present. *Phytother Res*. 2005; 19(11):919-923.
28. Cocks M, Moller V. Use of indigenous and indigenized medicines to enhance personal well-being: a South African case study. *Soc Sci Med*. 2002; 54(3):387-397.
29. Steptoe, A. The links between stress and illness. *Journal of psychosomatic research.*, 1991; 13(6): 633-644.
30. Ogden, J. *Health Psychology, A textbook*. Philadelphia: Open university Press, 1991.
31. Kubzansky, L. D., Sparow, D., Vokonas, P. & Kawachi, I. Is the Glass Half Empty or Half Full? A Prospective Study of Optimism and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*. 2001; 63: 910–916.
32. Dykema, J., Bergbower, K., Peterson, C. Pessimistic explanatory style, stress, and illness. *J Soc Clin Psychol*. 1995; 14: 357–71.
33. Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., Salonen, J. T. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med*. 1996; 58:113–21.
34. Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Salonen, R., Salonen, J. T. Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1997; 17:1490–5.
35. Bhatti Z, Salek M, Finlay A. Major life changing decisions and cumulative life course impairment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25: 245–246.
36. Puchalski, C. M. The role of spirituality in health care. *BUMC Proceedings*.2001; 14: 352–357.