

real, y es la base de la simulación⁵. Se realizó un *debriefing* según un modelo plus/delta. Y así en 2 ocasiones más. En total se presentaron 6 situaciones simuladas con diferente objetivo de aprendizaje: 1) paciente de Bolivia con interés de realizarse la serología de la enfermedad de Chagas (objetivo: conocer la enfermedad de Chagas); 2) paciente boliviana con fiebre tras regresar de su país (objetivo: sospechar arbovirosis); 3) paciente española, viajera, con fiebre tras un viaje a Mali (objetivo: sospechar malaria); 4) paciente española, viajera, con hematuria a los 4 meses del regreso de un viaje a Mali (objetivo: sospechar enfermedad parasitaria); 5) paciente de India con fiebre y disnea (objetivo: sospechar y enfocar la tuberculosis); y 6) paciente hindú con ictericia e insuficiencia hepática tras regresar de su país (objetivo: sospechar hepatitis).

Al finalizar la experiencia se realizó una encuesta de valoración de la experiencia de simulación titulada *Debriefing assessment for simulation in healthcare (DASH) student version* (o Evaluación del *debriefing* para simulación en salud [EDSS][®]-versión del estudiante [abreviada]) de *Medical Simulation Center*⁶. Es una encuesta con 7 ítems y el alumno valora de 1 (extremadamente inefectivo/perjudicial) a 7 (extremadamente efectivo/sobresaliente)⁶.

La valoración de la experiencia de simulación ha sido muy positiva por parte de los alumnos asistentes, como se puede ver en la [tabla 1](#). Estos resultados de la experiencia simulada nos anima a seguir trabajando con esta forma de docencia de la medicina en posgrado en residentes de MFyC.

Autoría

JMR, MO y AP planificación del trabajo, JMR y MO ejecutaron la encuesta, JMR procedió al análisis de los resultados y JMR, MO, AP y CIOP realizaron la escritura del trabajo.

Bibliografía

1. De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA. El rol-play con actores y el vídeo en la enseñanza de la entrevista clínica a estudiantes de medicina. *Aten Primaria*. 1992;9:422-4.
2. Pueyo Val J. La simulación como nueva estrategia de formación en urgencias. *Aten Prim*. 2008;40:103-4.
3. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Acad Med*. 2003;78:783-8.
4. Rodríguez-Díez MC, Tejedor J, Alegre M, Campo A, Pons-Villanueva J, Díez-Goñi N. Escenarios de simulación clínica creados por alumnos de medicina: descripción de la experiencia de 2 años. *Aten Primaria*. 2016;48:501-2.
5. Maestre JM, Rudolph JW. Theories and styles of debriefing: the good judgment method as a tool for formative assessment in healthcare. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015;68:282-5.
6. Evaluación de debriefing para la simulación en salud (EDSS) [consultado 24 Abr 2018]. Disponible en: <https://harvardmedsim.org/debriefing-assessment-for-simulation-in-healthcare-dash-spanish/>

José M. Ramos^{a,*}, Milagros Oyarzabal^b, Patricia Crespo^b y Clara I. Pérez-Ortiz^b

^a *Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández de Elche, Campus de Sant Joan d'Alacant, Alicante, España*

^b *Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante, Alicante, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.ramosr@goumh.umh.es (J.M. Ramos).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.01.006>
0212-6567/

© 2018 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Competencia cultural: La necesidad de ir más allá de las diferencias raciales y étnicas



Cultural competence: The need to go beyond racial and ethnic differences

Sr. Editor:

En un artículo publicado recientemente en esta revista, Gil y Solano¹ muestran que los profesionales de enfermería presentan dificultades cuando deben atender a ciertas comunidades culturalmente distintas, especialmente a gitanos e inmigrantes. En casos como este, las diferencias culturales entre trabajadores de salud y pacientes son evidentes y por lo tanto resulta más sencillo reconocer las dificultades que surgen en la atención en salud. Pero, ¿qué sucede cuando las diferencias no son tan evidentes y los profesionales de salud se enfrentan a otros pacientes que,

sin tener otra nacionalidad, ser de distinta raza o haber migrado, poseen creencias, valores y costumbres distintas? Es así como los países poseen una gran diversidad interna que se materializa en diferencias entre zonas rurales y urbanas, entre niveles sociales, entre creencias religiosas o según la orientación sexual, entre otros. Estas características, al igual que la migración o las diferencias raciales, también pueden generar confusión o choque en muchos profesionales de la salud, lo que finalmente repercute en un trato inequitativo en salud^{2,3}.

Para enfrentar esta realidad, además de los protocolos existentes, los trabajadores de salud primaria (TSP) deben poseer competencia cultural (CC) para lograr enfrentar estos nuevos desafíos^{1,4}. Esta competencia se define como las habilidades que deben poseer los TSP para adaptarse a las necesidades específicas de cada usuario⁵. Si bien este enfoque se ha desarrollado predominantemente en EE. UU.³, en otros países, como es el caso de España¹, también existe un interés creciente por esta temática, aunque en Sudamérica, y particularmente en Chile, este enfoque es aún

Tabla 1 Descripción sociodemográficas de participantes de este estudio

| Participantes total n = 29 | Información sociodemográfica |
|---|--|
| Grupo focal Comuna La Granja, Santiago, Chile (n = 11) | <i>Sexo: 8 mujeres y 3 varones</i> <i>Rango de edad: 24-57; promedio: 34,8 años</i> <i>Profesión</i> Matrona: 1 Enfermera (o): 4 Médico: 2 Kinesiólogo: 2 Nutricionista: 2 |
| Grupo focal Comuna La Pintana, Santiago, Chile (n = 12) | <i>Sexo: 8 mujeres y 4 varones</i> <i>Rango de edad: 20-63; promedio: 36,2 años</i> <i>Profesión</i> Matrón: 1 Enfermera: 1 Médico: 2 Nutricionista: 1 Psicóloga: 1 Auxiliar de enfermería: 3 Trabajadora social: 1 Secretaria: 1 Odontólogo: 1 |
| Grupo focal Comuna San Ramón, Santiago, Chile (n = 6) | <i>Sexo: 5 mujeres y 1 varón</i> <i>Rango de edad: 28-54; promedio: 40,7 años</i> <i>Profesión</i> Enfermera (o): 3 Médico: 1 Nutricionista: 1 Tecnólogo médico: 1 |

incipiente. En este contexto se planteó un estudio que tuvo como objetivo evaluar las percepciones que tienen los profesionales de salud de atención primaria en Chile respecto a la competencia cultural.

Desde un paradigma constructivista se realizó un estudio de caso que contempló la realización de 3 grupos focales con trabajadores de salud de atención primaria en 3 comunas de Santiago de Chile, reclutando a 29 personas, que participaron previo consentimiento informado (tabla 1). Se realizó un análisis temático de la información con el programa Nvivo 11. Se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo de Chile.

Dentro de los hallazgos, los TSP destacan la necesidad de contar con herramientas que les permitan una atención culturalmente pertinente con los usuarios; dicha necesidad se hace aún más patente al enfrentar a grupos de usuarios que desafían el abordaje tradicional, como los crecientes grupos de migrantes extranjeros, que usualmente tienen tradiciones y creencias culturales diversas, a lo cual se suma la barrera lingüística con poblaciones haitianas y coreanas. Adicionalmente, los TSP destacan algunas barreras de atención con poblaciones locales que, pese a compartir un entorno cultural similar, lo que podría facilitar su atención, dados sus grupos de pertenencia particulares, generan rechazo; entre ellos se encuentran, por ejemplo, los usuarios privados de libertad sentenciados por delitos tales como abuso de menores u homicidio. En este contexto, los TSP reconocen que no poseen las competencias

para brindar una atención sensible y culturalmente pertinente.

A partir de estos resultados se concluye que el enfoque de competencia cultural debe considerar un concepto de cultura amplio e inclusivo que contemple a toda la población en su conjunto y que los TSP requieren un adecuado entrenamiento que les permita enfrentar la atención en salud a poblaciones cada vez más diversas. Dicho entrenamiento debe enfocarse al desarrollo de habilidades específicas tales como la sensibilidad cultural, la no discriminación y el autoconocimiento, entre otras, las cuales pueden ser integradas incluso en etapas tempranas de la formación profesional⁶.

Financiación

Esta carta fue desarrollada con fondos del proyecto FONIS n.º SA16i0182 «Desarrollo de un Instrumento para medir el nivel de Competencia Cultural en Trabajadores de Salud en Chile».

Bibliografía

1. Gil Estevan MD, Solano Ruíz MC. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2017;49:549-56.

- Carpenter-Song EA, Nordquest Schwallie M, Longhofer J. Cultural competence reexamined: Critique and directions for the future. *Psychiatr Serv.* 2007;58:1362-5.
- Betancourt JR, Corbett J, Bondaryk MR. Addressing disparities and achieving equity: Cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest.* 2014;145:143-8.
- Purnell L. *Transcultural health care: A culturally competent approach.* 4.ª ed Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013. p. 480 p.
- Bernales M, Pedrero V, Obach A, Pérez C. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Rev Médica Chile.* 2015;143:401-2.
- Like RC. Educating clinicians about cultural competence and disparities in health and health care. *J Contin Educ Health Prof.* 2011;31:196-206.

Claudia Pérez*, Víctor Pedrero, Margarita Bernales y Macarena Chepo

Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claudiaperez@udd.cl (C. Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.007>

0212-6567/

© 2018 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Prevalencia de dinapenia en los pacientes mayores de 65 años



Prevalence of dynapenia in patients over 65 years

Sr. Editor:

El término dinapenia define la pérdida de fuerza muscular relacionada con la edad, no causada por enfermedades musculares ni neurológicas¹. Entre los factores relacionados con su aparición se describen algunos estilos de vida, enfermedades crónicas, caídas previas, pérdida de peso y factores psicológicos.

Aunque los valores normales de fuerza muscular no están bien establecidos, se proponen diferentes puntos de corte para la fuerza de la pinza manual², ajustados por sexo e índice de masa corporal³, o bien basados únicamente en el sexo⁴. En la práctica, hay relación entre fuerza prensora de la mano y discapacidad para la realización de actividades básicas⁵, pero frente al interés que despierta el concepto de dinapenia llama la atención la escasez de estudios específicos en el ámbito médico y concretamente en atención primaria.

Por ello se diseñó un estudio con el objetivo de describir la prevalencia de dinapenia en pacientes mayores de 65 años en atención primaria, que se realizó en tres consultas de medicina de familia del Centro de Salud Zona VIII de Albacete. Se seleccionó una muestra consecutiva de 120 pacientes mayores de 65 años que acudieron a consulta por cualquier motivo. El tamaño muestral se determinó para una frecuencia esperada del 25%, un nivel de confianza del 95% y una precisión de $\pm 7,8\%$.

Se evaluó la fuerza muscular de la mano dominante cuantificada mediante dinamometría hidráulica (en kg), utilizando dinamómetros SAEHAN-SH5001 y realizándose tres medidas sucesivas, esperando al menos 60 segundos entre ellas para evitar fatiga muscular. La medición se realizó en bipedestación, con el brazo pegado al tronco y el codo en flexión de 90°.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Área de Salud de Albacete.

La información se analizó mediante el programa IBM SPSS v.19. La estrategia de análisis consistió en una descripción

de los parámetros estudiados mediante proporciones y cálculo de los intervalos de confianza al 95%, o bien medias y desviación estándar (DE) en función de la naturaleza de las variables. Se estableció la prevalencia de dinapenia y su distribución según grupos de edad y sexo. Las comparaciones entre sujetos con o sin dinapenia se realizaron mediante pruebas de comparación de proporciones (chi cuadrado) y medias (t de Student) en grupos independientes, utilizando un nivel de significación de $p < 0,05$.

De los 120 sujetos seleccionados, aceptaron participar 118 (98,3%), cuya edad media fue de 74,6 años (DE: 6,5). El valor medio de fuerza muscular fue de 32,2 kg (DE: 7,6) y de 19,5 kg (DE: 5,1) en hombres y mujeres respectivamente (tabla 1). Considerando como dinapenia valores inferiores a 30 kg en hombres y a 20 kg en mujeres, la prevalencia fue del 48,3% (IC 95%: 38,9 – 57,7) en el global de la muestra, del 41,0% en hombres (IC 95%: 24,3-57,7) y del 51,9% en mujeres (IC 95%: 40,2-63,5), sin que esta diferencia alcanzara la significación estadística. La prevalencia fue significativamente superior ($p < 0,009$) en mayores de 75 años (59,7%) respecto a edades inferiores (35,7%).

Como conclusión, observamos una elevada prevalencia de dinapenia en los pacientes mayores, superior al 40% en varones y al 50% en mujeres. La prevalencia global observada es superior a la descrita previamente⁶, que oscila entre el 5% y el 45% en adultos mayores. La presencia de dinapenia se incrementa con la edad y puede estar relacionada con un

Tabla 1 Valores medios de fuerza muscular en diferentes grupos de edad y sexo

| Grupos de edad y sexo | Fuerza muscular (kg) | | |
|-----------------------|----------------------|-----|-------------|
| | Media | DE | IC 95% |
| Hombres: | | | |
| 65 a 74 (n = 15) | 35,3 | 7,4 | 31,2 – 39,3 |
| 75 o más (n = 24) | 30,3 | 7,2 | 27,2 – 33,3 |
| Todos (n = 39) | 32,2 | 7,6 | 29,7 – 34,6 |
| Mujeres: | | | |
| 65 a 74 (n = 41) | 21,3 | 4,8 | 19,8 – 22,9 |
| 75 o más (n = 38) | 17,4 | 4,7 | 15,9 – 19,0 |
| Todos (n = 79) | 19,5 | 5,1 | 18,3 – 20,6 |