

Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios.

Cristo Manuel Marrero González

Resumen

La competencia cultural son los conocimientos, actitudes, conductas e incluso políticas que capacitan a un profesional para trabajar en diferentes contextos interculturales. La competencia cultural depende de cada profesional para ganar capacidades interculturales. No es un proceso lineal. Es importante tener una gran sensibilidad cultural. Desde mediados del S. XX se habla de la importancia de la transculturalidad y de la competencia cultural ya que los procesos migratorios implican nuevos retos de cuidados, adaptados a las nuevas comunidades. Campinha- Bacote define la competencia cultural como el proceso en el que los profesionales del cuidado de la salud se esfuerzan por lograr la habilidad para trabajar adecuadamente dentro de un contexto cultural en una familia, en un individuo o en una comunidad. Se necesita conciencia cultural, habilidades culturales, encuentros y deseo cultural. El deseo cultural es importante para afrontar los retos interculturales. Purnell define la competencia cultural como la adaptación de la atención de una manera consciente configura un proceso no lineal. El proveedor de cuidados puede avanzar en competencia cultural, mejorar o retroceder. Este modelo tiene cuatro niveles de competencia: inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente, conscientemente competente e inconscientemente competente. El modelo se asienta en las características

Marrero González, CM. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2013; 7(3)

Recibido: 26/jun/2013

Aceptado: 16/ago/2013

primarias y secundarias para valorar las influencias de los individuos. Su metaparadigma de basa en los conceptos de persona, familia, comunidad, sociedad global y salud. Este modelo se ha utilizado en diferentes ámbitos profesionales. La competencia cultural y sus diferentes modelos se aplican en casos como en la atención al inmigrante, en la educación y formación e investigación, quedando aún margen desarrollo de la competencia cultural por parte de instituciones y profesionales. La importancia de la competencia cultural queda reflejada en la calidad de la atención integral que se preste a personas de diferentes culturas.

Antecedentes

La competencia cultural (1) es el conjunto de conocimientos, actitudes, conductas y, en su caso, políticas que capacitan a un profesional para trabajar con eficacia en diferentes contextos interculturales. La competencia cultural se puede aplicar a ciudadanos, profesionales sanitarios de cualquier ámbito, profesionales educadores, etc. Hayes habló de que la competencia cultural depende de cada individuo y de su capacidad para ganar habilidades interculturales. No es un proceso lineal. Cada persona adquiere habilidades culturales a su ritmo. Todo este proceso incluye la aceptación de las diferencias interculturales para entender la salud, los problemas sociales, etc. La capacidad para tratar con sensibilidad cultural y flexibilidad a las diferentes personas del entorno laboral, educativo, social, etc. Y de la capacidad para entender las propias ideas, predisposiciones y reacciones.

Con la llegada del siglo XXI (2), se consideró que se había consolidado la *era de la diversidad*. Sin embargo por motivos de pobreza y conflictos de diversas índoles se han producido flujos migratorios importantes de partes distintas del mundo a otras, llegando a sociedades nuevas que tienen que

acogerlos. Se produce un contraste entre la sociedad que acoge al emigrante y la sociedad que lo acoge.

Ya en la década de los 60 se comenzó a hablar de multiculturalidad y en la de los 70, se recogen los primeros conceptos de competencia cultural en la literatura científica. No es hasta los 80 cuando la OMS comienza a reconocer la importancia del estudio de la cultura y que se hiciesen los primeros estudios acerca de ello: la diversidad cultural en el proceso salud-enfermedad para tender sanitariamente a minorías étnicas con diferentes culturas y lenguas.

Todo proceso migratorio (3) genera un cambio complejo en la vida de las personas. Todo aquello que le ha conformado como persona, cambia. Así, cambian sus relaciones familiares y sociales, cambia su estructura, su lengua, su alimentación, etc. Se puede decir que el proceso de emigración marca un hito en sus vidas. Para los emigrantes, hay un antes y un después, se produce una profunda división anímica y sentimental. Para poder comprender la dimensión de lo que significa una pérdida y un cambio del entorno cultural es necesario definir el concepto de cultura. Así, la cultura es aquello que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridas por el hombre en cuanto miembro de la sociedad.

La transculturalidad (4) se puede definir como los *fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o ambos*. En un contexto multicultural, la cultura debe ser atendida como un todo integrado que permite vivir en sociedad.

El cuidado cultural (5) es un concepto que describe el cuidado enfermero profesional que es culturalmente sensible,

culturalmente apropiado y culturalmente competente. El cuidado cultural es imprescindible a la hora de describir el intrincado de necesidades en cuidados de una persona/familia/comunidad.

El profesional de enfermería (6) debe buscar el modelo de cuidados más acorde para una sociedad cada vez más pluricultural. Al modelo elegido se debe añadir los conceptos de transculturalidad, de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados. El profesional de enfermería debe comprender mejor las creencias, prácticas y problemas de salud propios de personas procedentes de otras culturas.

Con el consiguiente cambio en las necesidades de salud de la población (7), las enfermeras deberían ser vínculo que traslade las creencias y prácticas del paciente al sistema de salud y viceversa. Se ha de tener una comprensión del significado de Salud, según Spector, de todas las culturas.

El concepto de Salud de Spector se compone de dos partes: *equilibrio de la persona y medio exterior*. El primero abarca lo físico, lo mental y lo espiritual de la persona; el segundo la naturaleza, familia, comunidad y metafísica. En los cuidados culturales se analizan aspectos relacionados con el paciente desde los dos lados del espejo: la cultural de salud dominante y la del paciente, familia y comunidad.

Desarrollo

Para Campinha-Bacote (2), la competencia cultural está definida como *el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales.*

Campinha cita como importante el deseo cultural que es la motivación de una persona o profesional para lograr habilidades para afrontar los nuevos retos interculturales. El deseo debe ser genuino de la persona. Papadopolus incluye en su definición de competencia cultural: *la responsabilidad del profesional de defender a los menos favorecidos en razón a su pertenencia étnica y el empoderar a las personas para participar en las decisiones de salud y el derecho de los individuos a ser tratados adecuadamente sin prejuicio de su ascendencia, promueve la igualdad y el valor de los individuos en sí mismos.*

Dada estas definiciones Campinha-Bacote desarrolló las diferentes dimensiones que componen la competencia cultural:

Deseo cultural: la motivación del profesional para aprender y entender al otro. Abierto a nuevas ideas.

Conocimiento cultural: formarse, buscar información, etc. De la interpretación de la manera de enfocar la salud y la enfermedad. Hacerse una visión global para entender al grupo foráneo que va a atender.

Conciencia cultural: engloba el respeto y la eliminación de prejuicios para poder entender mejor las diferentes culturas y ser más sensible a las necesidades de esas culturas.

Habilidades culturales: se hace referencia al desarrollo de métodos para captar las visiones del individuo, inquietudes, etc. Y poder proponer un tratamiento adecuado a ello.

Encuentros culturales: invita a la interacción con personas de diversas procedencias culturales para poder entender su cultura. Incluiría conocer la idiosincrasia de cada cultura a nivel educativo, cultural, económico, etc.

Sensibilidad cultural: el trato es de compañeros iguales, se involucra la confianza, aceptación y respeto, así como la facilitación y la negociación. Se propone el desarrollo de la competencia comunicativa transcultural, donde se crea

un ambiente en el cual los significados, las ideas, la información, y los temas que son esenciales para el cuidado profesional se intercambian eficientemente.

El modelo de Purnell de competencia cultural (8,9), desarrollado a partir de 1995, puede ser utilizado por todas las profesiones que se dediquen al cuidado de la salud de un modo multidisciplinar. Este modelo es aplicable en todas las situaciones de práctica profesional y en cualquier contexto. Para Purnell la competencia cultural es *la adaptación de la atención de una manera que es consistente con la cultura del cliente y por lo tanto de manera consciente configura un proceso no lineal*. El proveedor de cuidados puede avanzar en competencia cultural y mejorar o puede retroceder.

Cuando ha avanzado lo suficiente está a un nivel alto de competencia cultural. En este modelo no lineal, Purnell nombra cuatro niveles o fases de competencia cultural: *inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente, conscientemente competente e inconscientemente competente*. Desde la primera fase que se es incompetente culturalmente ante el nuevo contexto que afrontar y siendo inconsciente de ello, hasta que se es inconscientemente competente culturalmente. Es decir, una persona ha ganado tal competencia cultural para ejercer su labor en un contexto cultural determinado que ya *no se da cuenta* que es competente a base de entrenamiento.

El modelo se asienta en teorías e investigaciones obtenidas de la organización, comunicación administrativa y las teorías de desarrollo familiar. Pero también toma base de la antropología, sociología, psicología, anatomía y fisiología, biología, ecología, nutrición, farmacología, religión, historia, economía, ciencia política y lingüística. Para valorar las influencias y la identificación de un grupo cultural,

Purnell ha denominado *las características primarias y secundarias de la diversidad*. Las características primarias engloban la nacionalidad, raza, olor, sexo, edad y afiliación religiosa. Las características secundarias son el nivel educativo, residencia urbana o rural, la identidad de enclave, el estado civil, el estado de paternidad, las características físicas, orientación sexual, nivel educativo, nivel socioeconómico, creencias políticas, experiencia militar cuestiones de género, razón por la migración y el estado de inmigración.

El metaparadigma del modelo de Purnell está compuesto por los conceptos de *Comunidad, Familia, Sociedad Global, Salud y Persona*.

Comunidad: grupo o clase de gente que tiene un interés común o identidad y vive en un lugar específico.

Familia: dos o más personas que se envuelven emocionalmente el uno con el otro. Pueden, pero no necesariamente, vivir en proximidad estrecha el uno con otro y podrían estar relacionados consanguíneamente o no.

Sociedad Global: se entiende el mundo como una comunidad grande de personas en continúa multiculturalidad.

Salud: estado de estar sano definido por una persona o un grupo étnico y generalmente tiene implicaciones biopsicosociales y espirituales que actúan recíprocamente con la familia, con la comunidad, y con la sociedad global.

Persona: Es un ser humano, que constantemente se adapta al ambiente, desde el punto de vista biopsicosocial.

Los supuestos del modelo de Purnell son los siguientes:

- Todos los profesionales del cuidado de la salud requieren mucha de la misma información sobre diversidad cultural y parte de los conceptos acerca del metaparadigma de la sociedad

- global, la comunidad, la familia, la persona, y la salud.
- Una cultura no es mejor que otra cultura; son sólo diferentes.
 - Hay semejanzas del centro con todas las culturas.
 - Hay diferencias dentro de cada cultura, y entre ellas.
 - Las Culturas cambian con el paso del tiempo.
 - Las características primarias y secundarias de la cultura determinan el grado en el que uno se diferencia de la cultura dominante.
 - Si los clientes son co-participantes en el cuidado y tienen una opción en cuanto a las metas de salud, planes e intervenciones, se mejorarán los resultados de la salud.
 - La Cultura tiene una influencia poderosa en la interpretación de uno mismo y en las respuestas a los cuidados de la salud.
 - Individuos y familiares pertenecen a varios grupos culturales.
 - Cada individuo tiene el derecho a ser respetado por su singularidad y herencia cultural.
 - Los Practicantes del cuidado de salud requieren información general sobre la cultura e información específica acerca de ésta para así proporcionar cuidados sensitivos y competentes.
 - Los proveedores del cuidado de salud son quienes pueden evaluar, planear, e intervenir para que de forma competente se mejore el cuidado de pacientes de una cultura determinada.
 - La Cultura del aprendizaje es un proceso continuado y desarrollado en una variedad de formas, pero principalmente por encuentros de culturas. (Campinha-Bacote, 1999).
- Se pueden minimizar prejuicios y sesgos con la comprensión cultural.
 - Para ser eficaz, el cuidado de la salud debe reflejar la comprensión única de los valores, creencias, actitudes, y la visión del mundo, de poblaciones diversas y modelos de aculturación individuales.
 - Diferencias en cuanto a raza y cultura requieren intervenciones diferentes.
 - Los Practicantes del cuidado en salud son mejores en el aprendizaje sobre sus propias culturas.
 - Profesionales, organizaciones, y asociaciones tienen sus propias culturas.

El modelo se ha utilizado en la práctica asistencial, en la educación, investigación y administración.

En la práctica asistencial ha sido un modelo suficientemente útil para diferentes tipos de profesionales con una planificación, ejecución y evaluación de modelo de una forma competente en una cultura. Se ha mejorado la prestación de cuidados a individuos, familias y comunidades.

A nivel educativo ha tenido gran aceptación en la formación de enfermeras, fisioterapeutas, nutricionistas, etc. En cuanto a investigación, se ha avanzado en la investigación cualitativa, y administrativamente porque se han hecho esfuerzos por parte de las gerencias por aceptar a nuevos profesionales de diferentes culturas en sus plantillas.

Actualmente (10) existen modelos que permiten el desarrollo de la enfermería en una sociedad multicultural con enfoques antropológicos que consideran el factor cultural e ideológico como objeto de estudio. Los modelos existentes son: *Sol*

Naciente, Competencia Cultural, Herencia y Tradiciones en Salud. Sin embargo, son escasos los modelos que existen (11). En las distintas escuelas de enfermería en España no hay suficiente formación en enfermería transcultural. En España no hay tradición en la elaboración y uso de modelos de competencia cultural. En las bases de datos existen escasos artículos que procedan de España. Nuestra sociedad no está preparada para abordar temas *no medicalizados*, ni tiene organizada una retroalimentación entre teoría y práctica.

La labor de los profesionales de enfermería (12) debe ser sensible a la diversidad cultural de las poblaciones a las que presta servicios, y aplicar sus conocimientos científicos adaptados a esa pluralidad.

El concepto de salud (13) se ha de entender como un fenómeno ligado a las condiciones de vida de la población por medio de un enfoque integral y sistémico. El profesional de enfermería se ha de nutrir de otras disciplinas como la antropología o la psicología social, y así poder dar una atención con un abordaje holístico. Se ha de trabajar con otros profesionales de otras disciplinas distintas a las del equipo habitual, como por ejemplo antropólogos, sociólogos, etc. Es de importancia (14) los conocimientos de las diferentes comunidades como una articulación dinámica como patrimonio colectivo y como sistemas organizados de investigación y poder garantizar el bienestar de dichas comunidades.

En los centros de salud (15), el médico de familia, pediatra, y personal de enfermería en los últimos tiempos ha tenido el reto de tener que atender a una numerosa población compuesta de personas desarraigadas de su comunidad. La mayoría de veces sin familia cercana, con unas lenguas y culturas diferentes con un modo distinto de entender la salud y la enfermedad, ya que el concepto de salud

es relativo y multidimensional. Los centros de salud y los servicios de urgencias son los primeros lugares donde acuden los inmigrantes. Por ello es importante conocer la vivencia de la salud-enfermedad que tiene la población que ha de atender. Se ha constatado, que las patologías atendidas en dichos servicios sanitarios están relacionadas con el estilo de vida occidental y con las condiciones de vida laborales y familiares. Estos autores defienden la creación de la figura del mediador cultural entre atención primaria y las distintas comunidades culturales.

Otros autores no ven necesario al mediador cultural (16), sino ven necesaria una formación adecuada en competencia cultural. Hace falta una actitud constructiva hacia las diferencias culturales y sensibilidad hacia las personas de otras culturas, aumentando los conocimientos sobre otras culturas. En este sentido, reclaman formación para ser competentes culturalmente para conocer otros conceptos de salud y enfermedad, hábitos dietéticos, creencias religiosas, mitos, costumbres, conductas... Adaptarse a nuevas necesidades, centrándonos en la persona enferma más que en la enfermedad. Los humanos aunque sean diversos culturalmente hablando, comparten rasgos comunes en relación a la enfermedad. Un ejemplo es en las personas subsaharianas que perciben la medicina occidental con respeto y admiración para tratar las enfermedades pero la encuentran deficitaria en la relación a la atención a la persona en su totalidad.

Conclusiones y valoración crítica

Vivimos en una *aldea global*. Las fronteras prácticamente se han roto y los seres humanos nos movemos desde diferentes lugares del mundo a otros. Los profesionales que trabajamos en un equipo multidisciplinar debemos estar preparados para atender de una forma

competente y adecuada las necesidades de una nueva comunidad que llega a nuestro entorno. Pero ya viendo la actual situación, incluso son los profesionales que al emigrar se van a encontrar con una situación inversa: ejercer su profesión en un país diferente, y por tanto en una cultura diferente a la que han de adaptarse. Sin embargo, es paradójico pero el profesional se puede ver en esa misma situación en su propio entorno, región o país porque comunidades foráneas al no al ser acogidas adecuadamente han formado un círculo cerrado. Estos casos ocurren por ejemplo en Canarias donde se han establecido colonias de diferentes orígenes.

No obstante, según se ha visto, dentro de una misma cultura existen diferencias. Dentro de un mismo país existen distintas costumbres, estilos de vida, hábitos dietéticos, dialectos, jergas, etc. Que hacen entender que incluso una persona aunque resida e interactúe en su comunidad o entorno, debe también conocer y entender su propia cultura. Ocurre en un país como España.

La competencia cultural se hace una *necesidad social*. Hemos visto en los diferentes artículos que muchos de los problemas sanitarios se derivan de una mala integración en una sociedad nueva, por no saber acoger a las nuevas personas y saber entender sus porqués. También en la práctica se ha visto que se podría dar una mejor atención en salud si se fuera más consciente de las diferencias culturales.

Las organizaciones sanitarias deben elaborar protocolos y programas según las comunidades a las que atiende. La diferencia cultural no puede ser un obstáculo para que una persona no pueda acceder a la cobertura sanitaria y a una educación para la salud acorde a su idiosincrasia.

Entre los modelos de Campinha Bacote y Purnell, se puede decir que el modelo

de Purnell es más completo y más desarrollado que el primero aunque tengan muchas ideas en común. El modelo de Purnell se ha desarrollado como un modelo propiamente dicho con una argumentación, un metaparadigma, unos principios, dominios, aplicación práctica en diferentes áreas, etc. Y que puede ser utilizado y puesto en práctica por cualquier profesional. Además contempla ideas y dominios para tratar a un individuo de una forma diferente y más integral e integrada ya que pone énfasis en el cuidado multidisciplinar, y en la impregnación de otras ramas de conocimiento humano. Algo importante del modelo de Purnell, son los niveles de competencia cultural que propone que se pueden utilizar para evaluar el nivel de cada profesional.

Un punto a destacar en el modelo de Campinha- Bacote es sin duda el deseo cultural. Como en otras facetas de la vida, si una persona o un profesional no tiene las suficientes inquietudes o motivaciones por aprender, no podrá alcanzar un nivel de madurez mayor en cuanto a competencia cultural. Se pueden tener muchas capacidades, muchos protocolos diseñados para tal fin, una organización formativa, etc. Pero si no se fomenta la motivación entre los profesionales es complicado que se desarrolle una enfermería transcultural con unos agentes de salud competentes.

La enfermería transcultural, al igual que la enfermería en general, está emergiendo. Aunque en España la formación sobre este tema y la literatura sean escasas, se debe fomentar en las universidades y centros de trabajo. Especialmente se debe fomentar en los centros sanitarios de zonas donde se han asentado culturas de diferentes procedencias. Un ejemplo podrían ser los centros de salud del sur de Tenerife, donde incluso se presentan cada día situaciones donde es necesaria una mejor competencia cultural. Al igual que en las universidades, donde cualquier futuro

profesional sanitario debe ser concienciado de valores de tolerancia y comprensión.

Como bien se desarrolla en los modelos de Purnell y Campinha –Bacote no es necesario conocer a fondo cada cultura ni hacer estudios antropológicos. Sólo es necesario partir de unas ideas generales hacia lo particular, con unos principios como los que expone Purnell que son básicos. Y como se ha dicho anteriormente, la motivación es lo realmente importante.

A parte de la motivación, la eliminación de prejuicios, la conciencia de que una cultura no es superior a la otra, de que nuestra concepción judeo-cristiana no tiene la verdad absoluta, etc. Son elementos fundamentales para que una comunidad no se vea aislada. *Abrir la mente*, no suele ser tarea fácil.

No es necesario un mediador cultural. Es de entender que con una formación

constante y una implicación de todo el personal participante, se pueden superar muchas barreras entre el sanitario y el nuevo paciente.

Se ha visto en la literatura que las administraciones sanitarias deben fomentar el desarrollo de la competencia cultural en las instituciones sanitarias con el desarrollo de programas y protocolos. Sin embargo dada la actual crisis, recortes presupuestarios en sanidad, sobrecargas de trabajo de los profesionales que acarrea falta de motivación, hacen que se produzca un estancamiento en competencia cultural.

Hay motivos para el optimismo ya que, a pesar de todo, la enfermería está reemergiendo y, con la *nueva mentalidad de grado*, se da mayor importancia a la competencia cultural ampliando la mente a los alumnos y el espíritu crítico y de tolerancia.

Bibliografía

1. Martínez MF, Martínez J, Calzado V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social The Cultural Competence and the Human Diversity on the Social Intervention and the. *Intervención psicosocial* 2006; 15(3):331-350.
2. Osorio-Merchán, M. B., & López Díaz, A. L. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería* 2008; 17(4), 266-270.
3. Artigas-Lelong, B., & Bennasar-Veny, M. La salud en el siglo XXI: El reto de los cuidados multiculturales *Healthcare in the 21 st Century: The challenge of multicultural care*. *Index Enferm* 2009; 18(1).
4. Rodríguez Merino, L. Educación para la salud a madres e inmigrantes musulmanas: aspectos a considerar relacionados con la alimentación. 2012.
5. Spector, R. E. Heritage assessment. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 2001; (9), 71-81.
6. González, D. L. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta De Antropología* 2006; 22.
7. Spector, R. E. Enfermería de cuidados culturales. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 2002; (11), 5-10.
8. Purnell, L. The Purnell model for cultural competence. *Journal of transcultural nursing* 2002; 13(3), 193-196.
9. Purnell, L. D. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados:*

- Revista de enfermería y humanidades 1999; (6), 91-102.
10. González, J. S., Cibanal, J. L., Moreno, M. F. V., Bravo, E. M. G., Santamaría, J. M. D., Ruiz, M. D. C. S., & Hernández, E. G. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 2001; (10), 72-87.
 11. Chamizo Vega, C. La enfermería transcultural en España. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 2005; (18), 19-23.
 12. Plaza del Pino, F. J., & Soriano Ayala, E. Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería* 2009; 18(3), 190-194.
 13. Salvador, D. R., Ojeda, E. T., Morales, M. O., del Pino Alcaraz, M. A., & López, C. A. Sociedad actual e inmigración: el reto de la enfermería humanista. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 2006; (20), 76-82.
 14. Muñoz, L. U. C. Y., Rodríguez, E., & Vásquez, M. L. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colomb Med* 2007; 38, 98-104.
 15. Fuertes, C., & Laso, M. M. El inmigrante en la consulta de atención primaria The immigrant in primary care consultations. *An. Sist. Sanit. Navar* 2006; 29 (Suplemento 1).
 16. García, I. G. Competencia cultural en enfermería: población subsahariana. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 2010; (27), 61-67.