

Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura

The challenges of health promotion in a multicultural society: a narrative review

M. Belintxon¹, O. López-Dicastillo¹

RESUMEN

La realidad multicultural en la que vivimos hoy en día, hace que los profesionales de la salud interactúen a diario con personas y familias de culturas diversas. La interacción entre una persona o familia y un profesional de la salud de una cultura diferente se denomina "encuentro cultural". Los encuentros no van a estar exentos de dificultades a las que los profesionales van a tener que hacer frente para poder proporcionar un buen cuidado y promover estilos de vida saludables. En la revisión narrativa llevada a cabo se han observado que las dificultades están relacionadas con factores culturales y lingüísticos, la alfabetización en salud, las desventajas en el estado socio-económico y los prejuicios y estereotipos de los profesionales de la salud. Las estrategias sugeridas para vencer esas dificultades son: el desarrollo de programas culturalmente adaptados; utilizar una pedagogía y recursos apropiados, y materiales cultural y lingüísticamente adaptados; el uso de intérpretes y la organización de cursos para aprender el idioma mayoritario. Además de esas estrategias, la bibliografía enfatiza la necesidad de un cambio de enfoque en el que el objetivo sea la formación de los profesionales de la salud para el desarrollo de lo que los autores denominan "competencia cultural". La formación en competencia cultural está orientada a favorecer que los profesionales ofrezcan y promuevan cuidados congruentes y adaptados a los valores culturales, creencias y prácticas de cualquier persona, familia o grupo sin caer en prejuicios ni estereotipos.

Palabras clave. Promoción de la salud. Encuentro cultural. Competencia cultural. Diversidad cultural.

ABSTRACT

Nowadays multicultural reality leads health professionals to interact in their daily work with individuals and families from diverse cultures. The interaction between a person or family and a health professional from a different culture is called "cultural encounter". These encounters involve difficulties, complications and barriers, which health professionals will have to face in order to provide good care and promote healthy lifestyles. This narrative review shows that the difficulties are related to cultural and linguistic factors, health literacy, disadvantages in socio-economic status and the prejudices and stereotypes of healthcare professionals. Different strategies are described in the literature that could help health professionals to overcome these difficulties, namely: the development of culturally appropriate programmes; appropriate pedagogy and resources, and the use of culturally and linguistically sensitive materials; the use of interpreters and the organization of courses to learn the most widely spoken language. In addition to these strategies, the need is underscored for a change of approach in which the objective should be training health professionals to achieve "cultural competence". Training in cultural competence would encourage professionals to offer tailored care plans, taking into account the cultural values, beliefs and practices of any person or family, and would help them to avoid stereotypes and prejudices.

Key words. Health promotion. Cultural encounter. Cultural competency. Cultural diversity.

An. Sist. Sanit. Navar. 2014; 37 (3): 401-409

1. Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno-Infantil. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

Recepción: 8 de abril de 2014
Aceptación provisional: 29 de mayo de 2014
Aceptación definitiva: 2 de julio de 2014

Correspondencia:

Maidier Belintxon
Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno-Infantil
Facultad de Enfermería
Universidad de Navarra
31008 Pamplona (Navarra). España

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de los años. A comienzos del siglo XX, las enfermedades infecciosas planteaban una mayor amenaza para la salud y el concepto se desarrolló en base a ello definiéndolo como la ausencia de enfermedad. A medida que iba avanzando el siglo y aumentaba la prevalencia de las enfermedades crónicas comenzó a darse un cambio en el concepto de salud y la utilización de los modelos de prevención y promoción de la salud¹. Pasó a considerarse la salud como algo más que la ausencia de enfermedad, definiéndose el término como un estado completo de bienestar físico, mental y social².

En 1978, la Declaración de Alma Ata destacó que la salud era un derecho fundamental y un objetivo social, que necesita de la intervención de sectores sociales, políticos, económicos además del sector de la salud. Un principio básico de justicia social es asegurar que las personas tengan acceso a la salud y a una vida saludable³. A raíz de la declaración de Alma Ata, en 1986 tuvo lugar la Primera Conferencia de Promoción de salud en Ottawa con el lema "Salud para todos en el año 2000"⁴. Se definió entonces la promoción de la salud como un proceso que proporcionaba a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y llevar un mayor control sobre esta, abarcando cinco ámbitos; el familiar, el escolar, el laboral, el sanitario y el comunitario^{4,5}. Así, destaca que las estrategias de promoción de salud y los programas que se lleven a cabo deberían de adaptarse a las necesidades locales y las posibilidades de los individuos de cada país teniendo presente las diferencias sociales, económicas y culturales.

Con respecto a los aspectos culturales, la literatura muestra, tal y como se verá en este artículo, que éstos influyen de diferentes maneras en los estilos de vida que adoptan las personas. El entorno cultural determina los valores y las oportunidades que tienen los individuos también en función de aspectos sociales como el sexo o la posición económica⁶.

España, con un contexto cultural ya de por sí variado, es una sociedad receptora de inmigrantes que proceden a su vez de contextos culturales diversos. El desarrollo económico de años anteriores, la corta distancia a ciertos países, los vínculos que unen el país con Latinoamérica y las diferentes adopciones de políticas internacionales han hecho que sea una tierra en la que convive un grupo heterogéneo de personas⁷. Por lo tanto, se puede decir que la sociedad española es una sociedad multicultural en la que coexisten dentro de un mismo territorio personas de culturas diferentes^{8,9}.

La situación en que se encuentran los profesionales de la salud en su día a día es muy diferente a la de hace unos años, teniendo que interaccionar con personas inmigrantes procedentes de una cultura que no es la misma que la suya¹⁰. Esas situaciones en las que los profesionales de la salud interaccionan con personas de otras procedencias culturales se denominan "encuentros culturales"¹¹. En ellos, las personas que van a ser atendidas van a expresar sus necesidades, inquietudes, deseos a los profesionales de la salud, a través de la comunicación verbal y no verbal y estos van a responder de una manera determinada¹². Cada encuentro cultural es una interacción entre culturas y múltiples realidades, en el que se tiene que dar una atención culturalmente competente. Se define el cuidado culturalmente competente como esas actuaciones que se llevan a cabo bajo un conocimiento basado en las creencias, valores culturales y estilos de vida de la persona a la que van dirigidos y que como resultado proporciona un cuidado significativo, beneficioso y satisfactorio¹³.

Al analizar estos encuentros es importante tener en cuenta que los encuentros culturales están resultando dificultosos y frustrantes para los profesionales de la salud^{14,15} y las características del estado de salud de los inmigrantes. Con respecto a este punto se ha descrito que los inmigrantes reflejan un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión y enfermedades psicósomáticas relacionadas con la adaptación al nuevo

contexto¹⁶. Además presentan diferencias en el manejo de las mismas lo que indica la dificultad que tienen las personas de otras culturas para adoptar las recomendaciones de los profesionales de la salud y el poco efecto de los mensajes de prevención en diferentes grupos culturales¹⁶.

El objetivo de este artículo es dar a conocer los aspectos que se recogen en la literatura sobre los retos a los que los profesionales de la salud se enfrentan en su día a día teniendo presente la realidad multicultural existente y las estrategias utilizadas para hacerles frente.

METODOLOGÍA

Para dar respuesta al objetivo de este trabajo se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura. Las revisiones narrativas permiten crear un cuerpo de conocimiento a través de la revisión de estudios pertinentes que abarquen el tema en cuestión en el que se desea profundizar^{17,18}. Este tipo de revisiones es muy valioso para construir conocimiento¹⁷ y favorecer el planteamiento de proyectos de investigación, facilitando o definiendo preguntas de investigación a través del descubrimiento de vacíos existentes sobre un tema concreto¹⁹. Para esta revisión narrativa, se realizaron búsquedas de información en las bases de datos de PubMed y CINAHL, utilizando los términos siguientes: profesionales de la salud, promoción de la salud, inmigrantes, competencia cultural y encuentros culturales. Se realizó una selección de artículos publicados de 2000 a 2012 que estuviesen publicados en inglés o castellano y que sirviesen para identificar tanto los retos a los que se enfrentan los profesionales de la salud al atender a una población multicultural como las estrategias para dar respuesta a esos retos.

Tras el análisis de la bibliografía revisada los principales hallazgos se resumen en esta sección. En primer lugar se abordarán los aspectos o barreras que dificultan la promoción de salud en los encuentros culturales. A continuación se propondrán las estrategias principales identificadas en la literatura para poder hacer frente a esas

barreras y poder realizar actividades de promoción de la salud de un modo competente. Para finalizar, se propone un enfoque para el desarrollo de las competencias de los profesionales de la salud para poder ofrecer una atención culturalmente competente.

BARRERAS PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD EN LOS ENCUENTROS CULTURALES

Las principales barreras identificadas en la literatura revisada son cinco: los factores culturales, lingüísticos, la alfabetización en salud, las desventajas en el estado socio-económico y los prejuicios y estereotipos de los profesionales de la salud. A continuación se describe cada uno de ellos.

Factores culturales

La cultura influye en el concepto de salud, los cuidados, los tratamientos y el proceso de enfermedad²⁰. Se han encontrado diferencias culturales en la definición de salud, en el comportamiento, en los estilos de vida, en la percepción de los problemas y en las estrategias para afrontar los problemas de salud entre grupos culturales²¹.

En ocasiones, las creencias culturales de cada persona influyen e impiden que las personas busquen o valoren la educación sanitaria²²⁻²⁴. Por ejemplo, la literatura muestra que en ciertas culturas hay personas que creen en la curación a través de las hierbas, que ven el diagnóstico de una enfermedad oncológica como una enfermedad inevitable y tormentosa, o que creen que la depresión post-parto significa ser una mala madre y por lo tanto evitan buscar información o hablar sobre ello²⁵.

Esas diferencias culturales hacen que la persona inmigrante perciba la atención sanitaria de su país de manera diferente a la del nuevo país y pueden dificultar la adaptación de las personas al nuevo sistema. Uno de los aspectos que se ve afectado en mayor medida es el planteamiento de actividades de educación para la salud, en las

cuales se tienen que incorporar conceptos de auto-responsabilidad, autonomía, elección y además necesitan un grado de motivación para ese autocuidado^{19,25}.

Factores lingüísticos

El lenguaje es una parte importante de la cultura. La literatura lo señala como uno de los aspectos más dificultosos cuando los inmigrantes acceden a los servicios de salud en los países de destino^{24,25}.

Las diferencias lingüísticas dificultan la comunicación, el poder entender, aceptar y aplicar los mensajes proporcionados a través de la educación para la salud, influyendo en el acceso a los servicios de salud, en la motivación de estas personas para buscar actividades de prevención^{22,26} y en la posibilidad de entender y aplicar esos mensajes en su vida cotidiana^{23,25}.

Alfabetización en la salud

El concepto de alfabetización en la salud se define como el grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información que se proporciona y tomar decisiones de salud apropiadas²⁷.

La población inmigrante puede tener problemas para manejarse en los sistemas de salud del país de destino al no poseer conocimientos o habilidades suficientes acerca de los mismos y de cómo utilizarlos²⁸. Además, algunos inmigrantes pueden presentar bajos niveles de conocimientos biológicos, de mantenimiento de la salud, tienen dificultades para entender la necesidad de revelar información personal o para dar a conocer sus preocupaciones y no están familiarizados con conceptos como prevención y autocuidado lo que repercute negativamente en esa adopción de estilos de vida saludables²³. Se ha descrito por ejemplo, que la baja percepción del riesgo de padecer cáncer de mama por parte de las mujeres chinas, les conduce a no ver beneficios en la realización de mamografías y a no ser conscientes de la importancia de la prevención de dicho cáncer²⁵.

Desventajas en el estado socio-económico

Otro aspecto que la literatura señala como una barrera para recibir y aceptar la educación para la salud es el estado socio-económico. Con frecuencia la población inmigrante en nuestro país, tiene una disminución de su desarrollo económico a causa del desempleo que les lleva a dar mayor importancia a la supervivencia que a la salud^{22,25}.

En otros países, como por ejemplo Estados Unidos, se evaluaron las necesidades de salud de personas hispanas quienes reflejaron como una preocupación la necesidad de tener suficiente dinero para poder vestir, comer, conservar el hogar, optar a una educación y así poder mantener una buena salud^{23,24}. Las familias inmigrantes con bajo nivel socio-económico y un bajo nivel educativo, señalan no tener recursos para poder proporcionar a sus hijos altos niveles educativos. Esto hace aumentar la probabilidad de que esta población se mantenga en niveles socio-económicos más bajos²⁹.

Datos publicados recientemente en Inglaterra señalan la relación entre los bajos niveles socio-económicos y la poca efectividad de diferentes iniciativas para mejorar la salud de la población, planteando la necesidad de proteger la salud y mejorar el bienestar de las personas con recursos socio-económicos más bajos³⁰. Así pues, si a las ya mencionadas diferencias culturales de la población inmigrante, se une un nivel socio-económico más bajo, las desigualdades en salud pueden ser todavía mayores.

Los prejuicios y estereotipos de los profesionales de la salud

Los prejuicios y estereotipos pueden dificultar los encuentros entre profesionales de la salud y las personas de otras culturas al tener visiones, creencias y valores diferentes²³ de dos maneras principales. Por un lado, los profesionales de la salud realizan generalizaciones de un estilo de vida, unas ideas o pensamientos a un grupo cultural determinado que normalmente

surgen de prejuicios propios de cada persona y experiencias previas con un grupo cultural determinado que repercuten en los encuentros culturales^{27,29}, creando en las personas atendidas insatisfacción y una sensación de que no se individualiza el cuidado. Por otro lado, existe el riesgo de que los profesionales de la salud realicen “imposiciones culturales” a las personas y familias atendidas de creencias, valores y pautas de comportamiento de su propia cultura²⁷. Estas imposiciones culturales le llevan al profesional sanitario a no buscar razones para comprender y entender los comportamientos llevados a cabo por una persona o una familia de otra cultura, olvidándose de incorporar y escuchar el punto de vista del paciente a la hora de tomar las decisiones.

ESTRATEGIAS PARA PROMOCIONAR LA SALUD EN UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL

Una vez abordadas las dificultades, se desarrollan a continuación las principales estrategias que se han identificado en la literatura revisada para hacerles frente. Entre ellas se encuentran el desarrollo de programas culturalmente adaptados, utilizar una pedagogía apropiada, materiales culturalmente y lingüísticamente adaptados, el uso de recursos apropiados, el uso de un intérprete y la oferta de cursos para aprender el idioma mayoritario.

El diseño de los programas de salud se realizará teniendo presente la diversidad cultural, las creencias y los valores de los distintos grupos culturales sobre los aspectos que se van a abordar en las consultas²⁵. La literatura que se ha revisado refleja la falta de conocimiento de otras culturas por parte de los profesionales de la salud²³ y la falta del desarrollo de los programas de salud teniendo presente aspectos culturales²¹. Es fundamental el conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de las culturas³¹, sobre todo de aquellas con las que normalmente interactúan en la consulta, pero a la vez es necesario evitar caer en generalizaciones, o en el diseño de cuida-

dos estándar para todas las personas de un mismo grupo cultural³¹.

Otro aspecto importante es el uso de una pedagogía apropiada en esos programas para el grupo de personas a quien se dirijan las intervenciones y además será necesario adaptar las estrategias empleadas a cada persona de ese grupo cultural atendida en cada consulta².

En el proceso enseñanza-aprendizaje, se ha descrito que la utilización de materiales culturalmente y lingüísticamente adaptados a las personas y familias de otras culturas, ayuda a hacer frente a las diferencias culturales^{22,26,28}.

También es necesario tener presente que el uso de recursos apropiados, tecnología apropiada por ejemplo internet²¹, la creación de materiales variados con contenido narrativo y visual^{21,22} son de gran ayuda en la atención y promoción de la salud a personas de diferentes culturas. Sin embargo, antes de plantear algún recurso hay que asegurarse de la disponibilidad de dicho recurso. Por ejemplo, con respecto al uso de tecnología, se han descrito las ventajas del uso de internet y de programas educativos vía on line, pero es necesario garantizar el acceso a internet de las personas a las que vaya dirigida la intervención³², la disponibilidad 24 horas y conocer las habilidades para el uso de estos operadores por parte de esas personas. La creación de pósters, vídeos, imágenes que ilustren de un modo narrativo y visual también puede ser de utilidad^{19,21}.

El uso de un intérprete^{23,25}, la traducción del material²² que se va a utilizar, los profesionales bilingües, o formar a personas de un grupo cultural para que pueda ser mediador en los encuentros culturales son estrategias que se describen con frecuencia en la literatura revisada^{25,27,31}. La presencia de un intérprete, o personas de un grupo cultural que haya recibido formación previa tiene ventajas e inconvenientes. Aspectos fundamentales como la intimidad del paciente, la privacidad y confidencialidad²³, entran en juego a la hora de poner en marcha estas estrategias al tener que acudir a ese encuentro cultural otras personas que no son profesiona-

les de la salud. Por otro lado, traducir la información²² puede ser un buen comienzo pero tampoco es fácil. El traducir mensajes a otro idioma puede descontextualizar el significado del mensaje si no se traducen, además del idioma en sí, los conceptos culturales. En la revisión llevada a cabo no se han encontrado suficientes estudios que comparen intérpretes, mediadores culturales o profesionales bilingües y de esta forma identificar la opción más efectiva y la mejor manera de hacer frente a esas dificultades, sin olvidar aspectos éticos fundamentales como la privacidad y confidencialidad.

Finalmente, otra estrategia propuesta en la literatura, para vencer las barreras culturales consiste en ofrecer clases del idioma que domine ese territorio a las personas de otras culturas. Estas clases invitan a los participantes a aprender la información sobre salud dentro del contexto de su día a día y ofrecerles un entorno culturalmente seguro²⁵.

UN NUEVO ENFOQUE: EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA CULTURAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

A pesar de que la literatura ofrece diferentes estrategias para hacer frente a las dificultades encontradas, el estado de salud de los inmigrantes, tal y como se ha comentado en la introducción con un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión y enfermedades psicosomáticas relacionadas con la adaptación al nuevo contexto¹⁶ parece señalar que los encuentros culturales no están siendo efectivos¹⁵. Para hacer frente a esas barreras se necesita algo más que adaptar el material cultural y lingüísticamente, un intérprete u ofrecer clases del idioma que predomina a las personas inmigrantes. Se necesita un cambio de enfoque, un cambio que lleve consigo el dejar de “hacer” y comenzar a “ser”, comenzar a ser un profesional con competencia cultural, o lo que es lo mismo, culturalmente competente.

El término de “competencia cultural” comenzó a utilizarse en los años 70 bajo un enfoque antropológico en Estados Unidos e Inglaterra, debido al gran número de personas que dejaban su lugar de procedencia para comenzar su vida en dichos países³³.

Recientemente, se ha definido la competencia cultural como la habilidad de los individuos para establecer relaciones interpersonales efectivas reemplazando las diferencias culturales, teniendo presente la influencia e interacción de los aspectos culturales y sociales en la vida de las personas^{34,35}.

En el ámbito de la salud se ha definido como “el proceso en el que los profesionales de la salud trabajan para poder adquirir la habilidad y disponibilidad necesaria para trabajar de un modo culturalmente competente en un contexto cultural del individuo, familia y comunidad”³⁶.

La competencia cultural es un proceso continuo e individual³⁷. Es un proceso continuo que necesita de la aceptación y el respeto a las diferencias sin permitir que las creencias personales tengan una influencia excesiva en las personas que tienen una visión diferente a la de uno mismo, en toda la atención que se proporciona³⁸. Un proceso individual en el que cada persona se va convirtiendo en un profesional culturalmente competente³⁹. Ese proceso individual va a llevar a cada profesional a formarse en cuatro áreas fundamentales, en las que se desglosa la competencia cultural: el conocimiento, la conciencia, la habilidad y la sensibilidad cultural⁴⁰. En los párrafos siguientes se describe brevemente cada una de ellas.

El conocimiento cultural hace referencia a la adquisición de conocimientos sobre las creencias y valores culturales que nos va a llevar a entender la visión del mundo de las personas de otras culturas. Los profesionales de la salud necesitan conocer y respetar los valores fundamentales culturales, creencias y prácticas para poder dar un cuidado de calidad⁴¹.

La conciencia cultural se refiere al auto-examen y a explorar en profundidad la propia cultura y el fondo profesional⁴². Este proceso implica el reconocer los sesgos,

los prejuicios, y los supuestos sobre las personas que son diferentes.

La habilidad cultural se define como la destreza o habilidad para recolectar datos culturales relevantes en relación con el aspecto de salud a mejorar, el problema que presenta el paciente, así como la precisión a la hora de llevar a cabo una valoración¹³.

Por último, la sensibilidad cultural implica el desarrollo de habilidades interpersonales en relación al trabajo con personas de diferentes culturas y el desarrollo de relaciones significativas mediante el logro de la confianza⁴³.

Diversas organizaciones en el ámbito americano, como la Asociación Médica Americana, la Academia Americana de Enfermería, la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), la Asociación de Escuelas de Enfermería Americanas (AACN), la Sociedad de Enfermería Transcultural, han enfatizado la necesidad de promover la competencia cultural, y han desarrollado procesos de implementación de la competencia cultural en la formación de los profesionales de la salud⁴⁴. Esta formación tiene dos objetivos principales, por un lado, que el profesional adquiera mayor conocimiento sobre sus pacientes, actitudes más positivas, habilidades de comunicación y la aplicación de un cuidado centrado en el paciente⁴⁵. Por otro lado, que los profesionales de la salud adquieran mayor habilidad para trabajar en diferentes contextos culturales adaptándose a la persona, familia o comunidad que tengan delante de un modo competente^{28,29,32}.

Diferentes estudios reflejan que la formación de los profesionales favorece la adquisición de la competencia cultural para que éstos puedan ofrecer cuidados culturalmente competentes, es decir que sean congruentes y estén adaptados a los valores culturales, creencias y prácticas de las personas, familias y grupos¹¹. El hecho de ser atendidos por profesionales culturalmente competentes, repercute también positivamente en la satisfacción de los pacientes⁴⁵. La literatura muestra la necesidad de realizar proyectos de investigación que aborden este nuevo enfoque y relacio-

nen la influencia de esta formación de los profesionales con los resultados de salud de los pacientes.

CONSIDERACIONES FINALES

Debido a la realidad tan dinámica, cambiante y multicultural que existe hoy en día, los profesionales de la salud necesitan adaptarse y prestar una atención que cubra las necesidades de salud de la población.

La literatura revisada refleja que las dificultades anteriormente enumeradas son una realidad en el día a día de los profesionales sanitarios, a la hora de abordar las consultas y hacer frente a los encuentros culturales. A pesar de que en la literatura se recogen diferentes estrategias para hacer frente a las barreras encontradas, la frustración es un aspecto común entre los profesionales de la salud que atienden a personas de culturas diversas¹⁵. Puede que esto se deba a que las estrategias planteadas y llevadas a cabo hasta el momento no sean suficientes para hacer frente a las dificultades existentes en los encuentros culturales. La interacción entre dos personas no es fácil y si además se añade que la interacción se produce entre personas de culturas diferentes, la complejidad es mayor.

Como conclusión, y para poder ofrecer un cuidado culturalmente competente que logre promover la salud de los individuos, y deje de lado las dificultades encontradas en la revisión, se plantea y se enfatiza la necesidad de un cambio de enfoque. Un enfoque centrado fundamentalmente en la formación de los profesionales sanitarios con el afán de que desarrollen la competencia cultural. Una competencia cultural vista como un proceso en el que la conciencia, actitudes, conocimiento y habilidades del profesional se van modificando y configurando poco a poco hasta llegar a ser una profesional culturalmente competente.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Research Council and Institute of Medicine. Children's health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.

2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición 2006. En: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. (Consultado el 09 de enero de 2014).
3. Declaración de Alma Ata. Salud para todos. 1978. En: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2006/12/alma-ata.pdf> (Consultado el 11 de mayo de 2012).
4. World Health Organization. Milestones in Health Promotion: Statements from global conferences. 2009. En: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf (Consultado el 02 de mayo de 2013).
5. PEREA R. Promoción y educación para la salud. Algunos pilares básicos. Díaz de Santos, 2009. 1ª edición.
6. DUARTE J, GÓMEZ L, SÁNCHEZ M. Salud Pública-Enfermería Comunitaria. Enfo-ediciones, 2008. 3ª edición.
7. POCH J, MONTESDEOCA A, HERNÁNDEZ A, APARICIO J, HERRANZ J, LÓPEZ R et al. Valoración del niño inmigrante. *An Sist Sanit de Navar* 2006; 29: 35-47.
8. LENO D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gac Antropol* 2006; 22: 12-32.
9. PLAZA DEL PINO F. Cuidando a pacientes musulmanes. Universidad de Almería, 2010. 1ª edición.
10. GENTIL G. Educación para la salud a inmigrantes marroquíes. *Cul Cuid* 2005; 17: 54-58.
11. CAMPHINA-BACOTE J. The process of cultural competence in the delivery of health care services: a model of care. *J Transcult Nurs* 2002; 13: 181-184.
12. COELHO KR, GALAN C. Physician cross-cultural nonverbal communication skills, patient satisfaction and health outcomes in the physician-patient relationship. *Int J Family Med* 2012; Article ID 376907.
13. LEININGER M. Culture care theory: a major contribution to advanced transcultural nursing knowledge and practice. *J Transcult Nurs* 2002; 13: 189-192.
14. JIRWE M, GERRISH K, EMAMI A. Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scand J Caring Sci* 2010; 24: 436-444.
15. FUERTES MC, ELIZALDE L, DE ANDRÉS MR, GARCÍA CASTELLANO P, URMENETA S, URIBE JM et al. Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33: 179-190.
16. FUERTES C, MARTÍN LASO MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29: 9-25.
17. BAUMEISTER R, LEARY M. Writing narrative literature reviews. *Rev Gen Psychol* 1997; 1: 311-320.
18. CRONIN P, RYAN F, COUGHLAN M. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *Br J Nurs* 2008; 17: 38-43.
19. GREEN BN, JOHNSON CD, ADAMS A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med* 2006; 5: 101-117.
20. GYSELS M, EVANS C, HIGGINSON J. Patient, caregiver, health professional and researcher views and experiences of participating in research at the end of life: a critical interpretive synthesis of the literature. *BMC Med Res Methodol* 2012; 12: 123.
21. MATSUMOTO D, JUANG L. Culture and psychology. Thomson/Wadsworth, 2008. 4ª edición.
22. ZARATE P, ETTYRE A, GILLILAND I, MAHON M, ALLWEIN D, COOK J, ELAINE M. Workplace health promotion-strategies for low income Hispanic immigrant women. *AAOHN J* 2008; 56: 217-222.
23. KREPS G, SPARKS L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Educ Couns* 2008; 71: 328-332.
24. LARSON C, STROEBEL C, PERKEY B. Merging education with measurement: a focus on the Hispanic community. *J Ambul Care Manage* 2001; 24: 27-36.
25. ZOU P, PARRY M. Strategies for health education in North American immigrant populations. *Int Nurs Rev* 2012; 59: 482-488.
26. KREUTER M, LUKWAGO S, BUCHOLTZ D, CLARK E, SANDERS-THOMPSON V. Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: Targeted and tailored approaches. *Health Educ Behav* 2003; 30: 133-146.
27. MISRA-HEBERT A, ISAACSON J. Overcoming health care disparities via better cross-cultural communication and health literacy. *Cleve Clin J Med* 2013; 79: 127-133.
28. HENDERSON S, KENDALL E, SEE L. The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage of prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health Soc Care Community* 2010; 19: 225-249.
29. AICHBERGER M, BROMAND Z, HEREIDA A, TEMUR-ERMAN S, MUNDT A, HEINZ A et al. Socio-economic status and emotional distress of female Turkish

- immigrants and native German Women living in Berlin. *Eur Psychiatry* 2012; 27: S10-S16.
30. O'DOWD A. Fight to tackle unhealthy lifestyles has widened gap in health inequalities. *BMJ* 2012; 23: e5707.
 31. WHITTEMORE R. Culturally competent interventions for Hispanic adults with type 2 diabetes. A systematic review. *J Transcult Nurs* 2007; 18: 2157-2166.
 32. ANDERSON L, SCRIMSHAW S, FULLILOVE M, FIELDING J, NORMAND J, FORCE T. Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *Am J Prev Med* 2003; 24: 28-79.
 33. BIBIANA M, LUCERO A. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm* 2008; 17: 266-270.
 34. BEACH M, PRICE E, GARY T, ROBINSON K, GOZU A, PALACIO A et al. Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care* 2005; 43: 356-373.
 35. HOBAN M, WARDE R. Building Culturally Competent College Health Programs. *J Am Coll Health* 2003; 52: 137-141.
 36. CAMPHINA-BACOTE J, CAMPHINA-BACOTE D. A framework for providing culturally competent health care services in managed care organizations. *J Transcult Nurs* 1999; 10: 290-291.
 37. DAVIS-MURDOCH S. A Cultural Competence Guide for Primary Health Care Professionals in Nova Scotia. 2005. En: http://www.healthteamnovascotia.ca/cultural_competence/Cultural_Competence_guide_for_Primary_Health_Care_Professionals.pdf. (Consultado el 18 de marzo de 2013).
 38. GIGER J, DAVIDHIZAR R, PURNELL L, TAYLOR HARDEN JT, PHILLIPS J et al. American Academy of Nursing Expert Panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *J Transcult Nurs* 2007; 18: 95-102.
 39. PERNG SJ, WATSON R. Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. *J Clin Nurs* 2012; 21: 1678-1684.
 40. SMIT EM, TREMETHICK MJ. Development of an international interdisciplinary course: A strategy to promote cultural competence and collaboration. *Nurse Educ Pract* 2013; 13: 132-136.
 41. FORONDA CL. A concept Analysis of cultural sensitivity. *J Transcult Nurs* 2008; 19: 207-212.
 42. PAPADOPOULOS I, LEES S. Developing culturally competent researchers. *J Adv Nurs* 2002; 37: 258-264.
 43. TAYLOR G, PAPADOPOULOS R, DUDAU V, MAERTEN M, PELTEGOVA A, ZIEGLER M. Intercultural education of nurses and health professionals in Europe. *Int Nurs Rev* 2011; 58: 188-195.
 44. ENGBRETSON J, MAHONEY J, CARLSON E. Cultural competence in the era of evidence-based practice. *J Prof Nurs* 2008; 24: 172-178.
 45. LILLO M, CASANOBA I. Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados en salud. *Cul Cuid* 2006; 20: 87-91.