

EL MODELO AMERICANO DE COMPETENCIA CULTURAL PSICOTERAPÉUTICA Y SU APLICABILIDAD EN NUESTRO MEDIO

THE AMERICAN MODEL OF PSYCHOTHERAPEUTIC CULTURAL COMPETENCE AND ITS APPLICABILITY IN THE SPANISH CONTEXT

Adil Qureshi Burckhardt y Francisco Collazos Sánchez
Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona

La progresiva presencia de usuarios culturalmente diferentes en los servicios de salud mental constituye un reto importante para la calidad asistencial. Se ha propuesto la competencia cultural como un enfoque general para mejorar estos servicios, lo que implica cambios tanto a nivel institucional como clínico. La gran mayoría de los modelos de competencia cultural se han desarrollado en los Estados Unidos. La competencia cultural clínica consiste en la adquisición de unos conocimientos específicos, unas habilidades y unas actitudes con los que poder ofrecer un tratamiento adecuado, individualizado y culturalmente sensible. Pese a disfrutar de un esperanzador comienzo, la competencia cultural en salud mental necesita hoy en día un mayor impulso que permita su correcta definición y adaptación de cara a su efectiva aplicación en el contexto español.

Palabras clave: Competencia cultural; psiquiatría transcultural; inmigración, psicoterapia.

The increasing presence of culturally different clients in Spanish mental health services constitutes an important challenge for the effective delivery of care. Cultural competence has been proposed as a general approach for improving services, which requires changes at both institutional and clinical levels. The vast majority of cultural competence models have been developed in the United States. Clinical cultural competence consists of specific knowledge, skills, and attitudes that function together to provide an individualized, cultural sensitive and appropriate treatment. Although a very promising start, cultural competence in mental health needs to be further defined, adapted, and researched for effective application in the Spanish context.

Key words: cultural competence; transcultural psychiatry; psychotherapy.

El tener como objetivo concretar la buena práctica a través de estándares y competencias formalizadas refleja el pragmatismo de los norteamericanos. En casi todas las áreas de asistencia social-sanitaria se han desarrollado, o están desarrollándose, unas directrices y competencias para el trabajo con personas que pertenezcan a diferentes culturas y razas. Los modelos suelen tratar la competencia desde los niveles estructural, institucional, y clínico. En Medicina se ha puesto más atención en los niveles estructural e institucional, mientras que en Psicología se ha puesto en el nivel clínico. Aunque se prestará más atención a este último, el compromiso estructural e institucional hacia la diversidad cultural y racial es imprescindible.

Es evidente que el modelo norteamericano no es cien por cien aplicable a un contexto multicultural tan diferente como el de España. Sin embargo, se deben valorar sus más de 30 años de experiencia en este campo y el trabajo

multicultural que se ha venido haciendo en Psicología, Medicina, Enfermería, etc., promoviendo grupos de trabajo o revistas profesionales como la de la Asociación de Intereses No-blancos, la Revista de Psicología Negra, o la Asociación de *Counseling* Multicultural. Hay que subrayar que el trabajo en este campo no empezó con la llegada a EEUU de poblaciones de diferentes culturas y razas (que ya estaban en el país casi desde su origen) sino con la inclusión de numerosos profesionales de minorías étnicas a hospitales, universidades, y asociaciones profesionales.

DEFINICIONES

En la literatura norteamericana se ha reconocido que existen importantes problemas con la provisión de servicios socio-sanitarios a personas procedentes de diferentes grupos étnicos. No sólo hay problemas con la nomenclatura, sino también con conceptos básicos que exigen una aclaración antes de empezar, para asegurar que estamos hablando del mismo tema.

Cultura

A menudo, la definición de cultura que utilizamos entien-

Correspondencia: Adil Qureshi Burckhardt. Programa de Psiquiatría Transcultural. Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Pg. Vall d'Hebron 119-129. 08035 Barcelona. España. E-mail: aqureshi@vhebron.net



de ésta como una serie de artefactos, costumbres, rituales, comida, valores, hábitos, etc., o sea, productos y actividades. Aunque como heurística no está mal, conlleva algunas limitaciones importantes a la hora de manejar el trabajo intercultural. La cultura entendida así es algo fijo en el tiempo y el espacio, algo que se puede conocer, tener, y perder. La competencia cultural exige un entendimiento diferente que trataremos a continuación.

Otra perspectiva entiende que la cultura es un proceso y un contexto. Según Jenkins (1996), la cultura es:

un contexto de símbolos y significados más o menos conocidos que las personas crean y recrean dinámicamente para sí mismos en el proceso de interacción social. La cultura es, pues, la orientación de las diferentes maneras de sentir, pensar, y ser en el mundo de un pueblo-su no autoconsciente, la medida de la experiencia, la interpretación, y la acción. Como un contexto, la cultura es la que a través de la experiencia y la actividad humana - incluyendo las emociones - debe ser interpretada. Este punto de vista de la cultura intenta tener en consideración la calidad de las culturas como algo emergente, disputado, y temporal, por tanto evitar que las nociones de la cultura sean algo estático, homogéneo, y necesariamente compartido o incluso coherente. (p. 74).

En el contexto sociosanitario, la importancia de la cultura está relacionada con la interpretación. La cultura condiciona la interpretación de la situación (la enfermedad o el problema y su causa, la relación asistencial, la manera de solucionar el problema) del usuario y del profesional.

Raza

La raza es un concepto que define la realidad norteamericana y al que en la Europa continental se le niega su existencia. Como el modelo que se está presentando es norteamericano, será útil definir cómo es entendido el concepto dentro de las ciencias sociales allí, en Estados Unidos.

Casi nadie entiende la raza como un fenómeno biológico; la raza es entendida como un constructo social utilizado para controlar el acceso a los recursos. Janet Helms, una de las pioneras del *counseling* multicultural, utiliza la palabra "socio-raza" para enfatizar el aspecto socio-político del concepto. La base de la diferencia es arbitraria; sea por el color de la piel, lugar de origen, religión u origen étnico. Según Martínez y Carreras (1998), el racismo es:

una construcción social ideológica, sostenida por una gran variedad de intereses adicionales, su-

perpuestos a los estrictamente científicos, y condicionada por un modelo específico de relaciones internacionales económicas y políticas que otorgó y otorga a sus defensores algún tipo de provecho con su mantenimiento y persistencia. (p. 62)

El racismo es una relación de poder y, por tanto, hablar de raza implica reconocer un desequilibrio de poder entre diferentes grupos.

Inmigrante

Los Estados Unidos y Canadá son países compuestos mayoritariamente por inmigrantes y sus familiares. Cualquier persona que se traslada a otro país para buscar una nueva vida es un inmigrante, no sólo aquellas personas que quieren mejorar su nivel económico. Los factores estresantes relacionados con la inmigración (el cambio de cultura, dejar el lugar de origen, sentirse diferente, la discriminación percibida) pueden afectar a cualquier inmigrante; aunque cuantos más recursos se tengan, más fácil es afrontar esos factores estresantes. Dentro del modelo de las competencias culturales un inmigrante es una persona que viene de otro país para buscar una nueva vida.

Grupo étnico

Grupo étnico se refiere a un grupo más específico de características compartidas, distintas de la cultura, que se pueden referir a un subgrupo dentro de una cultura en particular - por ejemplo los inuit en Canadá o a un grupo que esté presente en diferentes culturas por ejemplo los kurdos en Turquía, Iraq, y en otros lugares donde se encuentren. Según Helms y Cook (1999), la etnicidad puede entenderse como "los orígenes nacionales, regionales o tribales de uno de los antecesores recordados más viejos, y las costumbres, tradiciones y rituales que estos antecesores han dejado..." (p.19).

Identidad

Dentro del contexto general de sociedades multiculturales, la identidad juega un papel cada vez más importante. Los orígenes culturales, raciales o étnicos pueden afectar a los individuos de dos maneras importantes. La primera, y más básica, es en el contexto de la cultura: determina el sistema de significados por el cual uno da sentido al mundo. El segundo es en el contexto de la identidad, o cómo uno se ve a sí mismo. La identidad, por definición, se refiere a la constancia en el tiempo, y la identidad étnica o racial de uno es una parte importante de este proceso. Los trabajos de investigación han demostrado, por ejemplo, que la identificación étnica o



racial modera el consumo de drogas (Brook, 1998; Brook, Whiteman, Balka, Win, y Gursen, 1998; Marsiglia, Kulis, y Hecht, 2001). Cuanto más se identifica alguien con una identidad étnica, menos probable es que éste abuse de las drogas.

El mundo académico está valorando, cada vez más, la noción de identidad étnica o racial para que se extienda más allá de una simple ecuación que suma cero (uno se identifica o no con un grupo en cuestión), y se pueda llegar a una definición que considere la identidad como un proceso (Helms y Cook, 1999; Phinney, 1990) que se relaciona directamente con habilidades de resistencia, vulnerabilidad y salud mental. La noción general es que hay muchas maneras distintas de identificarse con el grupo, y que las variables pertinentes incluyen el grado de identificación, la manera de identificarse, y el modo en que uno negocia la identidad entre su grupo étnico o racial y el grupo de la cultura dominante. Como se verá, el modelo de competencia cultural considera que el personal socio-sanitario debe estar al día de los diferentes modelos de identidad.

Los modelos más aceptados empiezan con la noción de que la identidad racial o minoritaria/mayoritaria de un grupo es fundamentalmente dialéctica. El modo en que uno se relaciona con su propio grupo es inseparable de cómo uno se relaciona con el "otro" grupo (Carter, 1995; Helms y Cook, 1999). Como se mencionó anteriormente, la raza implica una relación de poder, y es esta relación la que está omnipresente en la identidad racial.

MODELOS MÉDICOS DE COMPETENCIA CULTURAL

Por supuesto que hay una gran variedad de modelos médicos de competencia cultural, y no puede pretenderse hacer aquí una presentación exhaustiva de cada uno de ellos. Sin embargo, los modelos tienden a compartir ciertos componentes básicos. En particular, los modelos tienden a enfatizar considerablemente las competencias institucionales y estructurales (Betancourt, Green, Carrillo, y Ananeh-Frempong, 2003; Health Resources and Services Administration US Department of Health and Human Services, 2001). La competencia se define esencialmente como el medio para cruzar las barreras que impiden el acceso a la salud pública.

Competencia institucional

El segundo ítem de los Estándares Culturales y Lingüísticos Nacionales para la Adecuación de los Servicios (CLAS) (Oficina de Salud de las Minorías Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2001) en el sistema sanitario establece:

Las organizaciones sanitarias deberían implantar estrategias para reclutar, retener y promocionar dentro de todos los niveles de la organización un equipo diverso y un liderazgo que representen las características demográficas del área de servicios.

En el ámbito institucional o de organización, las barreras más importantes tienen que ver con la representación de los miembros de grupos de minorías étnicas en posiciones de liderazgo y la población trabajadora en general. La idea es que la diversidad en posiciones de liderazgo, y entre la población trabajadora en general, contribuiría significativamente al desarrollo e implantación de políticas, protocolos y sistemas de atención apropiados para poblaciones minoritarias. Es más, se ha visto que la presencia de profesionales pertenecientes a los grupos minoritarios lleva a grandes niveles de satisfacción y confianza por parte de los pacientes (Saha, Komaromy, Koespell, y Bindman, 1999). Como cabe esperar, los pacientes que se pueden comunicar con su médico en su lengua nativa demuestran niveles más elevados de satisfacción. La competencia, pues, a este nivel implica un reclutamiento activo y una promoción de los profesionales que representan a los grupos minoritarios.

Por supuesto, la situación en España es distinta, ya que su historia multicultural es considerablemente más corta. Al mismo tiempo, hay una serie de pasos que se pueden tomar, como facilitar el proceso de convalidación (homologación) e incentivar a la población minoritaria más joven para que se matriculen en carreras biosanitarias o de trabajo social.

Competencia estructural

El resto de los ítems de CLAS pertenecen esencialmente a temas de estructuración que los centros sanitarios han de seguir para asegurar que los pacientes de minorías étnicas reciban el mismo nivel de atención sanitaria que los otros pacientes de grupos mayoritarios. Por supuesto, también se da el caso de que las barreras estructurales existentes impiden el acceso a los servicios sanitarios a los grupos mayoritarios, un fenómeno que es más frecuente en sistemas con salud privada y salud pública, como es el caso de EEUU y España.

La competencia estructural es una respuesta a las barreras específicas que impiden el acceso a los servicios sanitarios de calidad. Una de las barreras más importantes es la lingüística (Baylav, 1996; Betancourt y cols., 2003; Bowen, 2001; Duffy y Alexander, 1999). Por supuesto, la CLAS enfatiza la importancia de la disponibilidad de intérpretes o mediadores culturales, de profesionales que tengan un mínimo de conocimientos lingüísticos, y de asegurar que la



señalización, los folletos, formularios y toda la información escrita en general esté disponible en los idiomas de los principales grupos a los que se atiende.

Aunque el idioma es importante, no es la única barrera estructural. Una barrera es cualquier aspecto de la atención sanitaria que contribuye al mal uso de ésta. La competencia cultural estructural, pues, incluye adaptar la institución a las necesidades y hábitos del usuario. Esto podría significar ampliar las horas abiertas al público, ofrecer la posibilidad de aparecer sin cita previa en la consulta médica como una opción a la visita concertada, facilitación de clínicas móviles, etcétera. El objetivo es la creación de un sistema sanitario que asegure el "total acceso a los servicios médicos de calidad para todos sus pacientes" (Betancourt y cols., 2003), de modo que los servicios sanitarios se adapten a las necesidades de sus usuarios. Esta noción contrasta con la que afirma que es el usuario el que debe adaptarse al sistema sanitario, perspectiva que comparten muchos profesionales sanitarios.

En resumen, las competencias estructurales culturales implican que todo el sistema sanitario y sus instituciones deben dar prioridad a los temas que afecten a la diversidad cultural. Esto implica que se incluyan como modelo de buena práctica sanitaria, que expertos culturales estén disponibles para posibles consultas, que se contraten intérpretes o mediadores culturales o que estén disponibles cuando se requieran, que haya una formación continuada sobre el tema, y que se haga un esfuerzo para asegurar que el espacio físico refleje la sensibilidad cultural.

Competencia cultural clínica

En la literatura médica, la competencia cultural clínica normalmente incluye la sensibilidad cultural, el conocimiento cultural, los conocimientos especializados y, ocasionalmente, la humildad cultural. En general, la literatura médica enfatiza el conocimiento sobre los aspectos culturales de algunas enfermedades y los estilos en la comunicación, e incluso el proceso de la propia comunicación (Betancourt y cols., 2003; Health Resources and Services Administration US Department of Health and Human Services, 2001; Like, Betancourt, Kountz, Lu, y Rios, 2001/2002; Misra-Herbert, 2003). En menor medida, y principalmente en el terreno de enfermería, el reconocimiento de uno mismo como ser cultural se considera importante (Campinha-Bacote, 1999; Purnell, 2000; Tervalon y Murray-Garcia, 1998; Wells, 2000).

COMPETENCIAS MULTICULTURALES DE COUNSELING

La versión inicial de las Competencias Multiculturales en *Counseling* (CMCs) (Sue y cols., 1982) se desarrollaron

en 1982 dentro de la División de Psicología de *Counseling* de la Asociación Americana de Psicólogos, y se hizo una revisión de la misma en 1992 (Sue, Arredondo, y McDavis, 1992) por petición del presidente de la Asociación de *Counseling* y Desarrollo Multicultural. En 1996 las competencias se elaboraron un poco más (Arredondo y cols., 1996), hasta formar las bases de las *Guidelines* de Educación, Entrenamiento, Investigación y Práctica Multicultural y Cambios de Organización para Psicólogos publicado en 2003 por la Asociación Americana de Psicólogos (American Psychological Association, 2003). Las Competencias han sido apoyadas por la División de Psicología de *Counseling* y la División de Estudios de Minorías Étnicas, así como por la Asociación por la Educación y Supervisión del *Counselor* y seis Divisiones más de la Asociación Americana de *Counseling*. En la actualidad, aunque no todo el mundo las apoya, las Competencias han sido muy bien recibidas dentro de la Psicología en Norteamérica.

Lo que diferencia este modelo de otros enfoques en competencias culturales es el énfasis que hace en que el terapeuta sea consciente de sí mismo y se explore a nivel personal. Se urge a los terapeutas a que se exploren profundamente a sí mismos como un paso importante para alcanzar la competencia cultural.

En cualquier relación de ayuda, pero en particular en la relación con un terapeuta, ciertas actitudes silenciosas o inconscientes, o las propias creencias pueden afectar profundamente al resultado del proceso terapéutico. Un individuo que atiende al público puede tener un cierto conocimiento del grupo cultural con el que trabaja, e incluso puede haber desarrollado técnicas de intervención apropiadas para estos grupos, pero los prejuicios, a menudo inconscientemente, pueden impedir ofrecer una ayuda efectiva. Esto se ha comprobado en estudios que muestran cómo los médicos dispensan menos analgésicos a pacientes que no son blancos (Green y cols., 2003; Tervalon y Murray-Garcia, 1998), y cómo los profesionales de salud mental diagnostican a los individuos pertenecientes a minorías más frecuentemente enfermedades mentales severas (Bhugra, 2000; Lu, Lim, y Mezzich, 1995).

El tema del prejuicio no se puede pasar por alto. En sociedades multiculturales como en el caso de Estados Unidos y Canadá, la gente es muy consciente de este tema, y conoce la manera políticamente correcta de hablar y comportarse al respecto. La mayoría de los profesionales no desean ser considerados racistas y no se ven como tales. Uno de los puntos más comunes e incómodos del discurso multicultural, particularmente cuando se incluye tanto a miembros del grupo minori-



tario como del mayoritario, es el de las acusaciones de racismo contra los grupos mayoritarios. Esto es a menudo un golpe para la gente que hace un esfuerzo por ser antirracista. Trabajos de investigación han demostrado ampliamente que hay una preferencia por los grupos que comparten unas normas comunes, y un rechazo automático y actitudes estereotipadas hacia los miembros de grupos que se salen de la norma (Banaji, Blair, y Glaser, 1997; Dovidio, Kawakami, y Gaertner, 2002).

Las CMCs, como la mayoría de modelos de competencia, están basadas en actitudes y creencias, conocimientos y habilidades, cada uno de ellos aplicado en las siguientes áreas (Arredondo y Toporek, 2004; Arredondo y cols., 1996; Sue y cols., 1998):

1. El *counselor* debe ser consciente de sus propios valores culturales y rechazos o prejuicios
2. El *counselor* debe ser consciente de la opinión que su usuario tiene del mundo
3. Las estrategias de intervención cultural adecuadas.

El modelo es complejo por su aplicación de construcción 3x3, sin embargo esto se ha hecho para enfatizar que las tres competencias son aplicables a cada dominio; por ejemplo, ser consciente de uno mismo es una habilidad que requiere conocimientos.

El counselor debe ser consciente de sus propios valores culturales y rechazos o prejuicios.

La primera área es esencialmente la transparencia de uno mismo, y requiere que el terapeuta se involucre activamente en entender su propia situación cultural y cómo ésta influye en el modo en que se relaciona con el mundo. Los Modelos de Educación, Entrenamiento, Investigación y Práctica Multicultural, y los Cambios de Organización para Psicólogos publicada por la Asociación Americana de Psicólogos en 2003, resume este punto muy adecuadamente es su Modelo 1 (American Psychological Association, 2003):

Los psicólogos deben reconocer que, como seres culturales, puede que tengan actitudes y creencias que pueden tener una influencia perjudicial en su percepción o interacción con individuos que sean étnica y racialmente diferentes de sí mismos (p.382).

Este reconocimiento requiere un compromiso total a la hora de tomar conciencia y entenderse a uno mismo en relación con su propia parte cultural. Nos obliga a hurgar en nuestra propia herencia cultural para desarrollar una identidad racial positiva. En resumen, la competencia en este dominio requiere que uno quiera conocer la parte cultural de sí mismo, para poder entender así cómo

esta afecta a nuestras interacciones con los otros, y poder dar los pasos necesarios para hacer avanzar este proceso. Esta conciencia de uno mismo incluye examinar cómo nos afecta el racismo y la discriminación, y como consecuencia de ello uno comparte actitudes y creencias racistas o con prejuicios. Para los miembros de grupos mayoritarios, esto requiere la exploración de los privilegios y beneficios que adquieren por el mero hecho de ser identificados como miembros del grupo mayoritario. Beneficios que son fruto del racismo que existe en individuos, instituciones y en la cultura. Esto implica claramente una habilidad y unas ganas de meterse uno mismo en un proceso de exploración que no es ni confortable ni socialmente deseable, pero que se considera esencial para poder hacer el trabajo intercultural efectivamente. Finalmente, esta competencia incluye la conciencia y entendimiento de cómo afecta a los usuarios la propia ubicación cultural y racial.

Comprensión de la perspectiva del paciente

Este área supone una parte esencial para alcanzar la empatía intercultural. El terapeuta culturalmente competente debe tratar de comprender la perspectiva del usuario y, aunque no siempre comparta estas expectativas y perspectivas, al menos deberá respetarlas y apreciarlas. La competencia en actitudes y creencias implica la aplicación de la auto-transparencia antes comentada, así como de las habilidades que permitan observar y controlar los juicios negativos y las reacciones emocionales hacia los pacientes.

Comprender la perspectiva del paciente implica, evidentemente, disponer del conocimiento cultural suficiente. Este conocimiento se compone de tres partes:

- La primera supone un conocimiento profundo de la cultura del paciente, de su herencia cultural y su pasado histórico. Dado que el conocimiento cultural es nomotético; y como la pertenencia a un grupo étnico o racial es algo demográfico, pero no psicológico, las Competencias en *Counseling* Multicultural admiten firmemente el uso de los modelos de identidad descritos con anterioridad, como medio para individualizar el conocimiento cultural y dotarlo así de un mayor significado comportamental y psicológico.
- El conocimiento cultural, en las Competencias en *Counseling* Multicultural, implica también la conciencia acerca de cómo la raza y la cultura influyen en las personas, no sólo sobre conceptos generales como el desarrollo psicosocial, sino también sobre preocupaciones concretas de la salud mental como las representaciones del malestar, las conductas de búsqueda



queda de ayuda, o las expectativas respecto al proceso terapéutico.

- Por último, la competencia en conocimiento cultural implica un entendimiento de la influencia que los factores sociopolíticos y económicos tienen sobre las vidas de los miembros de los grupos minoritarios.

La competencia en habilidades de esta área conlleva, esencialmente, la búsqueda activa de la educación y las experiencias necesarias para desarrollar la empatía cultural.

Estrategias de intervención culturalmente apropiadas

Esta área es la más concreta de las tres y, quizás, la que despierta más interés entre los profesionales de la salud, ya que determina lo que uno debe *hacer* cuando trabaja con pacientes de diferentes culturas. Lo que no puede pretenderse es que esta área sirva como un libro de cocina en el que el profesional pueda encontrar la receta necesaria para tratar adecuadamente a cada usuario, según sea su pertenencia cultural o étnica. De hecho, lo que aporta son las actitudes, las creencias y habilidades necesarias para realizar intervenciones eficaces, pero en ningún caso describe las intervenciones como tales.

La intervención eficaz requiere, como punto de partida, que el profesional respete al usuario. Esto implica el respeto tanto por las creencias sobre el malestar o el problema, como por las posibles soluciones al problema que sugiera el paciente. La competencia en esta área conlleva un conocimiento general de los abordajes asistenciales habituales en la sociedad mayoritaria, de las instituciones implicadas, y de las maneras en que están sesgados culturalmente, lo que puede impedir un trabajo eficaz, ya sea porque se impide el acceso o porque ofrecen un servicio culturalmente inapropiado.

La flexibilidad está en la base de cualquier competencia en habilidades. El terapeuta debe adaptarse a las necesidades y deseos del paciente, siempre dentro del marco ético apropiado. El terapeuta culturalmente competente puede aplicar sin dificultad sus conocimientos sobre los diferentes estilos de comunicación; debe ser experto en interpretar correctamente las señales, verbales y no verbales, y los mensajes que envía el paciente; y debe saber responder al paciente de una manera que le resulte comprensible. La intervención del terapeuta debería ser congruente con las necesidades del paciente más que con la filosofía del profesional, aunque la flexibilidad tiene sus límites. A este respecto, los profesionales deben conocer cuáles son sus límites, y cuándo está indicada la derivación. Además, el profesional competente sabe discernir cuándo es necesario realizar una inter-

vención más social o institucional, y sabe dar los pasos necesarios para asegurar que sea realizada. Una intervención flexible y eficaz no se limita a saber cuándo debe hacerse una derivación, sino también cuándo consultar con un sanador tradicional o con los líderes religiosos o de la comunidad, en un esfuerzo por ajustar la asistencia a las necesidades del usuario. Del mismo modo, como es evidente, el profesional sanitario debería asegurar que los servicios se prestan en la lengua preferente del paciente. Esto puede suponer hacer las derivaciones oportunas, o asegurar la disponibilidad de mediadores culturales.

Es importante subrayar que aunque la flexibilidad es importante, los servicios deben ser consecuentes con las competencias del terapeuta; y los servicios prestados, aunque flexibles, no deben dejar de ser *counseling* o psicoterapia. Es esencial que el profesional informe y eduque al paciente sobre la naturaleza del trabajo que se va a hacer y lo que implica. Mucha gente no tiene experiencia en psicoterapia y, por tanto, no tienen ni idea de lo que pueden obtener. Una comunicación y tratamiento eficaces requieren un entendimiento mutuo de lo que se está haciendo. (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Es importante señalar que las competencias en *counseling* multicultural no son una reposición ni una sustitución

TABLA 1
APLICACIÓN DE LA COMPETENCIA EN ACTITUDES Y CREENCIAS

La pareja marroquí

Una mujer marroquí tiene una cita con su psicólogo, a la que acude acompañada por su marido. Cada pregunta que el médico dirige a la mujer, responde el esposo. La mujer permanece sentada con la cabeza inclinada, evitando cualquier contacto visual con el clínico. ¿De qué manera se puede interpretar lo que está ocurriendo? Muchos pueden considerar que se trata de un claro ejemplo de sexismo, inherente a las culturas árabes y musulmanas, y que el marido es un machista que pretende controlar a la mujer. Si se aplican las competencias culturales, el clínico debe, antes que nada, reconocer sus prejuicios hacia esta pareja y hacia las culturas árabes y musulmanas, así como identificar el posible sesgo que supone esta crítica basada en principios occidentales. Luego, el clínico debe intentar aplicar la empatía cultural, esto es, entender el comportamiento del paciente desde la perspectiva de éste. ¿Podría existir otra explicación?, ¿podría ser que el marido estuviera haciendo, simplemente, lo que dicta su cultura?, ¿podría ser que lo que en realidad está haciendo el marido es responsabilizarse del bienestar de su esposa?

Sin duda, para muchos de nosotros adoptar el "punto de vista del nativo" no es fácil, y se tiende a sugerir argumentos desde otras perspectivas. La competencia cultural, sin embargo, requiere que no imponamos nuestros valores sobre los pacientes, sino que los aceptemos como personas razonables e inteligentes.



de las habilidades ya existentes en *counseling*. Aunque las CMCs son críticas con los modelos occidentales existentes, tampoco ellas aportan una sugerencia alternativa para el abordaje terapéutico, más allá de ampliar el rol del terapeuta. El abordaje específico ha llegado hasta el nivel del clínico/individuo, pero no está claro hasta qué punto dada la naturaleza de las críticas, puede servir para el abordaje convencional. Al mismo tiempo, está claro que las CMCs no proponen descartar la psicología convencional, de hecho, el sistema operativo sigue incluido, firmemente, en el abordaje tradicional, aunque con modificaciones. Lo que ofrecen las competencias en *counseling* multicultural, sobre todo, es un paradigma orientativo que permite a los terapeutas sensibilizarse en aspectos que, cuando son eficazmente cubiertos, pueden hacer que los servicios sean más sensibles con los miembros de los grupos étnicos minoritarios.

Lo que queda claro es que la competencia cultural institucional y la estructural son la base de la competencia cultural clínica. Es cierto que los individuos pueden esforzarse por alcanzar esa pericia con un modelo como el de las CMCs, sin embargo, salvo que su centro clínico o terapéutico y las autoridades sanitarias respalden el proceso, la competencia cultural no dejará de ser una ocurrencia meramente individual, más que un fenómeno verdaderamente coordinado e integrador. La disponibilidad de mediadores culturales, el reclutamiento de profesionales pertenecientes a las minorías étnicas, las adaptaciones estructurales encaminadas a adaptar los servicios a las necesidades culturales de los usuarios, el acceso a consultores culturales y una formación continuada en competencias culturales, requieren un serio compromiso por parte de la administración y la institución. A un nivel individual, la competencia cultural requiere algo más que la mera acumulación de conocimientos y el deseo de atender a personas interesantes. Requiere, además, el valor de comprometerse en una seria reflexión sobre los prejuicios y sesgos personales de cada uno.

En el panorama actual en España, donde hay una marcada evolución hacia una sociedad cada vez más multicultural, como consecuencia directa de un fenómeno migratorio en constante progresión, debe empezarse a contemplarse la trascendencia de la competencia cultural. Por razones históricas evidentes, no ha sido ésta motivo de interés por los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular. Sin embargo, esta tendencia demográfica hacia la multiculturalidad lleva a replantearse este desinterés y plantea un reto que tiene como objetivo el poder ofrecer a todos los usuarios

del sistema sanitario una asistencia de calidad equitativa, independientemente de cuál sea su origen étnico o cultural. De esta manera, resulta cabal pensar que, próximamente, cualquier dispositivo asistencial en salud mental en nuestro medio, deberá incorporar, dentro de sus criterios de calidad, el de la competencia cultural. El modelo que se debe seguir no tiene por qué ser exactamente el americano que en este artículo se ha presentado. Hasta ahora, no ha habido ningún modelo que se pueda decir que haya alcanzado la excelencia y, por tanto, pueda servir de referente para nuestro medio. Las características de la sociedad española, de sus grupos étnicos, del fenómeno migratorio, de su situación geográfica, de su sistema de salud, etc., hacen que no pueda aplicarse con exactitud ninguno de los modelos existentes, sino que se requiere un esfuerzo de adaptación, flexibilidad y, por qué no, de imaginación, acordes a las condiciones del medio.

Nota: El artículo está basado en la ponencia: "El modelo de la competencia cultural (Estados Unidos y Canadá) su aplicación en el ámbito de la toxicomanía". II Jornadas sobre transculturalidad a la XAD, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Direcció General de Drogopèndències i Sida, Generalitat de Catalunya, Marzo, 2004 Barcelona

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2003). Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice and Organizational Change for Psychologists. *American Psychologist*, 58(5), 377-402.
- Arredondo, P., y Toporek, R. (2004). Multicultural Counseling Competencies = ethical practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 26(1), 44-56.
- Arredondo, P., Toporek, R., Packer Brown, S., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., y Stadler, H. (1996). Operationalizing of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 42-78.
- Banaji, M. R., Blair, I. V., y Glaser, J. (1997). Environments and unconscious processes. In R. S. Wyer (Ed.), *The automaticity of everyday life: Advances in social cognition* (Vol. 10, pp. 63-74). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Baylav, A. (1996). Overcoming culture and language barriers. *Practitioner*, 240(1563), 403-406.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., y Ananeh-Frempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Re-*



- ports, 118, 293-302.
- Bhugra, D. (2000). Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(s407), 68-73.
- Bowen, S. (2001). *Language Barriers to Access to Healthcare*. Ottawa: Publications, Health Canada.
- Brook, J. S. (1998). Drug use among African Americans: Ethnic identity as a protective factor. *Psychological Reports*, 83, 1427-1446.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Balka, E. B., Win, P. T., y Gursen, M. D. (1998). Drug use among Puerto Ricans: Ethnic identity as a protective factor. *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*, 20(2), 241-254.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Carter, R. T. (1995). *The influence of race and racial identity in psychotherapy: Toward a racially inclusive model*. New York: Wiley.
- Dovidio, J. F., Kawakami, K., y Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal Personality and Social Psychology*, 82(1), 62-68.
- Duffy, M. M., y Alexander, A. (1999). Overcoming language barriers for non-English speaking patients. *Ana J*, 26(5), 507-510, 528.
- Green, C. R., Anderson, K. O., Baker, T. A., Campbell, L. C., Decker, S., Fillingim, R. B., y cols. (2003). The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Medicine*, 4(3), 277-294.
- Health Resources and Services Administration US Department of Health and Human Services. (2001). *Cultural competence works: Using cultural competence to improve the quality of health care for diverse populations and add value to managed care arrangements*. Merrifield, VA: Health Resources and Services Administration U.S. Department of Health and Human Services.
- Helms, J. E., y Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: theory and process*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Jenkins, J. H. (1996). Culture, emotion, and psychiatric disorder. En C. F. Sargent y M. Thomas (Eds.), *Medical anthropology: Contemporary theory and method* (pp. 71-87). Westport, CT: Praeger.
- Like, R. C., Betancourt, J. R., Kountz, D. S., Lu, F. G., y Rios, E. (2001/2002). A Medical Mosaic: Achieving Cultural Competency in Primary Care. *American Journal of Multicultural Medicine*, 7-19.
- Lu, F. G., Lim, R., y Mezzich, J. E. (1995). Issues in the Assessment and Diagnosis of Culturally Diverse Individuals. En J. Oldham y M. Riba (Eds.), *Review of Psychiatry* (Vol. 14, pp. 477-510). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marsiglia, F. F., Kulis, S., y Hecht, M. L. (2001). Ethnic labels and ethnic identity as predictors of drug use among middle school students in the Southwest. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 21-48.
- Martínez, A. y Carreras, J. (1998). *Del racismo a la interculturalidad. Competencia de la educación*. Madrid: Narcea.
- Misra-Herbert, A. (2003). Physician cultural competence: Cross-cultural communication improves care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 70(4), 289-303.
- Oficina de Salud de las Minorías Departamento de Salud y Servicios Humanos. (2001). *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care: Executive Summary in Health Care*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- Phinney, J. (1990). Ethnic identity in adolescence and adulthood: A review of research. *Psychological Bulletin*, 108, 499-514.
- Purnell, L. (2000). A description of the Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1), 40-46.
- Saha, S., Komaromy, M., Koespell, T. D., y Bindman, A. B. (1999). Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 997-1004.
- Sue, D. W., Arredondo, P., y McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling and Development*, 70(4), 477-486.
- Sue, D. W., Bernier, Y., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P. B., Smith, E. J., y cols. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist*, 10, 45-52.
- Sue, D. W., Carter, R. T., Casas, J. M., Fouad, N. A., Ivey, A. E., Jensen, M., y cols. (Eds.). (1998). *Multicultural counseling competencies: Individual and organizational development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tervalon, M., y Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 9(2), 117-125.
- Wells, M. I. (2000). Beyond cultural competence: a model for individual and institutional cultural development. *Journal of Community Health Nursing*, 17(4), 189-199.

