



# Investigación, Cuidados en-fermeros y Diversidad cultural

María Nubia ROMERO B.

Profesora titular, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia

Correspondencia: mnromero@gmail.com

La profesora M<sup>a</sup> Nubia Romero viene trabajando en líneas como Saberes y prácticas populares en salud, estudios de género y salud, y cuidado en la adversidad. En la actualidad lidera el grupo GERCUS (Grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud), en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Para la profesora Romero la diversidad cultural de los cuidados emerge en el contexto académico, asistencial e investigativo de enfermeras y enfermeros comunitarios por la fuerza de las condiciones de adversidad planetaria, expresadas en la creciente exclusión estructural que se ha globalizado hasta configurar un planeta con profundas desigualdades. Los cuidados tradicionales o populares que han sido expresión de identidad cultural de los pueblos han subsistido a la marginalización de la ciencia moderna y hoy se visibilizan con fuerza a través de las investigaciones cualitativas. Investigaciones, teorizaciones y reflexiones de enfermeras latinoamericanas, norteamericanas y europeas expresan el significado de diversidad que permea sus marcos referenciales. La diversidad del cuidado cultural habla del lugar, de las diferencias, de las prácticas, de los saberes, de las desigualdades en Latinoamérica. En la intencionalidad por superar la tensión entre cuidados profesionales y cuidados tradicionales emergen dos perspectivas: una, traductora con potencialidad asimiladora, y otra, articuladora con perspectiva transformadora hacia unos cuidados transculturales que descubran nuevas relaciones en la diversidad-igualdad.

La profesora Gina Higginbottom es Editora Ayudante de la revista *Ethnicity and Health* y en la actualidad realiza un proyecto de investigación sobre la identidad étnica enfocada a la salud en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alberta, Canadá. Ella nos alerta que la diversidad cultural no es un fenómeno exclusivo de las poblaciones que atendemos, sino que también alude a los profesionales cuidadores. Por ello, nos invita a expandir nuestra mirada sobre las concepciones del cuidar, dominadas hasta ahora por una visión europeo-americana, que deberíamos enriquecer con la diversidad de habilidades que proporciona la multiplicidad étnica de las propias enfermeras.

Ambas nos ponen de manifiesto que el debate de las identidades es sin duda una gran oportunidad para que las enfermeras comunitarias hagan valer su voz comprometida.

## Introducción

La investigación y la teorización sobre los cuidados culturales han tenido un auge significativo a finales del siglo XX y comienzos del XXI. El crecimiento de la pobreza, que margina y excluye, la creciente migración y los desplazamientos *glocales* (término que después explicaremos), la exclusión de saberes tradicionales y populares, la ineficiencia de los sistemas de salud, entre muchos otros fenómenos, han animado a optar por expresiones de resistencia al dogmatismo de la ciencia moderna e incursionar en el terreno de la investigación en cuidados culturales. De diversidad se habló con fuerza en enfermería cuando se hizo visible por las manifestaciones de resistencia de los excluidos, que crean tensiones entre cuidados tradicionales y los cuidados profesionales.

Papel destacado en este auge lo ha desempeñado la Dra. Madeleine Leininger, con su teoría de la "Diversidad y universalidad del cuidado cultural" que promueve la competencia cultural del profesional para conocer, comprender y cuidar del otro a partir de su realidad cultural, lo que no sólo beneficia la calidad de la salud, sino la paz del mundo.<sup>1</sup> A sus aportes se suman los de muchos otros y otras, como es el caso de los autores de las cerca de 40 investigaciones, teorizaciones y reflexiones publicadas que he revisado para la presente ponencia, que busca avanzar en el esclarecimiento del significado de la diversidad cultural en la investigación en enfermería comunitaria.

## La investigación sobre diversidad cultural y la globalización

Al buscar desentrañar el papel de la investigación en enfermería en la generación de conocimiento sobre la diversidad cultu-

ral en los cuidados, encuentro el debate entre concepciones del mundo y sus culturas, que de igual manera se expresa hoy en la discusión entre lo global y lo local, entre lo hegemónico y lo alternativo, entre la dominación y la emancipación. Entendiendo que la globalización actual "supone la universalización de la modernidad de corte euro-americano",<sup>2</sup> este debate se evidencia de manera explícita o implícita en los trabajos de investigación, teorizaciones y reflexiones revisados, publicados en revistas nacionales e internacionales.

El tema de la globalización emerge en el contexto por comprender el sentido de la diversidad de los cuidados desde la *alteridad* u *otredad*, por la alta presencia de población inmigrante en Europa y Estados Unidos, lo que ha despertado la necesidad de "brindar un cuidado culturalmente sensible",<sup>3</sup> de expandir los componentes del modelo de "competencia cultural" de Leininger a la investigación de los cuidados,<sup>4</sup> de adaptar los cuidados de enfermería a las diferencias culturales en hospitales,<sup>5</sup> de aprender a vivir en la diferencia y "mirar de cerca" al inmigrado<sup>6</sup> o de visibilizar, desde los aportes de la antropología en el campo de la enfermería, los choques culturales frente a los significados del enfermar.<sup>7</sup> Por todo ello, la docencia también demuestra interés por lograr una formación profesional, de manera transversal en todo el currículo, que brinde cuidados útiles y respetuosos con la multiculturalidad.<sup>8</sup>

Pero la globalización tiene múltiples matices de acuerdo con los intereses que persigue, por ejemplo, la *globalización imperial*<sup>2</sup> busca ejercer un control sobre poblaciones y recursos para el beneficio de quienes abanderan el modelo neoliberal, y el sector salud quedó atrapado en esta categoría. Hoy los sistemas modernos de salud están marcados por la profunda mercantilización, que conlleva exclusio-

## CONSENSOS

nes/subordinaciones en la asistencia, en las terapéuticas y en la calidad del cuidado al cosificar al ser humano, y por la falta de políticas públicas en salud que coadyuven a la construcción de equidad, justicia y derecho al bienestar sin negar los otros saberes tradicionales o populares. La Enfermería, a través de su producción de conocimiento, hace algunos esfuerzos para visibilizar estas exclusiones globales e iniciar acciones locales hospitalarias para adaptar sus cuidados a las diferencias culturales que marcan el proceso de globalización.

Contrario al concepto hegemónico, surge el de *globalización solidaria* o de *justicia global*,<sup>2</sup> en la que se promueve una nueva lógica de lo social, basada en formas autoorganizadas y en estructuras no jerárquicas, ni excluyentes, a través de las cuales la *enfermería transcultural* pueda mirar la *otredad* inmigrada, desplazada, excluida o marginada, como una oportunidad para “mirarnos al espejo”,<sup>6</sup> para verla como igual, pero diferente, y que esta diferencia no sea motivo de exclusión ni negación, sino de implicación, enlace o rearticulación. O también, buscando incorporar la *competencia cultural* en los profesionales de enfermería, para promover la humanización en el cuidado transcultural y lograr unos cuidados congruentes y eficientes en la diversidad cultural, como lo refiere Ibarra Mendoza.<sup>9</sup> Pero una diversidad no homogeneizante, una diversidad en la que se conjuga lo múltiple con lo singular, lo global con lo local, donde el lugar no sea consumido por las fuerzas de lo global hasta perder sus particularidades.

Los estudios sobre diversidad cultural en el cuidado me dicen que el mundo no sólo es global, porque toda “globalización conlleva localización”; por ello entiendo que en los cuidados culturales no hay un cuidado genuino universal con sentido hegemónico y homogéneo; los cuidados llamados universales en la teoría de Leininger, o globales, contienen cuidados configurados en lo local a través de la diversidad y multiplicidad de estructuras, relaciones, cosmovisiones, representaciones, saberes y prácticas del cuidar que han migrado con las personas y grupos humanos incluidos o excluidos. Este contexto multicultural ha sido configurado desde las culturas locales que han poblado los países y regiones estudiadas por colegas norteamericanas y europeas; por ello considero que no hay morada sin raíces, ni raíces sin morada, contrario a lo citado por Moreno.<sup>6</sup> A esta gama de conjunciones, donde lo local cuenta para el tipo de globalidad que

queremos, Arturo Escobar prefiere llamarla *glocalidad*.<sup>2</sup>

Este desplazamiento paradigmático de la modernidad, que viene surgiendo por los intensos debates teóricos, epistemológicos, históricos y políticos sobre las implicaciones de la unipolaridad, ha permitido postular, desde el pensamiento latinoamericano, que la globalización deviene en un *pluriverso*,<sup>2</sup> es decir, en un espacio plural donde muchos mundos –en plural– sean posibles; “una verdadera multiplicidad de configuraciones político-culturales, diseños socio-ambientales y modelos económicos”.<sup>2</sup>

En *toda* la literatura referenciada en este texto encuentro ese *pluriverso* en miniatura; las colegas reconocen el derecho a la pluralidad, a la diversidad, a la multiculturalidad y, por ende, buscan cómo ejercer unos cuidados *culturales congruentes*, seguros y significativos para las personas y colectivos en el contexto de su diversidad cultural. Pero cuando digo *toda* la literatura referenciada, este *toda* no implica un concepto homogéneo, todo lo contrario, en su contenido hay fisuras, heterogeneidades, ausencias, contradicciones, preocupaciones y aportes tanto conceptuales como prácticos. Esta característica, antes que ser un problema, es una condición normal y deseada para el momento de desarrollo teórico y práctico en que se encuentran los cuidados culturales.

Los estudios de Juliet Lipson<sup>10</sup> abordan temas de los cuidados en grupos excluidos y marginados, como es el caso de las mujeres inmigrantes y refugiadas en EEUU, que comparten esta situación de marginalidad con mujeres pobres y negras, lo que les otorga un carácter de doble o triple exclusión y marginalidad en el contexto de la diversidad cultural. Josepha Campinha-Bacote,<sup>11</sup> por su parte, construye su modelo de cuidado, llamado *El Proceso de competencia cultural en la prestación de los servicios de cuidados de salud*, para gente de diversos ancestros étnicos y culturales. Lipson trabaja el cuidado de enfermería *culturalmente competente*, que también es expresado como culturalmente compatible, apropiado, sensitivo, receptivo e informado y que está orientado a temas de la cultura, raza, género, orientación sexual, discapacidad, clase social y situación económica. Josepha Campinha-Bacote trabaja la *competencia cultural* a la luz de cinco constructos: conciencia social, conocimiento cultural, técnica cultural, encuentros culturales y deseo cultural. Estas autoras, junto con Madeleine Leininger, han globalizado sus modelos conceptuales y teorías, como

la “Diversidad y universalidad del cuidado cultural” y la “Teoría de transición y marginalización”, de Meleis y otras, que ya están siendo referenciadas y apropiadas –sin mayor discusión– en los espacios locales de la producción latinoamericana.

La comprensión de los cuidados culturales en el contexto norteamericano se aborda desde teorías propias de la enfermería, como la de Madeleine Leininger y otras que vienen construyendo, como la “Teoría de transición y marginalización”, que permite comprender los cambios significativos que afectan a las personas que afrontan *las transiciones* y perciben pérdidas de identidad y pérdidas en apoyo social y se sienten desarraigadas, vulnerables, en desequilibrio e incertidumbre por sus vidas tanto en el presente como en el futuro.<sup>10</sup> La teoría de Leininger está presente en los discursos de las autoras y autores norteamericanos y europeos que abordan el problema de la cultura del cuidado y es un faro que ha guiado la teorización y la generación de modelos de cuidado desde esta perspectiva; en Latinoamérica, por su parte, apenas empieza a sentirse, excepto en Brasil, donde ya han recorrido un trayecto importante gracias, principalmente, a la formación doctoral.

Los estudios sobre diversidad de cuidados culturales realizados en España y Latinoamérica evocan y ponen en presente los procesos de colonización. La cultura prehispánica de América fue conocida por Europa con unas representaciones, imaginarios y prácticas sociales que los colonizadores globalizaron por todo ese continente, y asimilada bajo un orden mundial que apenas salía del oscurantismo y que en su proceso de diseño de mundo moderno fue suprimiendo conocimientos y culturas subalternas. Otro aspecto espinoso del proceso colonial es que, en esta lógica excluyente y dogmática, la ciencia moderna comete un “*epistemicidio*”,<sup>12</sup> porque, en palabras de Sousa de Santos, este conocimiento científico marginó los otros conocimientos que desde diferentes cosmovisiones explican y comprenden sus mundos y realidades, como es el caso de los saberes y prácticas de las medicinas tradicionales locales (saberes que hoy son objeto de apropiación y explotación comercial por parte de transnacionales). Además generaron en lo *glocal* violencia, dominación, exclusión y desplazamiento de indígenas y negros, que ha proseguido con los migrantes, los desplazados, campesinos, mujeres, pobres, homosexuales, entre otros, todos ellos sujetos de las investigaciones etnográficas.

## CONSENSOS

ficas que configuran el panorama de la diversidad cultural de los cuidados en enfermería.

En el contexto de la colonización aparece la experiencia globalizante de la comunidad de San Juan de Dios en Latinoamérica, que dio lugar a la apertura de hospitales con su nombre y filosofía: “La humanización y la hospitalidad como acciones orientadas al bienestar de la persona, a su felicidad, desde su libertad y dignidad”.<sup>13</sup> Principios estos que convirtieron al hospital en Colombia en patrimonio de servicio y asistencia en salud a la población pobre, excluida y marginada socialmente en el país. Este emblema fue arrasado con filosofía y sobre sus escombros quedó la huella del capitalismo salvaje que mercantilizó la salud y acabó con el derecho fundamental para convertirla en un servicio que se compra y se vende.

Hoy podemos decir que seguimos viviendo la misma historia, con matices e historias locales que emergen en las investigaciones del cuidado cultural de la salud, pues es la diversidad cultural de estos excluidos del derecho a la salud la que habla de otros cuidados, de otros saberes, de otras prácticas preventivas, de otras cosmovisiones sobre el sentido de la salud y la enfermedad, de otros imaginarios y representaciones sociales, que han puesto a las enfermeras y enfermeros en el mundo a buscar estrategias de acercamiento que van desde *sensibilización*,<sup>3, 8, 11, 14</sup> pasando por la *asimilación*,<sup>15</sup> la *traducción*,<sup>9, 16</sup> la *legitimización*,<sup>17</sup> hasta la *competencia cultural*,<sup>8, 9, 11, 14</sup> todas ellas con la pretensión de mejorar los encuentros del cuidar entre culturas diferentes. Historias del cuidado que no fueron asimiladas por el poder hegemónico de los sistemas de salud y que aún se resisten a desaparecer de lo local y lo global están contribuyendo a esta fuerza de multiculturalidad que mapea el mundo de hoy.

Claro que en el trasfondo de algunas historias del cuidado, a pesar de años de resistencia cultural, encontramos manifestaciones locales mestizas, como es el caso de los saberes populares o campesinos.<sup>18</sup> Saberes y prácticas que migran y se desplazan conservando sus representaciones e imaginarios, poniendo en *conflicto* a enfermeras y enfermeros que se sienten incapaces de comprender cosmovisiones<sup>19</sup> que no pertenecen a su mundo cultural. Hombres y mujeres referidos como la *otredad*, por sus diferencias, hacen parte activa o pasiva de esos movimientos sociales que resisten a las intenciones y acciones de

“profundización y universalización de la modernidad”.<sup>2</sup> Ejemplos de esa *otredad* que resiste son los sistemas de medicina tradicional en Latinoamérica,<sup>20</sup> los usos populares de remedios naturales,<sup>21, 22</sup> los hospitales mixtos en México,<sup>23</sup> las unidades de cuidados clínicos en el hospital de Pennsylvania,<sup>24</sup> los saberes y prácticas de cuidado que desarrollan las mujeres campesinas,<sup>18, 25</sup> negras, migrantes y marginales,<sup>10</sup> los esfuerzos que hace la enfermería para combatir el estigma, el miedo y la discriminación que producen enfermedades como el Sida,<sup>26</sup> la construcción de modelos conceptuales locales para discapacitados, pobres y viejos que viven en alta adversidad,<sup>19</sup> hasta la preservación o invención de espacios culturales, como la casa de partos en Osaka (Japón)<sup>27</sup> o un espacio diferenciado para que las mujeres indígenas U’was tengan el parto en compañía de su familia en el hospital de Cubará (Colombia).

### La diversidad del cuidado cultural en Latinoamérica

La revisión realizada reporta para América Latina una amalgama de conceptos *glocales* utilizados por enfermeras y enfermeros investigadores para expresar *la necesidad de relacionar* la diversidad de cuidados tradicionales/locales con los cuidados profesionales. Entre dichos conceptos se encuentran: cuidados híbridos, cuidados adaptados, cuidados fusionados, cuidados que valoren, cuidados legitimados, cuidados articulados, cuidados recíprocos e interactivos, cuidados universales, competencia cultural, cuidados transculturales, competencia multicultural, integración cultural, entre otros. En esta intencionalidad por superar el conflicto modernidad/tradición, que involucra a la profesión, emergen dos perspectivas: una, *traductora*, con potencialidad asimiladora, y otra, *articuladora*, con perspectiva transformadora.

De la diversidad del cuidado traductor con potencialidad asimiladora. Algunos trabajos buscan *traducir* las tradiciones y las diferentes formas de cuidado cultural para *asimilarlas e incorporarlas*, como prerrequisito de una supuesta *integración o legitimación* exitosa, al concepto moderno de cuidados profesionales; pero lo que hacen es negar el derecho a la diferencia de las *otredades* culturales de los cuidados, porque no se aceptan los *otros* cuidados como iguales, sin jerarquías, pero diferentes. El profesional de enfermería, en su práctica comunitaria o clínica, muchas veces utiliza

cuidados únicamente *legitimados* por la ciencia, asumiendo una relación de superioridad y distanciamiento y quebrando el diálogo intercultural,<sup>28</sup> diálogo que ha de buscar, además de relacionar cuidados, *articular* acciones de encuentro con la tradición para comprenderla y comprenderse mutuamente en el acto de cuidar.

Esa pretensión de *traducción-lineal* del lenguaje y el pensamiento étnico, popular o campesino al lenguaje moderno o a un lenguaje neutral, tratando de acercarse a la “verdad popperiana”<sup>29</sup> para hacerlos entendibles a los lectores o para “armonizar” con el sistema médico alopático, es muy frecuente en los consultorios comunitarios en Colombia y en las investigaciones realizadas; ejemplo de ello es la traducción de los padecimientos por diarreas referidos como “entecos de primeriza o difunto” como la clásica enfermedad diarreica aguda por poliparasitismo, o “el serenado” o “alunado” como la esquizofrenia.

Esta lógica —que reduce las diferencias— de las prácticas del cuidado enfermero se asume desconociendo, por ejemplo, que para el pensamiento indígena o campesino andino “la salud no se limita a la ausencia de dolor o enfermedad, sino a la armonía y el equilibrio interno de la persona, la familia, la comunidad, la naturaleza y el cosmos; es decir, una realización integral del ser humano dentro del universo”.<sup>20</sup> Esta concepción sobre la salud está cargada de representaciones sociales referidas a sus estructuras sociales, a las dinámicas comunicativas del grupo y a las interacciones internas y externas que establecen. Por ello, aprender a reconocer las representaciones que las personas o colectivos tienen sobre los padecimientos<sup>7</sup> implica ir más allá de la simple información que se pueda obtener a través de un acto de cuidar y no buscar que *coincidan*.<sup>16, 30</sup> dichas representaciones entre culturas disímiles. La comprensión no ha de buscar traducir linealmente desde nuestra lógica y racionalidad porque sería un acto fagocitario que elimina el sentido de la diversidad cultural en la diferencia, dando paso a una diversidad en consenso que homogeneiza, por las relaciones de poder establecidas. La traducción transcultural que sería contraria a la lineal ha de permitir una traducción-reconstrucción con la otredad de sus significados, de sus representaciones y sus saberes ligados a su cosmovisión. Esta traducción es compleja porque no se trata de parcelar, fragmentar para distinguir, se trata de destejer lo que está tejido en conjunto, articulado conceptualmente. Creo que este aprendizaje nos lo

## CONSENSOS

facilita la investigación cualitativa que será el horizonte para concebir la diversidad-igualdad cuando hablamos de cuidados transculturales.

La producción de conocimientos latinoamericanos está referenciada a través de teorizaciones, reflexiones e investigaciones de tipo descriptivo y exploratorio, abordadas, la gran mayoría, desde la perspectiva cualitativa con enfoques etnográficos, principalmente, y de Investigación Participativa, y otras pocas, desde la perspectiva cuantitativa. Estas últimas tratan de *traducir* para *valorar* y *legitimar* las diferencias, simplificando y reduciendo sus explicaciones al fuero de la representatividad desde la lógica-deductiva de los hechos, asumiendo la objetividad y neutralidad como criterio de verdad independiente de los estados subjetivos de las personas participantes, generando sesgos culturales<sup>4</sup> sin tener en cuenta que los criterios de validez para el saber popular están en criterios de eficiencia, justicia, dicha y belleza sonora y cromática.<sup>20</sup>

En algunos abordajes investigativos se plantea la necesidad de “adaptar” o “fusionar”<sup>5,24</sup> los autocuidados a cuidados profesionales o viceversa –tradicional/moderno– quizá, sin preguntarse en el proceso de la investigación si es posible fusionar una racionalidad inconmensurable, incomparable e intraducible<sup>29</sup> a otra lógica, racional, occidental y comensurable, que reviste los cuidados profesionales. Esta tendencia a controlar, a normalizar, a encauzar, es propia en la formación profesional, y como el paradigma es inconsciente, fácilmente caemos en el error. En esta línea cabe preguntarnos ¿cómo podemos adaptar un ritual de *cuidados terapéuticos* profesionales a una *ceremonia terapéutica* que se practica con frecuencia en la medicina tradicional como: la santería, los rituales con incienso y ramas, la interpretación de cartas y sueños, las visiones, escupir sobre un niño, sacrificio de animales o sobas?, o ¿cómo fusionar el sentido de asepsia al *ritual de limpieza* en el que se utilizan silbidos, sonidos, cánticos, dichos y llamadas a los cerros o buenos espíritus?<sup>20</sup> Rituales de limpieza que se realizan en ríos y lagunas sagradas en ceremonias que marcan el ciclo vital de los indígenas de los Andes, desde el momento del nacimiento, pasando por la iniciación masculina y femenina, y luego el baño que se le hace al jeque cuando termina su formación.

Como para qué *legitimar* los cuidados culturales preventivos que se realizan mediante rituales colectivos orientados a la

protección de las casas por medio de rezos, de riegos con yerbas o el cuerno de buey fijado en cruz atrás de la puerta de entrada a la casa,<sup>28</sup> así como la penca de sábila? o ¿cómo *legitimar* los elementos empleados con más frecuencia en los rituales de cuidados tradicionales, como son: imágenes, incienso, tinturas (bebidas alcohólicas con hierbas), plantas medicinales, velas, música, figuras, incienso, tabaco, piedras, madera, símbolos de la naturaleza, seres divinos, santos, etc,<sup>20</sup> si todos son parte constitutiva del cuidado de la salud y la vida que el pensamiento tradicional ha desarrollado por fuera de la lógica biológica racionalista que encierra los hospitales de la medicina occidental?

**De la diversidad del cuidado cultural articulador.** Los ejemplos anteriores nos indican los conflictos que genera la capacidad de traducir/asimilar para convertir los cuidados tradicionales a la cultura de los cuidados profesionales, y nos ponen en alerta para superarlos, buscando nuevos horizontes para la enfermería transcultural. En la producción de conocimientos se encuentran unos esbozos que pueden estar en el filo de la “diversidad-en-igualdad”,<sup>2</sup> con limitaciones, dificultades y esperanzas. Aquí quiero mostrar los esbozos que se encuentran en la producción de conocimientos y que, me atrevo a pensar, van en esta dirección.

Uno de los conceptos válidos que se pueden leer entre líneas en los trabajos de investigación es que la cultura de los cuidados está ligada al territorio, al espacio, al cosmos y su biodiversidad, como una *unicidad*<sup>31</sup> en la que hombres y mujeres no se consideran entidades autónomas, desarticuladas, así migren de manera interna o externa; es una lógica profunda de relación-articulación. Esta perspectiva es contraria y choca con el mundo de representaciones,<sup>16,30,32</sup> que enfermeros y enfermeras tenemos; nuestra mirada está centrada en la idea de persona, de individuo como una totalidad agregada, como un ser holístico, como esferas, cuya unidad cultural es totalizante, homogénea, sin fisuras ni contradicciones, un ser fácilmente predecible, inferencial, un ser libre para el mercado de la salud (por ello reclamamos tanto su derecho individual a decidir), y nos han hecho sentir distancia ante el colectivo. Los programas que la enfermería maneja en las comunidades tienen este perfil para lograr metas mesurables. Se busca “normalizar”, “disciplinar” –al estilo de Foucault– a la persona y colectivos a través de estas

prácticas hegemónicas de cuidado, que desde la clínica y la enfermería comunitaria reclamamos sin darnos cuenta de las trampas del lenguaje.

En la perspectiva normalizadora encuentro en el lenguaje de las enfermeras y enfermeros que justifican las investigaciones buscando caminos de *reciprocidad cultural* para ofrecer cuidados eficientes, sin darnos cuenta de que este sentido de reciprocidad pide algo a cambio y pone la relación intercultural en un filo muy peligroso, que es poner al otro en dependencia o en condición de vulnerabilidad para el intercambio desigual; por ejemplo, para tener acceso a un cuidado institucional tiene que abandonar o subsumir sus pre-conceptos, creencias, valores y representaciones acerca de la enfermedad. Una mujer u hombre nunca le comenta al médico o la enfermera que antes de consultarle ha visitado a su médico tradicional o ha realizado una serie de cuidados botánicos; y no lo comenta porque sabe que “ellos no creen en eso” y por “miedo al regaño”.<sup>22,28</sup> Diría aquí, parafraseando a Moreno Preciado sobre la descalificación del otro, que la “*mirada sospechosa*” del profesional de la salud señala al diferente como amenaza del orden médico y persigue su exclusión/subordinación.

Las diferencias culturales de los cuidados se hacen presentes y crean tensiones cotidianamente, a pesar del deseo y esfuerzo de investigadores por corroborar o afirmar una *universalidad cultural* de los cuidados,<sup>33</sup> y lo hacen a partir de investigaciones comparativas en contextos diferentes acerca del rol de la mujer cuidadora y no sobre la diversidad de cuidados culturales ofrecidos por estas mujeres. Lo universal podría ser el rol de mujer cuidadora, pero los cuidados culturales basados-en-lugar que realizan estas mujeres serían *pluriversales*, pues varían con la biodiversidad, con el territorio, con sus representaciones e imaginarios, con sus relaciones sociales, con sus cosmovisiones y demás. Esa afirmación universalista surge de “las semejanzas culturales”<sup>33</sup> con una interpretación de consenso homogeneizante que puede resultar forzada y no puede ser la táctica de las historias locales en salud contadas por la cultura profesional. Es necesario aprovechar esta oportunidad paradigmática para develar narrativas que la modernidad ocultó, para potenciar la rica diversidad de cuidados que configuren una plataforma de *pluriversalidad* a partir de saberes y prácticas locales que pueden ser expandidas globalmente como en este tipo

de eventos.

La diversidad de los cuidados expresa su complejidad, en ocasiones por sus mezclas o hibridaciones, por ejemplo, mientras unas mujeres usan la ruda de castilla para *el mal de madre*, otras usan la manzanilla matricaria, o ponen sobre el abdomen, en forma de cataplasma yerbas medicinales cálidas, vino Sansón, galletas y un zuro recién abierto por el abdomen, para recibir el calor y la energía de éste. Las interpretaciones de las causas del *mal de madre* también varían, para unas es “a causa de que la matriz se aloca por la pérdida del hijo y entón empieza a buscarlo y trata de salir por donde pueda”, para otras es “porque recibió mucho frío después del parto”, o “porque comió alimentos fríos sin bendición después del parto”.<sup>34</sup>

Estos cuidados populares son expresiones culturales arraigadas en la conciencia y ejercidas en la cotidianidad del mundo de lo privado, del mundo de lo doméstico en el que se re-crean las múltiples formas de relación humana, de relación con la naturaleza, de relación con el cosmos, de relación con las religiones, con sus imaginarios, mitos y leyendas que explican y comprenden los procesos de salud-enfermedad.

En el enfrentamiento de las enfermedades en la cultura popular está primero Dios o la “santísima madre”, después las yerbas y por último los remedios de farmacia.<sup>35</sup> Igual proceso ocurre cuando la enfermedad es discapacitante y tiene que enfrentar la cultura hospitalaria rígida, hostil, adversa y nada acogedora por sus relaciones frías. Las personas perciben la pérdida de control sobre su cuerpo, no entienden el lenguaje técnico que se utiliza, su rol social deja de tener reconocimiento y se convierten en seres anónimos o cosificados que representan un número de historia, que para ellas nada significa.<sup>6,36</sup> Es evidente por qué es tan acogedora su propia morada cultural y tan adversa la otra, aquí los estilos de vida y el mundo de las relaciones desafía comprender las diferencias para ser capaces de reconocernos como iguales a través de los valores y necesidades existenciales y axiológicas y diferenciarnos en los satisfactores de ellas.<sup>37</sup>

Los satisfactores para las necesidades humanas corresponden al ámbito de la cultura-en-lugar, ejemplo de ello es la investigación de Lorenzo Juárez,<sup>32</sup> que pone en evidencia los conflictos que acarrea la mencionada traducción-lineal, al señalar que los programas de alimentos para combatir la desnutrición infantil centrados en lo biológico del padecimiento no

son asimilados por la cultura indígena y popular, cargada de complejidad en sus representaciones sobre los problemas de salud y la vida. Dialogar interculturalmente reconociendo la diversidad-en-igualdad genera problemas superables porque todo proceso de comprensión está ligado a la interpretación y ésta basa su relación en un medio como el lenguaje y en un modo dialogante para entrar en conversación y encontrar el sentido de la experiencia de la *otredad*. Situación contraria ocurre cuando se busca asimilar para convertir las diferencias culturales en el cuidado.

Reconocer la autonomía de las comunidades en su poder sobre el autocuidado y cuidados propios es reconocer la pluralidad de éstos, basados-en-lugar, en una región o territorio, no sólo geográfico, sino también corporal, mental, simbólico, histórico; sólo de esta forma se puede reconocer el carácter multicultural de los cuidados, sin pretensiones de asimilar para controlar mediante un conjunto de normas que la cultura profesional asume como “naturales” y universales” y en el que predomine la justicia y la igualdad entre los diversos cuidados culturales.

### Conclusiones

El auge que han tenido la investigación y la teorización sobre los cuidados culturales, a finales del siglo XX y comienzos del XXI, no se da por el surgimiento y la divulgación de la teoría de Leininger, que fue un indicio, una premonición para la enfermería comunitaria, sino por el crecimiento de la pobreza, que margina y excluye, por la creciente migración y los desplazamientos *glocales*, por la exclusión de saberes tradicionales y populares y por la ineficiencia de los sistemas de salud.

La categoría de cuidados culturales no sólo se evidencia en los trabajos que tienen que ver con grupos étnicos, marginales o diferentes a la cultura dominante, sino que quiere cobrar vida en la cotidianidad del ejercicio profesional (clínico, gerencial, comunitario, investigativo) y ser transversal en todo el proceso de formación profesional. Dicha categoría tiene que seguir sometida a debate, pues aún vive con fuerza la concepción fragmentadora que otorga el concepto de “factores”, como si la cultura fuera un agregado, una sumatoria de “factores condicionantes” que luego puedo descomponer en sus partes para analizarla. Se ha necesitado transitar otro tiempo más para confrontar con conciencia clara ese tránsito paradigmático entre ese ser frag-

mentado y agregado a un ser articulado y complementario, falta mucho pero ya se ven indicios.

Si reclamamos como un deber ético defender el derecho a la diferencia-en-igualdad de la diversidad de cuidados culturales hay que ir más allá de lo común; hay diferencias que no se pueden negociar entre las culturas del cuidado, pero otras quizá se pueden acercar; entonces hablaremos de ir ganando dominio cultural para resignificar las relaciones *glocales* entre cuidados tradicionales y cuidados modernos para una coexistencia de respeto y complementariedad a través del sentido de *pluriversalidad*, que vayan más allá de la simple relación coyuntural de encuentros investigativos a una relación-articulación de transformación.

Estamos viviendo y sintiendo intelectualmente ese complejo *desplazamiento paradigmático* con el auge de la investigación cualitativa, al interesarse por explorar la experiencia humana, los saberes tradicionales *glocales* y los mundos subjetivos de las personas y colectivos en el marco de la diversidad cultural; con el reconocimiento *glocal* de la teoría de la “Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural”, al promover cuidados transculturales no sólo como beneficio para la calidad de la salud, sino para la paz del mundo; con el reconocimiento a la diversidad cultural planetaria; con el deseo de que los cuidados transculturales sean una categoría transversal a todo tipo de cuidados a personas y colectivos humanos, y con el auge de los movimientos sociales —como el Foro Social Mundial, los indigenistas, los antiglobalización, entre muchos otros—. Son aún pequeños resplandores *glocales* de esa dinámica de resistencia *pluriversal* de la diversidad cultural que está por construir ante la ciencia de la salud hegemónica y universalista.

El compromiso ético y social es grande para iniciar o continuar participando en la movilidad paradigmática, porque nos implica un mayor compromiso con la calidad de las interacciones que establecemos en la enfermería comunitaria y los abordajes metodológicos con el fin de mejorar las interpretaciones-comprensiones en doble vía: traducción-reconstrucción del mundo simbólico, cognitivo, afectivo de los sujetos y grupos que intervienen en los cuidados transculturales. Pasar de una traducción-lineal a una traducción-transcultural.

Es pertinente reconocer las diferencias organizativas, institucionales y culturales entre la diversidad de los cuidados *gloca-*

## CONSENSOS

les; procurar respeto recíproco por la autonomía de las culturas que se encuentran en los actos de cuidado; identificar con claridad lo que deseamos complementar y articular en los actos de cuidado en lo institucional y formativo; lograr una apertura profesional, institucional y de formación a transformaciones recíprocas en los cuidados como resultado de la relación-articulación complementaria; forjar modelos y teorías *glocales* que posibiliten una mejor traducción-comprensión de la diversidad cultural de los cuidados.

Esta motivación por la investigación cualitativa en el campo de la diversidad cultural de cuidados ha de ser un tejido que permita reconstruirnos como seres de indagación para la transformación, seres menos enciclopédicos, más cercanos a las angustias de la humanidad y más comunicativos en el discurso, para que las semillas de indagación no se pierdan como diásporas en el desierto. Para que la indagación sosegada con actitud filosófica se convierta en acciones locales que hablen de la diversidad-en-lugar de los cuidados desde la práctica transformadora y no desde la mera descripción de los cuidados culturales.

Y por último, la diversidad cultural nos enseña desde la investigación que ante la profunda adversidad planetaria, por fortuna, aún perviven las raíces humanas del *ethos del cuidado*; se cuida con amor, con paciencia, con mística, como lo hacen nuestras mujeres y hombres indígenas y campesinos que cuidan el Cuidado como siembran la tierra, para que broten los múltiples colores que tapizan montañas y llanuras de nuestras cordilleras andinas. *Ethos del cuidado* que nos sirve de horizonte a la enfermería transcultural porque, como dice Leonardo de Boff, "el cuidado es esa condición previa que permite la eclosión de la inteligencia y de la amorosidad".<sup>38</sup>

## Bibliografía

- Oriá MOB, Ximenes LB, Alves MDS. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. Online Braz J Nurs [online] 2005 August; 4(2) Disponible en: [www.uff.br/nepae/objn402\\_oriaeta1.htm](http://www.uff.br/nepae/objn402_oriaeta1.htm). [Consultado el 11 de julio 2007].
- Escobar, Arturo. Más allá del tercer mundo. Globalización y diferencia. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2005.
- Lipson, Juliene G. Cultura y cuidados de enfermería. Index Enferm, 2000; 28-29:19-25.
- Lillo Crespo M, Vizcaya Moreno F, Domínguez Santamaría JM, Galao Malo R. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. Index Enferm. [edición digital] 2004; 44-45. Disponible en [http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44\\_articulo\\_47-50.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_47-50.php) [consultado el 11 de julio 2007].
- Cano-Caballero Gálvez, María Dolores; Martínez Pozo, María; Lazuen Alcón, María Angustias; Urbano García, Guillermina. Alimentación y diversidad cultural. Diseño de un estudio de investigación-participación en el hospital. Evidentia 2007 ene-feb. 4 (13). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/3051articulo.php> [consultado el 14 de junio 2007].
- Moreno Preciado, Manuel. Del Cuidado de la Diversidad a la Diversidad del Cuidado. Index de Enfermería 2006; 55: 7-8.
- Amezcuca, Manuel. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. Cultura de los Cuidados. 2000, enero-dic, año IV (7-8): 60-67.
- Escuredo Rodríguez, Bibiana; Casanovas Calvet, Isabel; Esteve Reig, Julia. La formación enfermera ante la multiculturalidad en la Escuela de Enfermería de Sant Pau. Index Enferm, 2003; 43: 88-92.
- Ibarra Mendoza, Teresa Ximena; Siles González, José. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Index Enferm 2006; 55: 44-48.
- Lipson, Juliene G. Temas culturales en el cuidado de enfermería. [Trad. Liria Pérez P.]. Inv. Educ. Enferm. -Col- 2002 mar XX(1):56-79.
- Campinha-Bacote, Josepha. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. Journal of Transcultural Nursing, July 2002 13(3), 181-184.
- Santos, Boaventura de Sousa. Entrevista realizada por el equipo periodístico Unimedios de la Universidad Nacional de Colombia. Publicada por UNPeriodico, marzo de 2003. Disponible en <http://www.comunit.com/la/entrevistas/la/entrevistas-23.html> [consultado el 27 noviembre de 2005].
- Rodríguez Perales, Rosa María; Arribas Marín, Juan Manuel; Gantes Soto, José Carlos. Cuatro siglos de cuidados transculturales. Cultura de los Cuidados 2004; 16. Disponible en [http://www.index-f.com/cultura/16revista/16\\_articulo\\_20-26.php](http://www.index-f.com/cultura/16revista/16_articulo_20-26.php) [consultado el 19 marzo de 2007].
- Vásquez, Marta Lucía. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. Inves. Educ. Enferm. 2006; 24(2): 136-142.
- Budo, María de Lourdes Denardin; Saupe, Rosita. Modos de cuidar en comunidades rurales: la cultura orientando el cuidado de enfermería. Texto & Contexto Enferm. 2005 abr-jun 14(2):177-185.
- Torres López, Teresa Margarita. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. Revista Universidad de Guadalajara. Dossier Ciencias sociales y ciencias de la salud, primavera 2002; 23. Disponible en <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/contenido23.html> [consultado el 10-07-2007]
- Alarcón Muñoz, Ana María. Enfermería intercultural: un desafío en la nueva sociedad. Horizonte Enferm. -Chile- 2000, 12(1): 39-45.
- Romero, María Nubia; Rodríguez, María Cecilia, Medicina tradicional en el área urbana de Tunja. Perspectiva. Proceso Salud-Enfermedad, 1988,5(1): 11-25.
- López, Lucero. Modelo cultural para personas ancianas en situaciones de pobreza. Memorias Congreso Cuadrilateral del CIE. Taipei, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud: Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base. D.C. Informe Técnico del Proyecto Financiado por: Oficina de Medicina Alternativa, Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de América. Washington: Noviembre de 1999.
- Ortega-López, Rosa Margarita. Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería a usuarios de salud y curandero". Cultura de los cuidados, I semestre, 2006, X (19): 62-72.
- Ávila Pinto, Carolina; Daza, Sandra; Dary Mejía, Luz; Velásquez, Vilma; y López, Alba Lucero. Las hierbas medicinales: un aporte para nutrir la enfermería transcultural colombiana. Ponencia presentada en el Seminario sobre gestión y teorías de enfermería: un reto para afrontar las demandas actuales y futuras del cuidado. Bogotá, marzo 15 y 16 de 2007. [Documento aportado por las autoras].
- Duarte-Gómez MB, Brachet-Márquez V, Campos-Navarro R, Nigenda G. Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Pública Mex., 2004; 46: 388-398.
- Lane Pinsón, Ana. Enfermería y diversidad cultural, una mirada desde las Américas. Index de Enfermería, 2003 invierno, año XII (43): 40-44.
- Denardin Budo, María de Lourdes; Saupe, Rosita. Modos de cuidar en comunidades rurales. Texto & Contexto Enferm, 2005, abril-junio 14(2): 177-185.
- Feijoo Cid, María; Barrio Guirado, Angels. Análisis de la interculturalidad en el itinerario terapéutico de mujeres con VIH embarazadas. Index de Enfermería 2003; 42. Disponible en [http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42\\_articulo\\_85-92.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_85-92.php) [consultado el 14 de junio de 2007].
- Komura Hoga, Luiza Akiko. Preservando la tradición: La asistencia obstétrica en una casa de parto de Osaka - Japón. Index Enferm, 2003; 43:88-92.
- Kreutzl, Irene; Munhoz Gaiva I, María Aparecida; Azevedo, Rosemeiry Capriata de Souza. Determinantes socio-culturais e históricos das práticas Populares de prevenção e cura de doenças de um grupo Cultural. Texto & Contexto Enferm 2006, enero-marzo, 15 (1): 88-97.
- López Arnal, Salvador. Entrevista con Antoni Beltrán sobre la estructura de las revoluciones científicas. El Viejo Topo. Disponible en [www.rebelion.org](http://www.rebelion.org) [consultada el 22-2-07].
- Hueso Montoro C. El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social. Index Enferm. 2006; 55. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/6396.php> [Consultado el 19-3-07].
- Morin, Edgar. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional, Icfes, Unesco, 2000.
- Mariano Juárez, Lorenzo. La prevención de la desnutrición en el oriente de Guatemala. Nuevos cuidados, mismas representaciones. Index de Enfermería 2006; 55: 22-25.
- Pezo Silva, María Concepción; Praça, Neide de Souza; Costa Stefanelli, Maguida. La mujer responsable de la salud de la familia: Un abordaje sobre la universalidad cultural del cuidado. Index Enferm, 2003; 43: 88-92.
- Romero, María Nubia. La mujer en la magia de los cuidados resilientes. I Seminario internacional sobre el cuidado cultural de la salud: Perspectivas y retos sobre el cuidado cultural de la salud, Bogotá: 20-21.11.2006.
- Komura Hoga, Luiza Akiko. Cuidados domiciliarios en el proceso salud-enfermedad en una comunidad brasileña de clase baja y la interfase con el sistema de salud. Index Enferm, 2003; 43: 88-92.
- López, Lucero. Palabras de inauguración. I Seminario Internacional de Cuidado Cultural. Bogotá, noviembre 19 de 2006.
- Max-Neef, Manfred; Elizalde, Antonio; Hopenhayn, Martín. Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro. CEPALUR Fundación Dag Hammarskjöld. Proyecto 20 editores, reimpresión, Medellín, Colombia, 1997.
- Boff, Leonardo de. El ethos que cuida. Columna semanal de Leonardo de Boff. 2003-07-26 Disponible en [www.servicioskoinonia.org/boff](http://www.servicioskoinonia.org/boff) [Consultado el 19 noviembre de 2004].

# Cultural diversity is not simply about diversity within recipients of care but also concerns the diversity of care givers

Gina Marie Awoko HIGGINBOTTOM

Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton, Canada

Email: gina.higginbottom@ualberta.ca

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero, has provided with us with an erudite, considered and thoughtful paper which extends our understanding of the concepts of cultural diversity, nursing care and the contemporary evidence base, specifically she draws upon research evidence and scholarly works from North, South America and Europe.

The purpose of the discussant role, as I understand it is twofold. Firstly, to summarize the given paper and secondly to provide additional perspectives on the phenomena in this case research, nursing care and cultural diversity. My paper will therefore consist of the two aforementioned parts.

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero, begins by outlining the parameters of her paper and indentifying the key constituents which have led to an increased focus on culture, research and nursing practice, She delineates these as being primarily global poverty as the major precursor to global migration, the exclusion of traditional and popular wisdom in health care which I perceive to mean the dominance and primacy of Western biomedical perspectives. Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero, highlights the economic burden of contemporary systems of health care and the dogmatism of modern science as contributing to the current and increasing focus on cultural diversity, research and nursing practice through dissatisfaction with the 'status quo'. Central to Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero's thesis are the research and theories postulated by Dr Madeline Leininger.<sup>1-3</sup> Dr Leininger is regarded by many as the architectress and founder of transcultural nursing practice, a point I will revisit later in this presentation. However, first let us consider the accomplishments of Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero's paper.

## What is the underpinning empirical methodology?

The empirical methodology that Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero utilizes in this paper is that of

a critical literature review an accepted and valid methodology, this is distinct from a systematic literature review that adopts a transparent methodology and includes specified steps, articulation of the search strategy parameters of the review and evidence to enable replicability of the review. The methodology adopted in Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero's paper means demands that both national literature and international literature are included in the review. In this review Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero, has drawn upon the European, North and South American literature and the scope of the review extends from 1988-2007.

## Which data are used?

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero's data is drawn from an extensive review of nursing research evidence, and draws upon the literature of a multidisciplinary origin including sociological, pedagogical, socio-economic, socio-cultural and socio-environmental domains and others.

The goal of the paper is to address the question posed in the presentation title.

## What are the facets of the exposition?

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero articulates clearly the impact of globalization on nursing practice and the provision of care for others from different cultural groups. She emphasizes how the dominant model of nursing practice has a Euro-American epistemology and ontology and argues that this is manifested in areas of professional nursing practice and is most clearly evident in our professional and academic journals both national and international. She cites the use of English in publication as an exemplar of this manifestation. She has elicited this in the extensive review she has undertaken for the presentation of her paper today.

From this standpoint, Dr. M<sup>a</sup> Nubia

Romero argues that all other cultural and ethnic groups are regarded in sociological terms as the 'other' as the Euro-American model adopted in the exploration is regarded as the norm and all others are deviant from this norm.

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero argues that dissatisfaction with this has served as a catalyst for the development of models such as Leininger's Culture Care Diversity Model<sup>2</sup> which influences many contemporary models of nursing this includes research and pedagogical dimensions and a desire to ensure cognizance of multiculturalism in all these domains of nursing practice. However, it is important to note that 'otherness can be framed in both terms of the care giver and care recipient' I will revisit this concept later in my presentation.

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero particularly highlights the negative influence of 'imperial globalization' and the resultant state control and objectification of patients, clients and their families as increasing commercialization of health care provision the application of the principles of the market economy, result in this objectification of the human condition. This she states creates further fissures between professional and lay perspectives and the lack of acceptance of traditional or popular forms health care wisdom. However, Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero asserts that as a profession we as nurses have attempted to draw attention these exclusions.

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero postulates that the concept of transcultural nursing practice challenges the aforementioned dominance and attempts to foster social justice in health care, by seeking to recognize and address in an equitable manner the issue of 'otherness'. The aim of transcultural nursing practice in Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero's analysis is to achieve cultural competence in nursing practice. In her thesis, Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero introduces us to the terms 'glocality', and 'pluriverse' which within a post-modern context refers to the existence and acknowledgement of multiple and diverse social realities: socio-cultural, socio-political, socio-economic and socio-environmental configurations. Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero asserts that all the papers reviewed for today's presentation contained a manifestation of 'pluriverse'. Whilst this concept is an element of the papers reviewed she is keen to point out the heterogeneous nature of the papers.

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero goes to draw largely on the North American literature in the work of Juliet Lipson<sup>4</sup> and Josephina Campina-Bacote<sup>5</sup> to explore how academic nurses have researched and attempted to address the health care and nursing needs of population groups who are largely excluded or marginalized in terms of their social status and roles



## CONSENSOS

within American society. She goes on to explore in some detail the dimensions of the precepts and axioms of the models postulated by Lipson,<sup>4</sup> Camphina-Bacote.<sup>5</sup> Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero claims that these North American theorists (correctly in my opinion) have further developed and enhanced the seminal work of Leininger. However, she questions the direct application of these models to the Latin American context without further critique or indeed in my view to any other global context. How do we know such models are transferable? Not all have been empirically tested. Community nursing and health care in general is configured by complex historical antecedents and a myriad of social, economic, political and cultural factors which may be unique to the nation state.

### What does Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero conclude?

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero concludes that an increased focus on cultural diversity and nursing care within research and theory was not preempted by the work of Leininger<sup>1-3,6,7</sup> but because of the underlying elements of poverty, marginalization and denigration of traditional and popular wisdom, global displacements and the inefficiency of health services. This has resulted in a coalescing of a multiplicity of factors that has precipitated a paradigm shift in relation to cultural diversity, nursing care and research.

I would like to commend Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero for attaining in her thesis a degree of precision and a depth of critical analysis which is difficult to achieve. She challenges, in her thesis our presuppositions with the breadth and depth of her review, which demands a reconsideration of our current understandings of the phenomena. The intellectual integrity of her paper is axiomatic. The synthesis of her source materials is extraordinary, resulting in an outstanding level of abstraction that challenges our thinking.

### Discussant response

As we move into the 21st century it is worth considering the fact that global migration now characterizes life in many nation states. It is highly likely that this phenomenon will not diminish but expand as we move further into the 21<sup>st</sup> century. This movement and relocation of populations is driven by a complex range of factors, many of which are as Dr Romero states economic arising from poverty and the lack of economic resources this is exemplified in the relocation of my own ancestors from Ireland during the late 18th century to England as a result of famine and the potato blight. But there are addi-

tional motivating factors that preempt relocation which Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero does not mention such as the transgression of human rights resulting in substantial populations globally who are refugees or asylum seekers seeking refuge in nation states which are viewed as providing a 'safe haven' under the auspices of the Geneva Convention.<sup>8</sup> This is exemplified in the plight of the Somali population (and many others).<sup>9</sup> These populations often have complex and challenging physical and psychological health care needs. At the other end of the continuum in terms of individual autonomy and desire for relocation, we have the academic brain drain which most notably witnesses the movement of usually some of the most skilled and highly qualified individuals often between developed countries although not exclusively for example the recruitment of nurses<sup>10</sup> continues to occur from developing countries to work in developed countries in order to address workforce shortages and labor market deficits. In a Marxist analysis<sup>11</sup> relocations of this nature may be regarded as an available yet disposable nursing workforce as often entry visas are permitted for limited periods and these nurses may be required to work in less popular areas of practice. Never the less, these highly skilled populations also contribute to cultural diversity within nation states. As a recent immigrant to Canada from the United Kingdom (UK), I exemplify the latter.

Additionally, some of the movements of populations as alluded to by Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero are the legacy of the historical antecedents of a colonial history and the domination, oppression and subjugation of one population group by another, most but not all European nation states share this colonial history and the resultant diverse population profiles.<sup>12</sup> Whilst colonialization is referred to by Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero within the context of suppression of traditional knowledge and wisdom, no linkage in made her thesis regarding the movement of populations. Again my own personal family history manifests this phenomena as in 1955 my father was invited by the British government to migrant from his birth country in West Africa, Ghana a former colony, to seek employment in Britain.

### What do we mean by cultural diversity?

Implicit within Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero's paper is the acceptance of the term cultural

diversity as universal concept with a shared global meaning; but this may not be the case. What exactly does cultural diversity mean? And how can we establish a conceptual definition? Is the term simply a conflation of the terms culture and diversity or does the term hold an inimitable and unambiguous meaning? Defining culture is fraught with complexities and difficulties, the term has been and continues to be contested, is then self-evident that the term cultural diversity is contested. Yet, if we fail to undertake a full conceptual analysis, confusion and misunderstanding can ensue.

Does the term having the same meaning in all geographical locations? In other words is this term transferable to all nursing contexts globally, or are understandings of cultural diversity contextual and situational, if so what are the determining factors and how do they differ from those which exist within and between nation states.

What of the temporal dimensions? Have the semantic understandings remained constant throughout time or are understandings of the cultural diversity within the nursing context evolving and changing over time. These are questions that require further reflection and analysis.

The office of the United Nations High Commissioner for Human Rights<sup>13</sup> have articulated a Universal Declaration on Cultural Diversity <http://www.ohchr.org/english/law/diversity.htm>. They state in Article 1 that:-

"Cultural diversity: the common heritage of humanity

*Culture takes diverse forms across time and space. This diversity is embodied in the uniqueness and plurality of the identities of the groups and societies making up humankind. As a source of exchange, innovation and creativity, cultural diversity is as necessary for humankind as biodiversity is for nature. In this sense, it is the common heritage of humanity"*

This statement highlights the dynamic nature of cultural diversity and the taken for granted assumptions when we become immersed in a specific cultural context. The temporal dimensions mean what that what our nursing foremother's outstanding figures such as Mary Seacole<sup>14</sup> and Florence Nightingale (incidentally both of whom nursed in cultural contexts other than their birth countries) perceived to be a culturally diverse society is very different in the 21<sup>st</sup> Century. The care of individuals, groups and societies is at the heart of community nursing practice, this is an

## CONSENSOS

irrefutable concept regardless of the nation state in which community nursing is practiced. In this sense it is incumbent upon us to be concerned for and be cognizant of the cultural diversity within our own profession and client groups. It is clear that cultural diversity within nursing practice is set to increase rather than decrease in many nation states this is not simply a case of increasing cultural diversity within our client groups. Shortfalls in the nursing labor market are addressed via the recruitment of nurses from developing countries.<sup>9</sup> Whilst the British National Health Service (NHS) for example has established an 'Ethical Clause'<sup>13</sup> that prevents the direct recruitment from developing countries we know that the number of nurses from countries outside the UK is increasing.

The Royal College of Nurses (RCN) in the UK state that in the "early to mid 1990s about one in ten of the annual new entrants to the UK nursing register were from non-UK sources."<sup>14</sup> By 2000/2001 this had risen to almost four in ten of total initial registrations, and in then 2001/2002 for the first time ever there were more overseas additions to the register than there were UK registrants. This means that one in 12 nurses in England has come from abroad, with the figure for London rising to one in four, around 28%.<sup>15</sup> It is therefore clear that cultural diversity in nursing is not simply a question of providing care for clients, patients and families; we need to acknowledge, take account of and respond in a positive way to diversity within our profession.

However, global cultural diversity is not a 21<sup>st</sup> century phenomenon. Consider the Roman Empire which dominated Eastern, Western Europe and North Africa circa 5<sup>th</sup> century.<sup>16</sup> All citizens of the Empire were considered Romans, so considerable cultural diversity existed. Some of you may be surprised to learn that *Lucius Septimius Severus* was the first emperor to be born in Africa and rule Britain and other parts of Europe, 193 to 211. His first wife *Paccia Marciana* is described in the literature as an African woman of Roman origin. This level of cultural diversity has existed throughout history. The Ottoman Empire (1299 to 1922)<sup>17</sup> was also a multi-ethnic and multi-religious Turkish-ruled state which, at the height of its power (16<sup>th</sup> – 17<sup>th</sup> centuries), spanned three continents. The empire was at the centre of interactions between the Eastern and Western worlds for six centuries. What is clear from a historical perspective is that the dynamics

of cultural diversity, power, domination and subjugation of people are inextricable.

So cultural diversity it seems it is characteristic of human existence: but what does it mean? Does the term refer to the population groups for whom we care for? or does it refer to the diversity of the nursing workforce or both.

### Responses to cultural diversity and community nursing practice

Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero has drawn upon in her paper on the perspectives offered by Madeleine Leininger<sup>1-3,18</sup> Leininger was in the vanguard of a movement that viewed the focus on the provision of care for various cultural groups within society as imperative. Leininger was originally an anthropologist before training as a nurse and she studied with Margaret Mead one of the outstanding anthropologists of the 20<sup>th</sup> century. Whilst it is clear that Leininger made a fundamental and seminal contribution to the field of transcultural nursing care, her work in recent decades has been heavily critiqued and the contemporary relevance questioned, her work has been contested over past decades by various authors such as Bruni<sup>19</sup> in 1988, Swendson & Windsor<sup>20</sup> in 1996 and others.

In 2000, I attended Dr Leininger's Postmasters Program in Transcultural Nursing Care at the University of Omaha, Nebraska and experienced facilitation of the program by the theorist herself in order to make my own evaluations. It is true to say that many aspects of the model are promoted for application in a mechanistic fashion. Leininger's model was conceptualized in 1978; but we must evaluate the model in relation to the evolution of academic nursing and the social, economic and political context of the day. In 1978, very few nurses studied at doctoral level or were engaged in empirical research. Leininger's work was innovative. However, 30 years later perhaps Leininger's model has less contemporary relevance and more relevant models have emerged which not only take account of important cultural dimensions, but are cognizant of the prevailing ideologies in society such as racism and the very real power dimensions between various population groups in pluralistic societies. We know from the work of Krieger<sup>21-24</sup> in the US, that racism damages health.

The concept of transcultural nursing has been criticized by Serrant-Green (2001)<sup>25</sup>, Cooney<sup>26</sup> (1994) and others. Serrant-Green in particular challenges the

fundamental precepts of transcultural nursing, in that she suggests that the concept assumes that the care giver is of white European or North American origin in other words a member of the dominant group in the given society and that the recipient is a non white, non-English speaking patient of ethnic minority origin. We know that, for example in the UK black and ethnic minority nurses are over represented in the nursing profession as whole and this profile will continue to increase as shortfalls in the nursing labor market continue. However, Dr Romero did in her presentation indicate how others had enhanced Leininger's seminal work mentioning the work of theorists such as Josephina Camphina Bacote,<sup>27</sup> and others including Giger & Davidhizar,<sup>28</sup> Purnell,<sup>29</sup> and Papadopoulos.<sup>30</sup>

Whilst the scholarship and expert knowledge in Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero's paper is self evident, she does however draw heavily upon the North and South American literature and research evidence from Europe. My major criticism would be that she has neglected to include research from the antipodean region. There exists a considerable body of nursing research evidence that has emanated particularly from New Zealand which further expands our understanding of cultural diversity, nursing care and research specifically the notion of 'cultural safety' within the context of nursing care. It is a deficit of Dr. M<sup>a</sup> Nubia Romero's thesis, that these perspectives are not included, as she herself emphasizes herself the dominance of Euro-American perspectives on transcultural care.

Irihapeti Ramsden was a leading nurse in New Zealand of Maori origin she conceptualized the notion of 'cultural safety'.<sup>31-34</sup> I was fortunate to attend in 2001 the Transcultural Nursing Conference in the Gold Coast Australia where both Irihapeti and Madeleine Leininger gave keynote addresses and it was absolutely evident that divergences between the two theorists approaches existed and that the Culture, Care, Universality theory developed by Leininger was considered to be culturally inappropriate and unsafe for Maori people.<sup>34</sup>

-Cultural Safety is an educational framework for the analysis of the power relationships between health professionals and those they serve.

-The concept challenges specifically the historical, social and political processes on Maori health inequalities<sup>36</sup>.

## CONSENSOS

-Cultural Safety has been part of the New Zealand core nursing and midwifery curriculum since 1994.

-A culturally safe education involves nurses becoming aware of themselves as bearers of culture.

-Awareness of historical power relations, social and political processes.

These latter points are most significant and I am not sure that application of Leininger's model of Culture, Care, Diversity with an emphasis on culture rather than the broader socio-political dimensions that impact upon clients, patients, families and communities lives enables these issues to be taken account of. Yet, these are the very issues that shape and define the health experience in a very profound way. The introduction of cultural safety into the nursing curriculum in New Zealand<sup>34</sup> was met by unconstructive and sometimes vicious press coverage. Ramsden's ideas were threatening and challenging to many within dominant European community – The Pakeha in New Zealand.

My own research has focused much more on the notion of ethnic identity and health inequities,<sup>37-40</sup> culture being an important dimension of the multiple complex social identities we hold. The intersection of social class (or poverty) and ethnicity is crucial in determining the health status of population groups. Recent research in the UK by Nazroo & Karlsen<sup>41</sup> has indicated that perhaps all ethnic inequalities that exist in the UK can in fact be explained by social class differences, which may provide some insight into why a focus on culture alone cannot be entirely useful.

Ethnicity as a concept that is different from the concept of 'race' has risen to prominence in health related research, literature, health, and social care service provision.<sup>42</sup> However, it is worthy of note that this increased focus is characterized by a lack of consistency and terminology.<sup>43,44</sup> The concept of ethnicity moves beyond perceptions of 'phenotype' into a complex coalition of the sharing of culture, values, traditions and perceptions of belonging that interface with every aspect of the lived human experience.<sup>40</sup> This is distinct from nationality or old understandings of the concept of 'race' and is not necessarily related to geographical locations or national state boundaries.

Ethnicity is therefore defined by a shared understanding and identity in a specific context or environment including culture. This internal definition of ethnicity is of course mediated by the external defi-

nition of the wider socio-structural processes in terms of health experience. Although we all have the right to self-determination, the external definition is more powerful in determining the health experience and consequentiality is more profound in terms of life experience.<sup>44,45</sup> Which is precisely why as community nurses and researchers we need insight and understandings of these complex social phenomena?

Complex sociological theories over past decades have attempted to critique, analyze and explain social relations between groups of individuals, the influence of societal structures and the relationship of 'race' (I have elected to use quotation marks around the term 'race' to signify the contested nature of the term), ethnicity and culture to wider societal structures.<sup>42-45</sup> In some instances this has also included revisiting original and seminal perspectives in order to provide new and contemporary insights.<sup>46-49</sup> The significant point being that sociological perspectives offer a perspective, explanation or critique, not necessarily a definitive answer on issues of 'race' and ethnicity.

However, as we move further into the 21<sup>st</sup> century with increasing movements of populations, many of us hold multiple cultural and ethnic identities; we cannot claim to hold a single ethnic or cultural identity, as our ancestries are complex. The key question is how as community nurses and researchers we acknowledge and respond to this increasing complexity.

Modood<sup>50</sup> et al has highlighted the notion of 'fused ethnicities' as a consequence of colonialism, immigration, movement of populations, fusing of cultures. His work within the UK context explains how fusion of this nature is exemplified in the exposure and influence of the 'British' ways of life, and institutions in many countries over several hundred years, especially within the Indian sub-continent. In this sense individuals and communities did not need necessarily migrate to experience this exposure, but are already familiar with the cultures of their colonizers. Additionally, there are those who create new identities and ethnicities for themselves, refusing to accept old orders and understanding.

The sociological and theoretical debates in this domain focus on the concepts of cultural essentialism, hybridity and diaspora.<sup>51,52</sup> The difficulty with these terms is again the lack of a shared definition.<sup>53</sup> For example, the term 'diaspora' has been used by Gilroy<sup>54</sup> and Hall<sup>55</sup> with variations in

meaning. Similarly the term 'hybridity' is a contested term.<sup>53</sup> The similarity between cultural essentialism, hybridity and diaspora is that rather than structural issues being a central concern as in antiracism, they focus on culture and identity. Diaspora is associated with the concept of transnationality<sup>54</sup> the migration and relocation geographically to countries other than the birth country. Therefore the concept would appear to have not only historical relevance to those populations that have migrated but also a contemporary relevance in relation to refugees and asylum seekers.

The original Greek meaning of diaspora is the spreading of seeds across territories, the implication that these seeds (people) will form new roots in the new environment. In this sense the term 'diaspora' embraces a past history in the sense of where people have come from and the influence of the new location. Whilst the seeds have spread, they can only become mature if the environment is conducive to their development.<sup>52</sup> Anthias & Lloyd<sup>53</sup> claim the notion of diaspora also has considerable influence on those who already occupy the environment and must influence the host population in some way. Therefore, the culture and identity of the host community is influenced by the migrant communities; good examples of this exist in the UK in terms of the influence various ethnic groups have on diet and other elements of popular culture such as music.

In 1946, William Gilbert presented the first comprehensive survey of groups in the United States (US) with multiple ethnic and cultural backgrounds. He estimated that there were at least 50,000 persons who were from complex ethnic and cultural backgrounds of European, African and Aboriginal ethnic origin.<sup>56</sup> Gilbert listed ten major groups with multiple ethnic and cultural heritage several related groups. Again, this is not a new phenomenon we that is people of multiple ethnic and cultural heritages have existed for many centuries, though we are often denied the opportunity to self-assign our ethnic and cultural identity.

Whilst these considerations may not on a daily basis be pertinent for the individuals or communities themselves, considerable misunderstandings can occur, for those of us involved in the provision of professional nursing practice and research.

### Conclusion

In conclusion whilst it is important to

# CONSENSOS

recognize and acknowledge what research tells us in relation to research, nursing care and cultural diversity. It is imperative we take an inclusive approach embracing not just Euro-American perspectives, but drawing on the wisdom of academic nurses globally including colleagues in Australia, New Zealand and other nation states. Within this, we must acknowledge the increasingly complex ethnic identities our patients and our peers hold and indeed that we hold as academic and community nurses. Those who hold multiple ethnic origins may have particular skills in moving between and within different cultural and ethnic groups.

Cultural diversity is not simply about diversity within recipients of care but also concerns the diversity of care givers. In terms of the research evidence base I would suggest that it may be more important to focus on what the research does not tell us, as some of the research silences and paucity of knowledge may be much more revealing than that which is articulated on the topic of culturally diversity and nursing care. A focus of this nature may make transparent the implicit assumptions held about research evidence, nursing and cultural diversity. These assumptions if not deconstructed may distort reality.

## References

- Leininger M. *Qualitative Research Methods in Nursing*, Grune and Stratton Inc., New York, 1985.
- Leininger M. *Culture, Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*, National League for Nursing, New York, 1991.
- Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*, McGraw-Hill Inc., New York, 1995.
- Lipson, J G & Dibble S L. *Culture and Clinical Care* San Francisco, UCSF Nursing Press, San Francisco, 2005.
- Camphina-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model, *Journal of Transcultural Nursing* 2002; 13: 181-184.
- Leininger M. *Culture, Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*, National League for Nursing, New York, 1991.
- Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*, McGraw-Hill Inc., New York, 1995.
- Convention relative to the protection of civilians in time of war, August 1949, 6 UST 3516 75 UNTS 298 [Geneva convention NoIV].
- Higginbottom GMA. The needs of Somali visually impaired people in Sheffield Report to the Sheffield Health and Social Care consortium, 2006. ISBN 1-902411-48-X
- Buchan J. Here to stay? International nurses in the UK RCN Publishing, London, 2003.
- Giddens A. *Sociology* (5<sup>th</sup> Edition), Polity Press, Oxford, 2006.
- Fryer P. *Staying Power: A history of black people in Britain since 1504* Pluto Classics 1984.
- The office of the United Nations High Commissioner for Human Rights Universal Declaration on Cultural Diversity <http://www.ohchr.org/english/law/diversity.htm> [accessed 4th August 2007].
- Alexander Z. *The Department of Health: Study of Black, Asian and Ethnic Minority Issues*, The Stationery Office, London 1999.
- Buchan J. *International recruitment of nurses: United Kingdom case study*, RCN Publishing, London 2002.
- Illustrated history of the Roman Empire <http://www.roman-empire.net> [accessed 30<sup>th</sup> August 2007].
- Discover the Ottomans <http://www.theottomans.org/english/index.asp> [accessed 28th August 2007].
- Leininger M. *Culture Care Diversity Universality: A Theory of Nursing*, National League for Nursing, New York, 1991.
- Bruni N. A critical analysis of transcultural theory, *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 1988; 5, 26-32.
- Swendson C, Windsor C. Rethinking cultural sensitivity, *Nursing Inquiry* 2003; 3: 3-10.
- Kreiger N. Discrimination and health, in *Social Epidemiology*, ed. Berkman LF and Kawachi I, Oxford University Press, Oxford 2000, p 36-74.
- Krieger N, Sidney S. Racial discrimination and blood pressure: The CARIDA study of young black and white adults, *American Journal of Public health* 1996; 86: 1370-1378.
- Krieger N, Bowley DL, Herman AA, Avery B, Phillips MT. Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease and well-being, *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 9 Supp 2: 82-122.
- Krieger N. *Discrimination and Health*, Oxford University Press, Oxford, 2000.
- Serrant-Green L. Transcultural nursing: a view from within, *Nurse Education Today* 2001; 21: 670-678
- Cooney C. A comparative analysis of transcultural nursing and cultural safety, *Nursing Praxis in New Zealand* 1994; 9:6-12.
- Camphina-Bacote J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care, *Journal of Nursing Education* 1999; 8: 203-207.
- Giger JN, Davidhizar R. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model, *Journal of Transcultural Nursing* 2003; 13: 185-188.
- Purnell L. The Purnell Model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing* 2002; 13: 193-196
- Papadopoulos I, Tilki I, Taylor G. *Transcultural Care: A Guide for Health Care Professionals*, Quay Books, Dinton, Nr. Salisbury, 1998.
- Ramsden I. *Kawa whakaruruhau: Cultural safety in nursing education in Aotearoa*, Ministry of Education Wellington, 1990.
- Ramsden I. Cultural Safety, *New Zealand Nursing Journal* 1990; 83 92), 15-17.
- Ramsden I. The Treaty of Waitangi and cultural safety: The role of the treaty in nursing and midwifery education in Aotearoa. In *Guidelines for cultural safety in nursing and midwifery education* (pp 21-35). New Zealand Council of Nurses, Wellington, 1996.
- Ramsden, I. *Cultural Safety/Kawa whakaruruhau ten years on: A personal view Nursing Praxis in New Zealand* 2000; 15(1):4-12
- Coup A (). Cultural safety and culturally congruent care: A comparative analysis of Irihapeti Ramsden's and Madeline Leininger's educational projects for practice Nursing Praxis in New Zealand 1996; 11,4-1.
- Ramsden I. Facing our political legacy Kai Tiaki Nursing New Zealand 2001; 7(1):1.
- Higginbottom GMA, Mathers N, Marsh P, Kirkham M, Owen, JM. The experience of early parenthood amongst young people of minority ethnic origin in England: young parents, grandmothers and service providers' views, *Social Science and Medicine* 2006; 63(4):858-870
- Higginbottom, GMA. Pressure of Life': Ethnicity as a mediating factor in mid-life and older peoples' experience of high blood pressure, *Sociology of Health and Illness* 2006; 28(5):1-28.
- Higginbottom GMA, Mathers N, Marsh P, Kirkham M & Owen J. An exploration of the teenage parenting experiences of young people of Bangladeshi, Pakistani, African Caribbean and dual ethnic origin in England, DOH Research Briefing Paper, 2006.
- Higginbottom GMA, Mathers N, Marsh P, Kirkham M, Owen, JM. Early parenthood among young people of ethnic minority origin in England, *British Journal of Midwifery* 2006; 14(3):12-146
- Nazroo JY, Karlsen S. Patterns of identity among ethnic minority people: diversity and commonality, in *Social Change and Minority Ethnic Groups in Britain*, ed. Saggat S, Thomson, and Heath A, Oxford University Press, Oxford, 2001.
- Bradby H. Ethnicity: not a black and white issue: a research note, *Sociology of Health and Illness* 1995; 17: 405-417.
- Sheldon T, Parker H. Race and ethnicity in health research, *Journal for Public Health Medicine* 1992; 14: 104-110.
- Karlsen S, Nazroo JY. Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people, *Sociology of Health and Illness* 2002; 24: 1-20.
- Karlsen S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups, *American Journal of Public health* 2002; 92: 624-631.
- Mac an Ghaill M. *Contemporary Racisms and Ethnicities: Social and Cultural Transformations*, Open University Press, Buckingham, 1999.
- Rex J. *Race and Ethnicity*, Open University Press, Milton Keynes, 1986.
- Phizacklea A, Miles R. *Labour and Racism*, Routledge, London, 1980.
- Miles R. *Racism and Migrant Labour*, Routledge and Kegan Paul, London, 1982.
- Modood T, Berthoud R, Lakey K, Nazroo J, Smith P, Virdee S, Beishon S. *Ethnic Minorities in Britain: Diversity and Disadvantage*, Policy Studies Institute, London, 1997.
- Coombes A, Brah A (eds.). *Hybridity and it's Discontents*, Routledge, London, 2000.
- Anthais F, Yuval-Davis N (eds.). *Racialized Boundaries: Race, Nation, Gender*, 2002.
- Anthais F, Lloyd C (eds.). *Rethinking Anti-Racisms*, Routledge, London, 1992.
- Gilroy P. *The Black Atlantic: Modernity and Double Consciousness*, Verso, London, 1995.
- Hall S. Old and new identities, old and new ethnicities p 125-143, IN Back L, Solomos J, *Theories of Race and Racism in Britain: A reader*, Routledge, London, 2000.
- A brief overview of the Melungeons Wayne Winkler. [www.melungeons.com](http://www.melungeons.com) [accessed 31.8.07].