

**Competencias para la Equidad en Comunidades Culturalmente Diversas:
Conceptualización y Medida de la
Competencia Cultural Comunitaria**

Tesis presentada por
Rocío Garrido Muñoz de Arenillas
Para la obtención del Título de
Doctora en Psicología

Programa de Doctorado en Psicología
Universidad de Sevilla.
Sevilla, España

Septiembre de 2017



© 2017. Rocío Garrido Muñoz de Arenillas

Todos los derechos reservados

Manuel García Ramírez, Phd
Universidad de Sevilla

Rocío Garrido Muñoz de Arenillas

Fabrizio E. Balcázar, Phd
The University of Illinois at Chicago

Competencias para la Equidad en Comunidades Culturalmente Diversas: Conceptualización y Medida de la Competencia Cultural Comunitaria

Resumen

Los actuales y complejos flujos migratorios están transformando Europa en una sociedad cada vez más diversa. Atender las múltiples y heterogéneas necesidades de las personas migrantes y sus comunidades es un reto para las sociedades de acogida, donde los servicios públicos son uno de los activos esenciales para prevenir desigualdades y asegurar el bienestar y la cohesión social. Para lograrlo, se han desarrollado múltiples esfuerzos dirigidos a promover la competencia cultural de las personas que proveen estos servicios, sin embargo, estas no han sido suficientemente eficaces en alcanzar cambios reales en las prácticas profesionales, las organizaciones y las comunidades. Además, la crisis sociopolítica que atraviesa actualmente Europa está obligando a revisar el concepto de competencia cultural desde perspectivas que pongan en valor la defensa de los derechos humanos y la justicia social.

Este estudio ofrece soluciones a estos retos desde la perspectiva de la Psicología comunitaria. Hemos desarrollado el modelo de Competencia Cultural Comunitaria (CCC), definida como un proceso de desarrollo personal que aparece a diferentes niveles ecológicos (i. e. intrapersonal, interpersonal, organizacional, comunitario) e implica conciencia crítica, habilidades para gestionar la diversidad, capacidad de acción en la organización y capacidad de acción en la comunidad. Asimismo, asumimos que ser competente culturalmente generará resultados positivos en el bienestar y la equidad en proveedores, organizaciones y comunidades. El objetivo de esta investigación fue ofrecer evidencias de validez de este modelo, así como promover su aplicación práctica en organizaciones y comunidades.

Este estudio, de corte transversal no experimental, se desarrolló en el sur de España. La muestra estuvo formada por 525 proveedores de servicios públicos de diferentes áreas geográficas que representan los tipos de comunidades culturalmente diversas de Andalucía. La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario

formado por el *Instrumento de Competencia Cultural Comunitaria (ICCC)*, desarrollado *ad hoc*, y otros instrumentos para medir las variables relacionadas.

Los resultados revelaron, a través de varios modelos de ecuación estructurales, que la CCC es un constructo de primer orden compuesto por las cuatro dimensiones propuestas y que influye positivamente en las creencias sobre justicia social de los proveedores, su bienestar ocupacional y la influencia percibida en los contextos de trabajo. Por otro lado, el *ICCC* resultó fiable y válido para medir la CCC y se acompañó de herramientas gráficas que facilitan la interpretación y aplicación práctica de sus resultados. Finalmente, se encontraron diferencias en el nivel de CCC de los proveedores en función de algunas características socio-demográficas (i.e. tipo de contexto, tipo de servicio ofrecido). Estos resultados fueron apoyados por los foros comunitarios, donde agentes clave de la comunidad reflexionaron sobre los resultados locales del estudio y su potencial aplicación.

Como conclusión, el modelo de CCC—así como el *ICCC* y sus herramientas gráficas—ofrece aportes teóricos y prácticos a la formación profesional y al diseño de acciones de mejora a diferentes niveles ecológicos (proveedores, organizaciones y comunidades). Estas impactarán positivamente en la equidad y el bienestar, tanto de las personas que ofrecen los servicios como de aquellas que los reciben.

Palabras Clave: competencia cultural comunitaria, evaluación de competencia cultural, proveedor de servicio público, Psicología comunitaria, bienestar, justicia social.

Manuel García Ramírez, Phd
Universidad de Sevilla

Rocío Garrido Muñoz de Arenillas

Fabricio E. Balcázar, Phd
The University of Illinois at Chicago

Competences for Equity in Culturally Diverse Communities: Conceptualizing and Measuring Community Cultural Competence

Abstract

Complex migration flows are transforming Europe, which has become a cultural diverse society now. Addressing the multiple needs of immigrants and their communities is a challenge for the host communities, where public services' providers represent an important asset to avoid inequities and promote integration and wellbeing. To attain this, multiple efforts have focused on promoting the cultural competence of providers, but these efforts have not been very effective in generating real changes in professional practices, organizations and communities. In addition, Europe is facing a socio political crisis that makes it unavoidable to review the concept of cultural competence from a perspective that emphasizes the respect for human rights and social justice.

This study provides solutions to these challenges from a Community psychology perspective. We developed the model of Community Cultural Competence (CCC), defined as a process of personal development that takes place at different ecological levels (i.e., intrapersonal, interpersonal, organizational, community) and implies critical thinking, diversity management skills, capacity to act within the organization and capacity to act within the community. We also assume that CCC will impact positively on wellbeing and equity. The objective of this study was to offer evidence of the CCC model validity, as well as to promote its practical application in organizations and communities.

This non-experimental transversal study was developed in southern Spain with 525 public service providers from different territorial areas that sum up the culturally diverse communities of Andalucía. Data collection was conducted using a questionnaire called the Instrument of Cultural Community Competence (ICCC), developed ad hoc, and other instruments to measure other related variables.

Results revealed through several structural equation models, that CCC is a first-order construct composed by the four proposed dimensions which act at different ecological levels. Moreover, CCC appears to positively influence service providers' social justice beliefs, their occupational wellbeing, and perceived influence in work contexts. On

the other hand, the ICCC appears to be a reliable and valid way to assess CCC and offers graphic tools which facilitate the interpretation and practical application of its results. Finally, several differences in the level of CCC of service providers were found as a function of socio-demographic characteristics (i.e. type of context, type of service offered). These results were supported by community forums, in which community gatekeepers reflected about the study's results at the local level and their potential applications.

In conclusion, the CCC model, and the ICCC and its graphic tools, offer theoretical and practical contributions to professional training and to the design of improvement actions at different ecological levels (service providers, organizations and communities). These will impact positively the equity and wellbeing of both the people who offer the services and those who receive them.

Key words: community cultural competence, cultural competence evaluation, public service provider, Community Psychology, wellbeing, social justice.

Tabla de Contenido

Resumen.....	i
Abstract.....	iii
Tabla de Contenido	v
Lista de Tablas	viii
Lista de Figuras.....	ix
Executive summary.....	xvii
Glosario.....	xxvii
1. Introducción.....	1
1.1. Relevancia del problema: La importancia de la competencia cultural y la necesidad de orientarla hacia la equidad.....	2
1.1.1. La movilidad humana y la pluralidad de las personas desplazadas como punto de partida	3
1.1.2. El origen de la competencia cultural en EEUU	5
1.1.3. La necesidad de redefinir la competencia cultural en el marco europeo	7
1.2. Los modelos de competencia cultural: El estado del arte	9
1.2.1. Propiedades de los modelos de competencia cultural.....	13
1.2.2. Limitaciones de los modelos de competencia cultural.....	20
1.3. Abordaje de la competencia cultural desde la perspectiva de la psicología comunitaria.....	26
1.3.1. Incorpora el enfoque interseccional al concepto de cultura	28
1.3.2. Analiza las dimensiones contextuales de la competencia cultural	28
1.3.3. Se orienta a eliminar las asimetrías de poder en la provisión de los servicios	30
1.3.4. La finalidad de la competencia cultural es la promoción del bienestar y la justicia social.....	32
1.3.5. El foco de la competencia cultural se amplía a los servicios públicos.....	33
1.3.6. La investigación en competencia cultural se orientada a la acción comunitaria.....	34
1. 4. La competencia cultural comunitaria	35
1.5. Objetivos e hipótesis.....	39

2. Método.....	41
2.1. Diseño del estudio.....	41
2.2. Enclaves objeto de estudio y participantes	41
2.2.1. Selección de los contextos o enclaves territoriales.....	42
2.2.2. Selección de participantes.....	50
2.3. Instrumentos.....	51
2.3.1. Medida de competencia cultural comunitaria.....	51
2.3.2. Medida de bienestar ocupacional.....	53
2.3.3. Medida de creencias sobre justicia social	53
2.3.3. Medida de influencia percibida en los contextos de trabajo	54
2.3.4. Medida de características socio-demográficas y laborales.....	54
2.4. Procedimiento	54
2.5. Análisis de datos.....	55
3. Resultados.....	57
3.1. Evidencias de validez basadas en la estructura interna de la CCC.....	57
3.1.2. Resultados descriptivos y correlaciones entre ítems.....	57
3.2. Evidencias de validez basada en la relación de la CCC con otros constructos.....	62
3.2.1. Relación entre CCC y Creencias sobre justicia social.....	62
3.2.2. Relación entre CCC y bienestar ocupacional.....	62
3.2.3. Relación de la CCC con la influencia percibida en los contextos de trabajo..	64
3.3. Garantías psicométricas y conceptuales del <i>ICCC</i>	66
3.4. Herramientas gráficas para la interpretación y contextualización de los resultados	68
3.5. Recomendaciones para la transferencia de los resultados a acciones locales.....	73
3.5.1. Resultados de la CCC de la muestra y su distribución según características socio-demográficas y laborales.....	73
3.5.1.1. Distribución de la CCC según el sexo	74
3.5.1. Resultados de los foros comunitarios.....	77
4. Discusión	85
4.1. Principales hallazgos	86

4.2. Contribuciones teóricas.....	93
4.3. Transferencia de resultados y aplicaciones prácticas	97
4.3. Limitaciones y sugerencias para investigaciones futuras	100
5. Conclusión.....	105
Conclusion	107
Referencias	109
Apéndices.....	127
Apéndice 1. Carta de invitación	129
Apéndice 2. Datos de las organizaciones participantes.....	131
Apéndice 3. Cuestionario utilizado para la recogida de datos	138
Apéndice 3. Fichas-resumen de buenas prácticas*	142

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Resumen de los modelos explicativos de competencia cultural (1991-2016)</i>	11
Tabla 2 <i>Características del modelo biomédico y su aplicación a los modelos de competencia cultural</i>	20
Tabla 3 <i>Características de la perspectiva de la Psicología comunitaria y su aplicación a los modelos de competencia cultural</i>	27
Tabla 4 <i>Distribución de organizaciones y número de participantes por tipo de contexto</i>	49
Tabla 5 <i>Distribución de proveedores por tipo de organización según su sexo</i>	50
Tabla 6 <i>Distribución de proveedores por tipo de organización según contexto</i>	51
Tabla 7 <i>Resultados descriptivos de los ítems de CCC</i>	58
Tabla 8 <i>Correlaciones entre los ítems de CCC</i>	59
Tabla 9 <i>Comparación entre la bondad de ajuste del modelo de primer orden y el modelo de segundo orden</i>	60
Tabla 10 <i>Estadísticos descriptivos de los ítems de agotamiento emocional (Bienestar ocupacional)</i>	63
Tabla 11 <i>Estadísticos descriptivos de los ítems de influencia percibida en los contextos de trabajo</i>	65
Tabla 12 <i>Evaluación del ICCC según los criterios de Krentzman y Townsend (2008)</i>	67
Tabla 13 <i>Estadísticos descriptivos de las dimensiones CCC en función de las variables socio-demográficas y laborales</i>	73
Tabla 14 <i>Comparación de medias en CCC según el sexo de los proveedores de servicios públicos</i>	74
Tabla 15 <i>ANOVA de CCC según contexto o enclave territorial</i>	74
Tabla 16 <i>Análisis de comparaciones múltiples (Bonferroni, ANOVA) de las dimensiones de la CCC según contexto</i>	75
Tabla 17 <i>Análisis de varianza (ANOVA) de las dimensiones de CCC según tipo de servicio</i>	76
Tabla 18 <i>Análisis de comparaciones múltiples (Bonferroni, ANOVA) de las dimensiones de CCC según tipo de servicio</i>	76
Tabla 19 <i>Aportaciones a la dimensión de Conciencia crítica</i>	79
Tabla 20 <i>Aportaciones a la dimensión de Habilidades para gestionar la diversidad</i>	80
Tabla 21 <i>Aportaciones a la dimensión de Capacidad de acción en la organización</i>	81
Tabla 22 <i>Aportaciones a la dimensión de Capacidad de acción en la comunidad</i>	82
Tabla 23 <i>Aportaciones en torno a la relación de la CCC con otras variables</i>	84

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Componentes de la competencia cultural</i>	14
Figura 2 <i>Modelo de Competencia Cultural Comunitaria</i>	36
Figura 3 <i>Número entradas irregulares de personas migrantes</i>	43
Figura 4 <i>Peso de la población de origen extranjero sobre el total de la población en los barrios del distrito Macarena, 2011</i>	47
Figura 5 <i>Modelo de competencia cultural comunitaria</i>	61
Figura 6 <i>Modelo de relación entre CCC y Creencias sobre Justicia Social</i>	63
Figura 7 <i>Modelo de relación entre CCC y Bienestar Ocupacional</i>	64
Figura 8 <i>Gráfico-resumen de CCC: Comparación entre dos proveedores</i>	69
Figura 9 <i>Mapa de los servicios públicos estudiados en el distrito Macarena</i>	71
Figura 10 <i>Mapa de los servicios ofrecidos en el contexto rural de Huelva</i>	71
Figura 11. <i>Mapa de CCC del distrito Macarena (Sevilla)</i>	72
Figura 12 <i>Fotografía del foro comunitario celebrado en el distrito Macarena (Sevilla)</i>	78
Figura 13 <i>Fotografías del foro comunitario celebrado Algeciras</i>	78
Figura 14 <i>Fotografía del foro comunitario celebrado en Moguer (Huelva)</i>	78

Agradecimientos

Este estudio ha sido realizado gracias a la financiación recibida del Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España (Plan Nacional I+D+i; PSI2011-25554) para el proyecto “*PROCOMDI. Competencia Cultural Comunitaria: Profesionales Competentes para Comunidades Diversas*”. Asimismo, se ha beneficiado de la vinculación de este proyecto con las iniciativas “*Equi-Health: Fostering health provision for migrants, the Roma and other vulnerable groups*” (IOM), “*COST ADAP: Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities*” (COST Action IS0603), y “*Project to Develop Standards for Equity in Health Care for Migrants and other Vulnerable Groups*” (WHO).

Agradezco a la Universidad de Sevilla la concesión de una beca-contrato como Personal Investigador en Formación (PIF), entre los años 2012-2016, asociada al Departamento de Psicología Social. Esta ha permitido mi dedicación completa a tareas de investigación. También me ha facilitado realizar dos estancias en centros internacionales que han contribuido a mi formación. Agradezco a Sandra Buttigieg por invitarme al *Department of Health Services Management, University of Malta* (2014) y a Fabricio Balcázar por invitarme al *Center for Capacity Building on Minorities with Disabilities, University of Illinois at Chicago* (2015).

Agradezco a mis directores, Manuel García-Ramírez y Fabricio Balcázar que me hayan permitido trabajar junto a ellos. Ambos son para mí un ejemplo a seguir, por su contribución al logro de una Psicología comprometida y al desarrollo de una investigación-acción dirigida al bienestar y a la justicia social. Gracias por enseñarme tanto. Especialmente, agradezco a Manolo su esfuerzo por ayudarme a crecer y a encontrar siempre una mejor versión de mí misma, así como su constante e inagotable dedicación al trabajo. Agradezco a Fabricio su cariñosa acogida en Chicago y que me haya dado la oportunidad de aprender en su equipo al lado de los/as mejores. Espero que esta sea la primera de muchas más colaboraciones.

Agradezco a todos los miembros de mi grupo de investigación, CESPYPD. Agradezco a los *seniors*, Manolo, M^a Jesús, Virginia, Carlos, Vicente y Violeta, que me abrieron esta casa cuando no era más que una estudiante curiosa. Ellos/as me han enseñado todo lo que sé sobre Psicología comunitaria, donde he encontrado mi lugar como profesional. Particularmente a M^a Jesús no solo agradezco su eficacia incuestionable en el trabajo, sino también su luz y su siempre abrazo donde nunca llueve. Agradezco también a los *juniors*, Marta, Daniela, Irene, Lucas, Jennifer y Rocío, por compartir este camino de risas y llantos y por creer que un mundo mejor es posible y que nosotros/as contribuiremos a ello.

Agradezco a todas aquellas personas que me han ayudado a realizar este proyecto, tanto desde la universidad como desde las comunidades. Especialmente, quiero mostrar mi agradecimiento a Belén Pedregal y Nuria Font por enseñarme una nueva visión desde la geografía y todo un mundo dentro de los mapas. Agradezco a los/as compañeros/as del Laboratorio de Actividad Humana la profundidad de su discurso y a Zaira Morales, Martina Fernández y Pilar Bas su esfuerzo inagotable y que hayan compartido conmigo su conocimiento profundo de las comunidades. Agradezco a las entidades colaboradoras, con especial cariño a la ODS, a Triskell y a la Plataforma Somos Migrantes. Finalmente, agradezco profundamente a todos/as los/as proveedores de servicios que han participado en este estudio y a sus instituciones. Sin ellos/as nada hubiera sido posible.

Agradezco al programa de Doctorado en Psicología de la Universidad de Sevilla por generar el marco donde desarrollar mis competencias como investigadora. Tanto a los/as profesores/as que han contribuido a ello como a los/as compañeros/as que me han acompañado en este camino. Mención especial merece Noelia por su infinita paciencia y su función de oráculo metodológica, quedando en espera de próximos proyectos comunes.

Agradezco a mis profesores/as y compañeros/as de la Universidad de Huelva, por ser el nido donde aprendí a volar, por la formación y por el cariño que aún perdura.

Agradezco a mi familia su apoyo incondicional y su amor en este duro proceso. Con familia me refiero a todas esas personas que me quieren y quiero, tanto las que estuvieron como las que siguen estando. Agradezco, principalmente: A mi hermano, por su omnipresencia a pesar de la distancia, por su entusiasmo y por ser el mejor espejo donde mirarme. A mi abuela Catalina, por darme los valores que definiendo, por sus manos donde todo florece y por su infinita bondad. A mi abuelo Manolo, por enseñarme que la educación es la mejor forma de revolución para los pobres. A mi padre, por su ternura y su esperanza. A mi madre, por ser un modelo en sed de aprendizaje. A mi tía M^a Ángeles, por ser una segunda madre y a mi tía Ana María por su visión profunda y cómplice. A mis amigos y amigas de Huelva por ser casa y sonrisa, siempre. A mis amigos y amigas de Sevilla, por su libertad, por hacer volar sueños y ayudarme a seguir creyendo en ellos.

Finalmente, por cuestiones de salud mental, debo agradecer también al Atlántico (paraguas mojado), a los ratitos de Arte (bendita poesía y los “tiempos de lápices”) y a la música (habiendo llegado a las 700 “canciones para escribir una tesis”, disponibles en <https://open.spotify.com/user/1144334852/playlist/5G156B4o6HPsfWr5nKU36l>).

Gracias a todas y todos por ser y estar.

Y a quien le dije “...después de la tesis”:

¡Ahora empieza el momento! ¡Nos queda mucho por recorrer!

A mi abuela Catalina y a todas las que, como ella, no pudieron estudiar.

A todas las personas que tienen que abandonar su hogar en busca de una vida mejor
y a aquellas que les ayudan a conseguirlo.

"You must never be fearful about what you are doing when it is right"

(Rosa Parks)

*"Encontrar las palabras
elementales. Aprender
cómo decir perdón en el idioma del que irrumpes,
y buenos días, y toma,
y he venido a conocerte, aprender
cómo decir gracias (...), aprender
cómo se dice pasa, entra, esta es mi casa"*

(Laura Casielles)

Executive summary

Research framework

This doctoral dissertation forms part of the project *Community Cultural Competence: Competent providers for diverse communities* [PROCOMDI. *Competencia Cultural Comunitaria: Profesionales Competentes para Comunidades Diversas*], which was funded by the Ministry of Science and Innovation of the Spanish Government (PSI2011-25554) and developed by CESPYP, the Center of Community Research and Action at the University of Seville.

Introduction

Cultural competence of public service providers is considered to be a key determinant in cohesive societies in order to promote wellbeing (Dana & Alhalen, 2008; Dreachslin, Gilbert & Malon, 2013; Fostier, 2010). Cultural competence became popular in the 1960s-1970s, in the framework of the African-American civil rights movement. It was developed to increase service providers' knowledge, skills and attitudes in order to reduce the cultural gap between them and users from other cultural backgrounds. Currently, cultural competence underlines the need of public service providers in values like equity, respect and recognition of differences in citizenship (Balcázar, Suarez-Balcázar, Willis & Alvarado, 2010; Marmot, 2007). Nevertheless, the available cultural competence training models and tools have failed to promote effective changes within organizations and on the wellbeing of the users and their communities (Beach et al., 2005; Dana & Allen, 2008; Hansen et al., 2006).

In this study, we proposed and validated a cultural competence model based on the principles and values of Community Psychology, which informed this challenge.

A literature review of the explanatory models of cultural competence was conducted. Thirty six models published in English were found between 1991 and 2016. The analysis of these models revealed elements that may be key in explaining their lack of effective impact on organizations and communities. The first limitation derives from linking the concept of culture to ethnicity, nationality or origin, ignoring the multiple dimensions and diversity of identities that are implicit in culture (Balcázar et al., 2010; Chiarenza, 2012). The second limitation comes from reducing cultural competence to cognitive, emotional and behavioral components of providers, at an individual level, without taking into account their interdependence within contexts and power imbalances

which determine the service's provision (Suárez-Balcázar et al., 2009; Hernández et al., 2009). Third, an ethnocentric vision has prevailed focusing on the relationship between providers and users from a deficits-based approach in which user's strengths are not valued (Weaver, 2003). Fourth, the majority of models are aimed at health care professionals without offering interdisciplinary and multisectoral approaches. Finally, few models have been tested empirically, offering limited evidence of their positive impact (Alizadeh & Chavan, 2016; Beach et al., 2004). This is related to the shortage of reliable instruments to measure cultural competence (Krentzman & Townsend, 2008).

These limitations could explain why the models failed to respond to the complex panorama of services' provision to migrant population in Europe. Migrations have become one of the main elements of the European population change while the migratory pressure at its borders is increasingly growing. At the same time, Europe suffers from a profound socio-political crisis that is putting into question its identity and sustainability based on the model of social welfare and the Schengen space (Beauchamp, 2013; Navarro, 2013). Therefore, advances in the study of cultural competence could contribute decisively to the reconstruction of Europe as a continent marked by mobility and equity (Chiarenza, 2008; Dana & Allen, 2008). In order to achieve that, cultural competence has to be able to contribute to the transformation of professional practices of providers, as well as those of organizations, communities and policies underpinning them (Council of Europe, 2011; Seelemann, 2014; Essink - Bot, Stronks & Ingleby, 2014).

This study proposes a model to address this challenge from a Community Psychology perspective. This discipline focuses on empowering the communities so as to promote systemic changes (Abe, 2012; Mankowsky, Galvez & glass, 2011; Montero, 1994; Rappaport, 1977). Community Psychology can contribute to advances to the study of the CC because it is based on an intersectional analysis of reality that extends the concept of culture towards elements that are not only linked to ethnicity (Gilroy, 2004; Padilla, Azevedo & Olmos-Alcaraz, 2015). At the same time, Community Psychology recognizes the interdependence between providers and contexts where they develop their work (Trickett, 2009). Thus, to be culturally competent, providers should become aware of the power asymmetries that operate at different levels, generating capacity for change and taking action to eliminate them (Suárez-Balcázar, et al., 2014; Abe, 2012). This process facilitates the adoption of a transactional view of help relations, based on the strengths of users, who adopt an active role in their own care (Martín-Baró, 1994; Paloma et al., 2014; Weaver, 2008).

From this perspective, we propose *Community Cultural Competence* (CCC) to be understood as the process from which public service providers acquire capacities and

create opportunities that allow them to effectively operate in different contexts (i.e. individual, interpersonal, organizational, community). As Figure A illustrates, the CCC is made up of four dimensions: critical thinking, diversity management skills, capacity to act within the organization and capacity to act within the community. Additionally, these dimensions have an impact on occupational wellbeing, social justice beliefs and their perceived influence in work contexts.

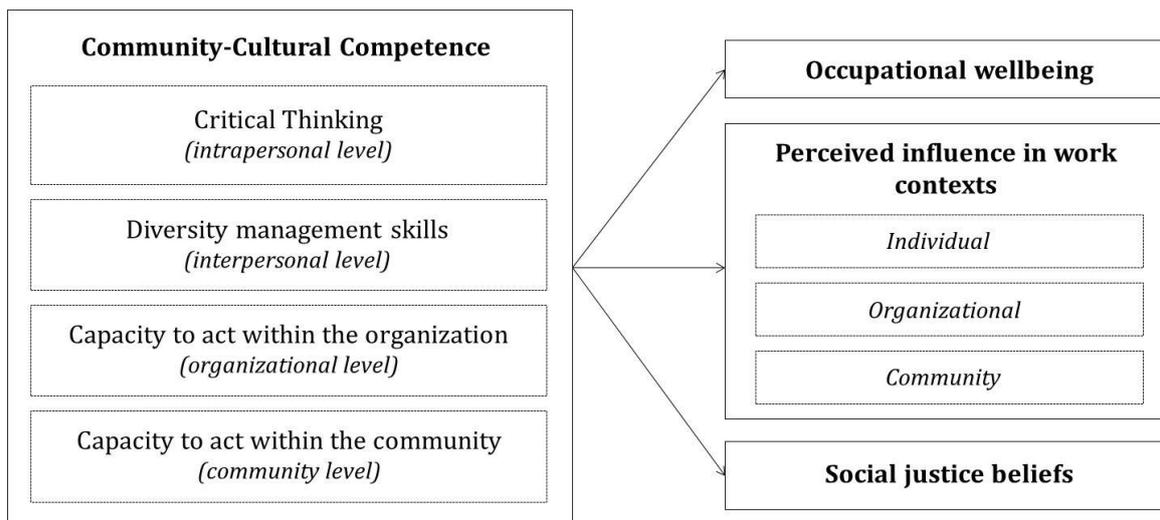


Figure A Community-Cultural Competence Model

At an intrapersonal level, critical thinking facilitates providers to recognize their own cultural background and the influence of stereotypes in their professional practice. Likewise, it involves the development of ethnocultural empathy and the identification of individual and socio-political elements that influence the user’s behavior. The critical consciousness will guide the work of providers towards social justice. At a relational level, providers must develop diversity management skills, including communication skills and flexibility. Providers generate capacity to act within the organization, in a way that they influence their institutions and receive organizational support. In addition, providers must develop capacity to act within the community, acquainting themselves with the available resources and with community gatekeepers.

On the other hand, this study attempts to respond to the urgency of designing valid instruments which could measure cultural competence and promote actions (WHO, 2010). To this end, we have designed the Community Cultural Competence Assessment Instrument (CCCAI) that is accompanied with two graphic tools in order to facilitate the interpretation, contextualization, and dissemination of their results.

The aim of this study is to offer evidences of the CCC model’s validity, as well as to promote its practical applications in organizations and communities.

Method

Research design

This study used a non-experimental transversal design.

Participants

Given the importance of context, there was a special interest in developing the study in a variety of community settings which characterized different phases of the migration process (i.e. reception, transition and settlement contexts) and represent the different types of enclaves (i.e. urban, rural, and border). In particular, we selected Algeciras as the reception border context, the area of Moguer and Palos de la Frontera (Huelva) as the transition rural context, and the district of Macarena in Seville as the settlement, urban context. In each enclave, 15 organizations that offered different public services were identified (i.e. education, health, community-based organizations and NGOs, socio-occupational services, law enforcement, and faith-based services). Finally, 525 providers from these organizations participated voluntarily and anonymously.

Instruments

A questionnaire, composed of several measures, was used for data collection. First, the *CCCAI*, designed *ad hoc* with the purpose of measuring CCC (following the recommendations by Clark & Watson, 1995), consisted of 14 items. Second, as an indicator of occupational wellbeing, we used 4 items of emotional exhaustion from the Spanish adaptation of *Maslach Burnout Inventory* (Albar et al., 2010). Third, social justice beliefs were measured through an item proposed by Rasinsky (1987). Fourth, in order to measure the perceived influence in the contexts of work, we designed *ad hoc* an instrument based on the Scale of Psychological Empowerment at Workplace of Spreitzer in its Spanish adaptation (Albar, García-Ramírez, López & Garrido, 2012). All of the items were rated on a 5-point Likert-type scale. Furthermore, we included some items to explore occupational and socio-demographic characteristics of the providers.

Procedure

Data collection was carried out from March to June 2014. To maximize the response rate, we assigned a supervisor of each organization, where the collaboration was formalized through informed consent. The questionnaire was completed individually and anonymously, without any incidents. Throughout the research process the collaboration of the community had a significant presence, with the purpose of generating knowledge from

the groups involved in the public services provision. This collaboration was especially notable on (a) the questionnaire design process; (b) the identification and selection of the organizations; (c) the data collection; and (d) the interpretation of the results (for which we carried out three community forums that took place in each context).

Data analysis

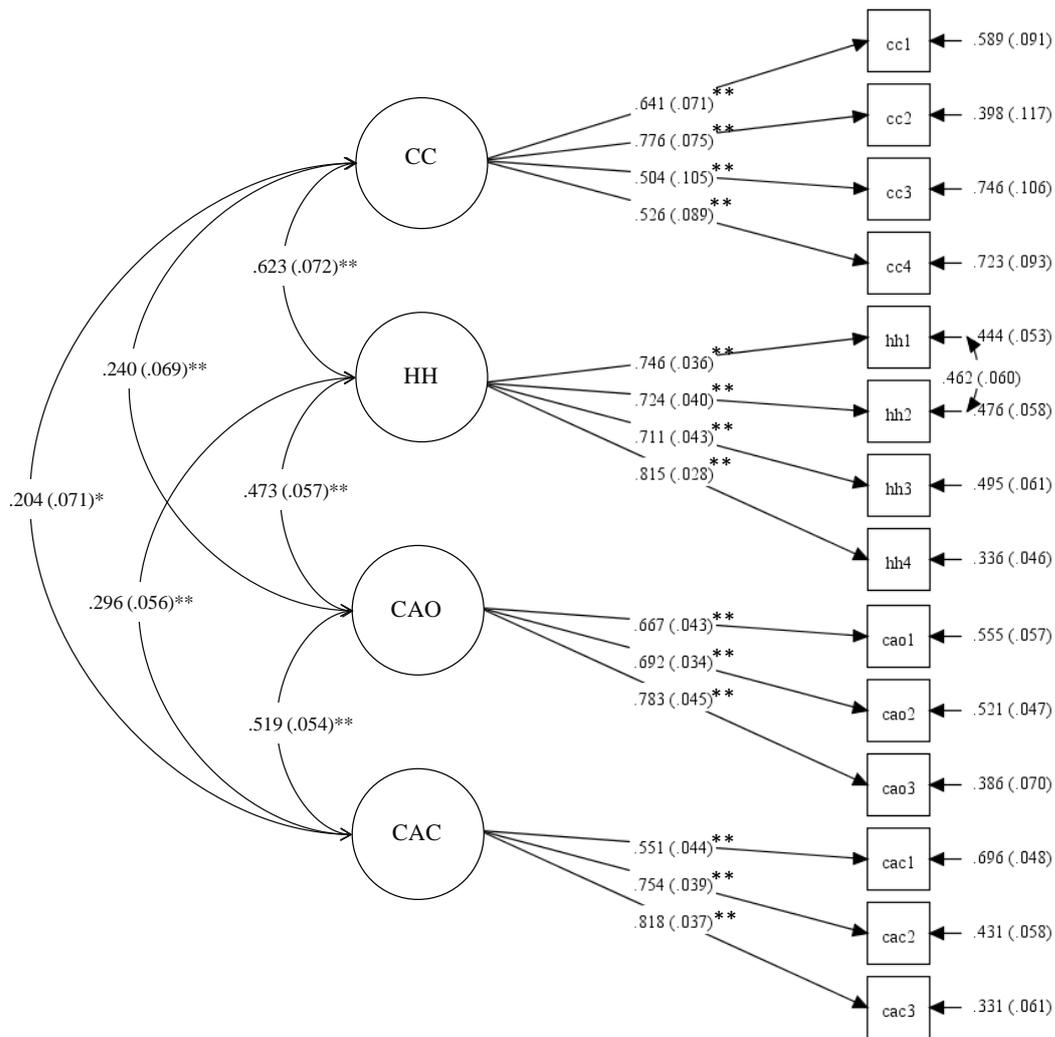
Data analyses were guided by the *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA & NCME, 2014). Evidence validity based on internal structure was obtained by the confirmation of the construct's dimensionality (through a confirmatory factor analysis). Evidence validity based on relation to other variables was obtained by testing structural equation models. Data analyses were conducted using the statistical package *SPSS* version 15.0 and *Mplus7*.

Results

Validity evidence based on its internal structure of CCC was confirmed

Confirmatory factor analysis allowed us to verify that CCC is a multidimensional first-order-construct composed by four interconnected dimensions: (a) critical thinking, (b) diversity management skills, (c) capacity to act within the organization, and (d) capacity to act within the community. Figure B shows the results of this analysis.

These results support the ecological nature of CCC and shed light on other empirical studies that highlight the need to explore the internal structure of this construct (Capell, Dean & Veenstra, 2008).



Fit Index

$\chi^2(70) = 242.31, p < .01$; CFI = .90; RMSEA = .07, intervalo al 90%=0.06-0.08

Note: CC=Critical thinking; HH=Skills to manage diversity; CAO=Capacity to act within the organization; CAC=Capacity to act within the community.

* $\alpha < .05$

** $\alpha < .01$

Figure B Community-Cultural Competence Model

CCC showed evidence of validity based on the relation to other constructs

CCC has obtained, as well, evidence of validity based on the relations to other variables, which was verified by structural equation models. This study showed that critical conscience has a direct impact on the providers' social justice beliefs. Moreover, the community forums indicated the urgent need to reorient the public services towards positive values, against the prevailing trend based on capitalist values that measure the work according to the reduction of costs or productivity. These findings support the need to include social justice in the study of cultural competence as previously stated by several authors (Constantine, Hage, Kindaichi & Bryant, 2007; Ivey & Collins, 2003; Nassar-McMillan, 2014; Vera & Speight, 2003).

Secondly, we have proven that the capacity to act within the organization protects the occupational well-being of providers. These results are related to studies which have shown the direct effects of organizational support on the welfare of the workforce, since it covers needs of affiliation, respect and belonging (Findler, Wind & Barak, 2007; Garcia-Ramirez et al., 2015; Lawler, 1994), just as with those who suggest that it acts as protector of symptoms of anxiety and stress (Bennett et al., 2001; Choenarom, Williams, & Hagerty, 2005; Zaph, 2002). This finding was also confirmed in community forums, where several recommendations were offered for improvement.

Thirdly, different dimensions of CCC showed a positive impact on its perceived influence in work contexts. The diversity management skills positively impacted on the influence in their own practice. This coincides with the results obtained in studies on psychological empowerment at work. These show that providing professional skills makes them have greater control of their work, self-determination and self-efficacy (Albar, 2009; Laschinger & Leiter, 2006), as well as positively assessing the daily work and the impact generated in contexts (Conger & Kanungo, 1988; Thomas & Velthouse, 1990).

At the same time, the capacity to act within the community had a positive impact on its perceived influence, both in the organization and in the community. This result was also supported in the community forums, underlying the importance of working closely with gatekeepers so as to generate more impact in contexts. This idea supports CCC as capacity building, turning the providers into change agents in their organizations and communities (Suarez-Balcazar & Tayler-Ritzler, 2009; Vera & Speight, 2003).

These results will help guide provider training in CCC towards the promotion of occupational well-being, social justice beliefs, and its influence in work contexts. This approach takes special interest in at-risk contexts, as are Mediterranean borders, where it is necessary to ensure the health, not only of migrant populations, but also of those that serve them (Hollings, Samuilova & Petrova-Benedict, 2012; IOM, 2016).

ICCC measures the CCC on a reliable and valid way and offers tools that facilitate the interpretation and practical application of its results

In this study, we empirically designed and validated the ICCC, an instrument that allows us to easily and rapidly evaluate the CCC in public service providers. After analyzing the psychometric characteristics and concepts proposed by Krentzman & Townsend (2008), with the purpose of assessing instruments of cultural competence, it was concluded that the ICCC is a reliable and valid instrument, since it proved to meet most of the quality criteria.

In addition, the MCCC and ICCC were accompanied by two graphic tools that enable the interpretation of their results and their contextualization. On the one hand, an

overview CCC graphic allows to easily detect the level of CCC of a person or the staff of an organization. On the other hand, we developed a pilot version of a map in which participating organizations were situated (accompanied by their overview CCC graphic), whose objective was to show the proportion of the migrant population by districts. According to the community forums, these are the main contributions of the study, given its applicable potential, both for them and for the users. The identification of strengths and weaknesses of CCC at the individual, organizational and community levels was permitted, which in turn facilitated the evaluation of needs and guide future improvement actions.

A relationship between several socio-demographic, employment sample characteristics and CCC

According to other studies, no differences were found on the gender of the participants (Xu, 2008; Wilbur, 2008) or on their professional service experiences (Doorenbos & Schim, 2004; Findley, 2008).

Furthermore, differences regarding to context were found. The providers from the urban settlement context presented higher critical thinking than the providers from other contexts. This result may be interpreted based on the migratory experience of this specific context, which is considered to be one of the oldest multicultural areas in Southern Spain. Likewise, providers from the border reception context presented higher diversity management skills. This could be attributed to their formation in competence to receive new migrants.

Regarding the type of service, providers from community-based organizations and NGOs showed higher CCC level than other providers. Community forums explained this result due to the high motivation of this type of providers. This would support models that include a fundamental dimension of cultural competence the cultural desire (Campinha-Bacote, 1999; Bochum; 2002; Deardorff, 2006; Earley, 2002; Fantini, 2006; Poole, 1998) or intercultural encounters (Campinha-Bacotte, 2002; Kupka & Everett, 2007; Overall, 2009).

Conclusion

This study highlights the need to redefine cultural competence from an approach towards wellbeing and social justice. Community psychology could shed light to the analysis of the CCC of service providers, endowing them with skills so that can be more effective at the various levels where they practice their work: individual, interpersonal, organizational, community. CCC is the product of the proper functioning of organizations,

allowing providers to generate changes in their organizations and communities so as to achieve more equity.

This study has offered valid tools in measuring CCC and also transferring its results into improvement actions. These tools and the study's results could be a guideline to develop cultural competence training programs. Also, they could facilitate the cultural sensitivity of the participating organizations, enhancing lines of action within the communities and developing policies aimed at promoting wellbeing and equity.

Glosario

Bienestar: resultado de la satisfacción simultánea, equilibrada y culturalmente sensible de las necesidades personales, relacionales y colectivas (Prilleltensky, 2008).

Bienestar ocupacional: estado de salud y satisfacción derivado del trabajo (Maslach, 2003).

Competencia: capacidad o habilidad para responder de forma efectiva a los objetivos y metas planteadas (McPhatter, 1997).

Cultura: combinación de múltiples variables que afectan todos los aspectos de la experiencia y da sentido a las reacciones psico-fisiológicas, al desarrollo de las relaciones interpersonales, a las interpretaciones de la realidad y a la identidad individual y colectiva. Es inseparable de las condiciones económicas, políticas, religiosas, psicológicas y biológicas. Difiere dentro del mismo grupo étnico o social debido a la diversidad (Kleinman y Benson, 2006).

Diversidad: característica que hace diferentes y únicas a las personas basados en su raza, etnicidad, género, edad, orientación sexual, creencias religiosas y otras características emblemáticas de la identidad (Rappaport, 1977).

Equidad: ausencia de desigualdades evitables entre grupos y personas que parten de diferentes situaciones sociales, demográficas, económicas, geográficas, etc. (Beauchamp, 2013). Implica el tratamiento igualitario de personas en situación similar y el tratamiento diferencial de personas con diferente nivel de necesidad.

Inequidad: aparece cuando hay desigualdades que son evitables y no están siendo evitadas; son el resultado de una distribución injusta y desigual de poder, prestigio y recursos entre grupos que han sido diferenciados según determinadas características como la etnia, el género o el nivel socio-económico (Marmot, 2007).

Justicia social: distribución equitativa de recursos, responsabilidades y poder en la sociedad y existencia de procesos de toma de decisiones transparentes y participativos en los aspectos que afectan a los individuos (Prilleltensky, 2012).

Migrante: persona que cambia su país de residencia con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de sus familias, ya sea voluntariamente (migrantes económicos) o involuntariamente (i.e. solicitante de asilo, refugiados, víctimas de la guerra o trata de seres humanos) (IOM, 2006). Este término no se extiende a las segundas generaciones y posteriores.

Proveedor de servicios públicos: persona que desarrolla una actividad para ofrecer un servicio a una comunidad concreta, dentro de una organización concreta, con la que tiene una relación contractual, ya sea de forma profesional o voluntaria.

Poder: tener las capacidades y las oportunidades para seguir un curso particular de acción (Prilleltensky y Fox, 2007).

Servicio comunitario/público: conjunto de recursos y servicios existentes en la comunidad con el fin de satisfacer las necesidades de la ciudadanía y promover igualdad de oportunidades, bienestar y justicia social. Suelen ser de carácter gratuito o económicos para las personas usuarias, dado que las entidades que lo ofrecen o el estado asumen parte o la totalidad de su coste. Se incluyen aquellos servicios gestionados y ofrecidos por el Estado (i.e. sanidad, educación, orientación socio-laboral, seguridad), los que tienen su base en la propia comunidad (i.e. asociaciones vecinales y culturales) u otras entidades privadas o al margen del Estado (i.e. ONGs, servicios religiosos, servicios de ocio). En este trabajo

Consideraciones de género: en esta tesis se han seguido las reglas de la Real Academia Española para abordar las cuestiones de género. Esta propone el uso del masculino genérico, en su condición de término no marcado en la oposición masculino/femenino.

1. Introducción

Dotar de competencia cultural a los proveedores de servicios comunitarios es una meta constante en las agendas sociales europeas de las últimas décadas. Se asume que estos profesionales deben desarrollar competencias que les hagan sensibles a la diversidad cultural de las poblaciones y sean capaces de prestarles servicios ajustados a sus necesidades. (Dreachslin, Gilbert y Malone, 2013; Weaver, 2008; Dana y Allen, 2008). Aunque existen diferentes aproximaciones en su conceptualización, todas coinciden en que la competencia cultural incluye un conjunto de actitudes, conocimientos y habilidades que habilita a las personas para ser efectivas en sociedades diversas (Balcazar, Suarez-Balcazar, Willis y Alvarado, 2010; Marmot, 2007). La competencia cultural de los proveedores de servicios comunitarios es considerada un vector clave en el bienestar de las personas migrantes y en el fomento de la cohesión en los enclaves donde estas se asientan (Beauchamp, 2013; Friel, Bell, Houweling y Marmot, 2009; Paloma, Garcia-Ramirez y Camacho, 2014).

A pesar de esta convicción, los actuales modelos explicativos de competencia cultural no están siendo capaces de dar respuesta a los desafíos que los proveedores deben afrontar para atender a poblaciones cada vez más heterogéneas y complejas (Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011). Los modelos de competencia cultural—y sus programas formativos u otras acciones derivadas de ellos—no están generando los cambios esperados ni en las prácticas profesionales, ni en las organizaciones, ni en las comunidades (Beach et al., 2005; Dana y Allen, 2008). Para lograrlo, recientes enfoques apuestan por desarrollar aproximaciones que otorguen a los proveedores de servicios capacidad para impulsar cambios en sus organizaciones y en las comunidades en las que trabajan, dirigidas a promover equidad y justicia social (Ingleby, Chimienti, Hatziprokopiou, Ormond y De Freitas, 2005; Napier et al., 2014). La falta de funcionalidad y transferencia de los modelos de competencia cultural se debe a varias limitaciones, derivadas del enfoque biomédico imperante en este campo.

En este estudio arrojamos luz sobre estas limitaciones y proponemos un modelo de Competencia Cultural Comunitaria (CCC) desde los principios y valores de la Psicología comunitaria. Según Suarez-Balcazar, Balcazar, Garcia-Ramirez y Taylor-Ritzler (2014), esta perspectiva permite desarrollar modelos de competencia cultural que asumen la interseccionalidad de la cultura y las múltiples dimensiones de diversidad que definen a los seres humanos. Asimismo, adopta un enfoque ecológico que sitúa la competencia cultural en escenarios concretos, enfatizando la interdependencia de los proveedores con las organizaciones y comunidades donde desarrollan su trabajo. La Psicología comunitaria

toma como fin último el cambio social y, en consecuencia, orienta la conceptualización de la competencia cultural a todos los proveedores involucrados en la acción comunitaria. Por otra parte, este estudio trata de dar respuesta a la urgencia de disponer de instrumentos capaces de medir la competencia cultural desde una perspectiva integral y enfocada al diseño de acciones que mejoren el bienestar de la población migrante (WHO, 2010). Para ello, hemos diseñado el *Instrumento de Competencia Cultural Comunitaria (ICCC)* y dos herramientas gráficas que facilitan la interpretación, contextualización y difusión de sus resultados.

A continuación, a través de las secciones de este documento, se expondrá por qué y cómo fue diseñado el modelo de CCC, así como las evidencias de validez obtenidas en este estudio. Primero, se justifica la importancia de estudiar la competencia cultural de proveedores de servicios públicos en una sociedad cada vez más diversa como la europea, enfatizando la necesidad de orientarla hacia la equidad. Segundo, se presenta una revisión bibliográfica de los modelos de competencia cultural, señalando sus principales aportaciones y limitaciones. Tercero, se expone la perspectiva de la Psicología comunitaria como marco desde el cual se propone superar dichas limitaciones, proponiendo un nuevo modelo basado en sus principios y valores. Cuarto, se enuncian los objetivos e hipótesis del estudio. Quinto, se detalla el método seguido para llevar a cabo la investigación. Sexto, se presentan los resultados obtenidos para discutir los mismos y ofrecer una conclusión final.

1.1. Relevancia del problema: La importancia de la competencia cultural y la necesidad de orientarla hacia la equidad

En este apartado se justifica la relevancia que la movilidad y las poblaciones migrantes tienen en la conformación de las comunidades y—consecuentemente—la importancia de la competencia cultural en la provisión de servicios públicos. Posteriormente, se resume la historia del concepto, desde sus orígenes en EEUU, junto a los movimientos por los derechos civiles, hasta su incorporación a Europa. Mediante las diferencias existentes entre ambos contextos, se justifica la necesidad de reorientar los modelos de competencia cultural hacia la equidad.

1.1.1. La movilidad humana y la pluralidad de las personas desplazadas como punto de partida

La movilidad humana está sufriendo un aumento sin precedentes históricos, derivado de la globalización, las desigualdades socio-económicas entre países, la violencia y la reducción de los costos de los medios de transporte (Carr, 2010; SCRA, 2016). En el año 2014 (año en que se realizó este estudio) hubo 214 millones de migrantes internacionales y 15.4 millones de refugiados en el mundo (IOM, 2014). Además, hay que tener en cuenta que seis de cada diez personas de las que abandona su hogar son desplazados internos—conformando una migración silenciosa (Europapress, 2016). Por otra parte, el turismo internacional se ha duplicado en menos de diez años, sobrepasando los 1.000 millones de turistas en 2013, según *the World Bank* (2014). Paralelamente, durante el curso 2012/2013 cerca de 270.000 estudiantes de 33 países europeos disfrutaron de una beca del programa Erasmus, frente a los 3.244 que lo hicieron en 1987 (*European Commission*, 2014). Estos números exigen un análisis profundo que facilite saber las trascendentes implicaciones de estos flujos para las sociedades receptoras, sus instituciones y sus sistemas de protección. Es fundamental observar la heterogeneidad de las personas desplazadas y profundizar en la comprensión de sus necesidades—y con ellas, las de los que las atienden.

Frecuentemente, los motivos del desplazamiento suelen clasificarse en términos de "expulsión y atracción" (*push and pull*; Todaro, 1980). Entre los factores de expulsión, destacan la pobreza, los conflictos armados y/o las consecuencias del cambio climático en las regiones de origen. Entre los factores de atracción, aparecen las ventajas comparativas en términos de prosperidad económica, empleabilidad y bienestar sociopolítico de los países de destino. Un claro ejemplo de ello se encuentra en los miles de personas que migran actualmente desde países de Oriente Medio o el norte de África. Según la IOM (2016), estos muestran tres tendencias principales de movilidad: (1) migración forzosa y desplazamientos internos resultado de crisis prolongadas y conflictos bélicos en las regiones de origen (e.g. Irak, Libia y Siria), (2) migración irregular dirigida hacia Europa y los países del Golfo pérsico y (3) migración económica hacia países del Golfo.

En función de los motivos del desplazamiento, los países receptores llevan a cabo una diferenciación jurídica por la que se otorga el estatus migratorio a cada recién llegado, i.e. refugiado, solicitante de asilo, migrante económico, migrante irregular (Arenas, 2009). Sin embargo, la complejidad de los actuales flujos migratorios ha dejado obsoletas estas categorías. De hecho, actualmente, migrantes económicos, víctimas del tráfico humano, solicitantes de asilo y refugiados viajan juntos por las mismas rutas y son tratados en las

fronteras sin opciones claras de hacer respetar sus derechos. Asimismo, una misma persona suele cambiar de estatus a lo largo de su proceso migratorio, encajando o no en las categorías establecidas. Este es el caso de aquellos migrantes económicos que entraron de forma regular en Europa y perdieron su trabajo ante la crisis socio-económica y, con él, su situación de regularidad. Igualmente, existen nuevas realidades que no han sido establecidas previamente, como la situación de los miles de solicitantes de asilo que han sido obligados a abandonar su proyecto migratorio y carecen de recursos para definir uno nuevo o volverse al lugar del que partieron—muchas veces destruidos por la guerra. Estos han sido denominados como *stranded migrants* (Gois y Campbell, 2013) y actualmente son conocidos por los miles de casos de personas relegadas en centros o campos de refugiados en países de tránsito como Grecia.

Numerosos estudios muestran que el estatus migratorio determina el nivel de salud (Carrasquillo, Carrasquillo y Shea, 2000; OIM, 2013; WHO, 2010). Consistentemente, la población autóctona obtiene mejores resultados que la población migrante, dentro de la cual existen diferencias en detrimento de los migrantes indocumentados, seguidos de los económicos y de las personas que han logrado la nacionalidad en el país receptor (Derose, Escarce y Lurie, 2007, Llop-Gironés, Vargas, Garcia-Subirats, Aller y Vázquez, 2014; Ingleby, 2012; Rechel, Mladovsky y Devillé, 2011). No obstante, algunos autores afirman que muchas diferencias se disipan si se introduce el nivel socioeconómico en la ecuación, encontrando que los grupos con menor nivel presentan peor salud (Rechel et al., 2011). Otros autores señalan que un bajo nivel socioeconómico es también consecuencia del estatus migratorio, debido a la reducción de titularidad de acceso a los servicios de algunos colectivos migrantes (Huddleston, Bilgili, Joki y Vankova, 2015) y la exclusión social que sufren (Ingleby, 2012; Napier et al., 2014).

Estas desigualdades son evitables y deben vincularse a las condiciones de salida de sus lugares de origen, de tránsito y de recepción que se les ofrece (Albar et al., 2010; Ingleby, 2012; Marmot, 2007; Paloma et al., 2014). Frecuentemente, los migrantes resisten precarias condiciones laborales y ocupan puestos de trabajo de muy baja calidad—inferiores a su capacidad o formación. Asimismo, muchos viven en viviendas con pobres condiciones de habitabilidad o salubridad, frecuentemente situadas en zonas segregadas. Además, muchos colectivos encuentran barreras de acceso a los servicios públicos, ya sea por limitaciones en su titularidad o por una escasa adaptación de los servicios a sus características y necesidades. La insuficiente formación de los profesionales para atender correctamente a estas poblaciones es un determinante clave en esta ecuación de inequidad.

Es por ello, que las sociedades receptoras están impelidas a adaptar sus políticas, estructuras y servicios a la diversidad en la población, enfocándose en la reducción de las inequidades en salud (Ingleby, 2012; Marmot, 2007; Napier et al., 2014). Con tal fin la Organización Mundial de la Salud en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2008 urgió a garantizar sistemas de salud sensibles a la diversidad cultural de las poblaciones migrantes. Asimismo, se resaltó la necesidad de monitorizar y evaluar su impacto sobre la salud de los migrantes a través de instrumentos válidos y datos comparables.

1.1.2. El origen de la competencia cultural en EEUU

La competencia cultural surge en la década de los sesenta del siglo pasado en EEUU, junto a los movimientos en defensa de los derechos civiles. Las minorías étnicas, con especial protagonismo la población afroamericana, comenzaron a manifestarse en reacción a la dominación y racismo de una mayoría blanca. Como ciudadanos, en su mayoría nacidos en EEUU, reclamaban recibir un trato igualitario y el derecho de expresar su identidad cultural libremente (Chiarenza, 2012).

Se marca, como hito en el reconocimiento de la igualdad, el caso “Brown contra el consejo de educación de Topeka (Kansas, 1954)”. Este resultó en una sentencia judicial histórica de la Corte Suprema de los EEUU, donde se declaró que las leyes estatales—que establecían escuelas separadas para estudiantes blancos y negros—negaban la igualdad de oportunidades educativas (López y Burciaga, 2016). Esta sentencia abrió el camino para acabar con una larga historia de segregación y racismo institucional, orientando los servicios públicos hacia la integración racial (Weaver, 2008). A partir de este hecho, los proveedores de servicios comenzaron a preguntarse cómo responder a las necesidades de la población afroamericana y muchos servicios se esforzaron en ofrecer un trato igualitario.

A pesar de que el trato igualitario supuso un gran avance en la reducción de diferencias evitables e injustas entre usuarios según su etnia, también implicó que no se valorasen otras diferencias culturales no evitables y justas. Esta tendencia, denominada *color-blind racism* (Carr, 1997), fue ampliamente criticada por tender al etnocentrismo y justificar el *status quo*; lo cual, en última instancia, seguía sin responder a las necesidades de las minorías (Weaver, 2008). Además, aunque sancionaba actitudes racistas en proveedores de servicios, la sociedad norteamericana aún conservaba condiciones estructurales, institucionales y sociales que mantenían las desigualdades y los privilegios

raciales. En respuesta, los servicios se enfocan a lograr cambios en los resultados de salud más que en ofrecer un trato igualitario.

En los 70's empieza a reconocerse la importancia de la sensibilidad cultural en los servicios públicos, apareciendo la competencia cultural como un puente para reducir la distancia entre proveedores y usuarios (Betancourt, 2006). Desde entonces, se entiende que recibir un servicio culturalmente adecuado es un derecho y que no ofrecerlo es una práctica discriminatoria (McPatter, 1997). Por ello, han proliferado leyes, directrices y programas dirigidos a garantizar la competencia cultural de los proveedores— fundamentalmente, enfocados a servicios de salud. Una de las directrices más populares son los *Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS)* desarrollados por la *Office of Minority Health (OPHS, 2001)* del *Department of Health and Human Services* del Gobierno de EEUU. Los CLAS guían la práctica sanitaria a nivel estatal con el objetivo de contribuir a la eliminación de las disparidades en salud asociadas a la etnia y mejorar el bienestar de la ciudadanía estadounidense.

La OPHS estableció el *Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care*, cuya función es desarrollar programas de formación y guías de actuación para profesionales y organizaciones sanitarias. Paralelamente, muchos centros de formación también han desarrollado programas en esta dirección. Ejemplo de ello es el *Center on capacity building for minorities with disabilities research* de la Universidad de Illinois de Chicago, que entre los años 2005 y 2008 formó a más de mil personas de 68 organizaciones que trabajaban con personas con diversidad funcional en Illinois (Balcazar, Suarez-Balcazar y Taylor-Ritzler, 2009).

De igual forma, la competencia cultural ha ido incluyéndose en los códigos deontológicos y guías éticas de la mayoría de profesiones de ayuda. Algunos ejemplos son *The American Psychological Association, The American Nurses Association, The American Medical Association, The American Academy for Family Practice, The American Hospital Association*. Según Aasche-Orlow (2004), estas guías se rigen por tres principios básicos: (1) el reconocimiento de la importancia de la cultura en la vida de las personas, (2) el respeto por las diferencias culturales y (3) la minimización de las consecuencias negativas de las diferencias culturales. Para ello se proponen varias líneas de acción, centradas en el aprendizaje de la cultura de los usuarios y habilidades para manejar la diferencia cultural, la promoción de la multiculturalidad, así como la defensa de los derechos humanos y la justicia social.

Por otra parte, la incorporación de profesionales pertenecientes a minorías étnicas a las plantillas de trabajadores de los servicios públicos también ha ido incrementando a lo largo del tiempo. Este hecho, además de natural con el paso del tiempo en un contexto

multicultural, ha sido promovido por iniciativas estatales que velaban por la igualdad de oportunidades (Qureshi y Collazos, 2006). El aumento de la diversidad de los proveedores, en parte, ha reducido la brecha cultural con algunos usuarios. Asimismo, ha puesto de manifiesto que la competencia cultural es necesaria para cualquier proveedor, independientemente de su origen cultural.

1.1.3. La necesidad de redefinir la competencia cultural en el marco europeo

En Europa, la preocupación por la competencia cultural aparece vinculada al incremento de las migraciones en el marco regulador del modelo de bienestar social europeo (Chiarenza, 2012; Qureshi y Collazos, 2006). Este modelo asume que el Estado garantiza un conjunto de servicios mínimos a la población (i.e. educación, sanidad, servicios sociales, seguridad social), los cuales son ofrecidos desde los servicios públicos (Navarro, 2004). Este modelo ha sido—y sigue siendo—el sello de identidad de las democracias europeas desde el fin de la segunda guerra mundial. Desde entonces, Europa se ha convertido en el destino deseado de millones de personas de todo el mundo que buscan prosperidad para ellos y sus familias (Eurostat, 2015a).

Actualmente, las migraciones son uno de los ejes principales del cambio poblacional europeo. En enero de 2014, la UE contaba con 506.8 millones de residentes, de los cuales 34.1 millones eran extranjeros. Estos se dividían en 14.3 millones de ciudadanos de otros estados miembros de la UE y 19.8 millones de ciudadanos de países no pertenecientes a la UE, lo que supone un 3.9% del total (Eurostat, 2015b). En cuanto a la migración irregular, según la agencia Frontex (2015), en 2014 se detectaron más de 280.000 cruces ilegales de fronteras, alcanzando un máximo histórico. Asimismo, hubo 626.000 solicitudes de asilo en los estados de la UE (UNHCR, 2015), reflejo del comienzo de la llegada masiva de personas en busca de refugio a sus fronteras—fundamentalmente procedentes de Siria—y que hoy en día está generando una crisis humanitaria sin precedentes. Estos datos (tomados de 2014 para coincidir con la recogida de datos de este estudio) no han mejorado en los últimos años.

La movilidad de las personas migrantes en Europa está regulada mediante el *espacio Schengen*. Este empezó a funcionar en 1995 para facilitar la libre circulación y reforzar la seguridad. Se suprimieron las fronteras comunes entre los países integrantes y se establecieron controles comunes en las fronteras exteriores. Según la Comisión Europea (s.f.), en la práctica, el espacio *Schengen* funciona en términos migratorios como un solo país, dentro de los 26 países europeos que lo componen: Bélgica, Chequia, Dinamarca, Alemania, Estonia, Grecia, España, Francia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Hungría,

Malta, los Países Bajos, Austria, Polonia, Portugal, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia y Suecia, así como Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza.

Las políticas europeas relacionadas con la integración de la población migrante son diversas y están muy vinculadas a la historia migratoria de cada país (Salt, 2011). Los países de larga trayectoria migratoria, como Alemania, Reino Unido, Francia, Austria, Suiza, Suecia y Dinamarca, reciben, progresiva y regularmente, a migrantes económicos y sus familias desde los años 60. Estos países tienen unas políticas equitativas en materia de integración y bienestar social (Huddleston, Bilgili, Joki y Vankova, 2015), por lo que la mayoría de migrantes que llegan a Europa desean vivir en ellos. Otros países como España, Italia, Portugal, Grecia e Irlanda, han cambiado la direccionalidad de su flujo migratorio en las últimas décadas. En los años 80-90 se convirtieron en receptores debido a su creciente prosperidad económica y al endurecimiento de las políticas migratorias de los países del norte de Europa. Estos han hecho grandes esfuerzos para asimilar la llegada abrupta de miles de personas, especialmente en los últimos años con la llegada masiva de solicitantes de asilo procedentes de Oriente Medio. Los países situados en las fronteras del este, como Chipre, Hungría, República Checa, Eslovaquia y Eslovenia, han comenzado a ser considerados como un posible destino a partir de los 90s, tras su incorporación a la Unión Europea y su estabilización sociopolítica y económica. Sin embargo, en los últimos años están endureciendo sus políticas migratorias y limitando la llegada y acogida de personas migrantes.

En este escenario demográfico y sociopolítico, la competencia cultural empieza a considerarse clave para la reconstrucción de Europa. Sin embargo, no parece una tarea fácil, dada la heterogeneidad de los flujos migratorios y la complejidad de la propia Unión Europea como supraestructura estratégico-política. Además, Europa sufre actualmente una profunda crisis sociopolítica que está poniendo en tela de juicio su identidad y la sostenibilidad del estado de bienestar. Por un lado, es creciente la tendencia europea hacia el desarrollo de políticas neoliberales y la privatización de los servicios públicos, que deja desprotegidos a los grupos más vulnerables—como es el caso de algunas poblaciones migrantes (Navarro, 2007). Por otro lado, ante la creciente llegada de personas en busca de asilo, muchos países de la UE están reforzando y bloqueando sus controles fronterizos que alimentan actitudes de rechazo (IOM, 2016). Amnistía Internacional (2016) ha denunciado la violación de las directrices europeas e, incluso, de los derechos humanos, especialmente en los países fronterizos. Todo ello está generando fuertes divisiones sociales y un aumento de la hostilidad contra las personas migrantes.

Por todo ello, se ha señalado la urgencia de adoptar estándares comunes e ineludibles que guíen las políticas a nivel europeo hacia la equidad y la defensa de los

derechos humanos (Oberoi, Sotomayor, Pace, Weekers y Walilegne, 2013, 2016; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; WHO, 2010). De esta forma, es necesario desarrollar acciones y programas que promuevan el respeto por la diversidad, la justicia social y el bienestar (Chiarenza, 2012; Dana y Allen, 2008). Esto implica una profunda transformación a múltiples niveles, que desafía las prácticas profesionales, las instituciones y las estructuras sociales y las políticas que las sustentan (Dana y Allen, 2008; Ingleby et al., 2005; Seeleman, Essink-Bot, Stronks y Ingleby, 2014). Hacia esta dirección debe orientarse la formación en competencias de los proveedores de servicios públicos en la Europa actual.

Para lograr esta transformación, se hace necesaria la revisión de los modelos de competencia cultural que han guiado la investigación y el desarrollo de acciones hasta ahora, puesto que fueron desarrollados para responder a situaciones que ya no se corresponden con las actuales. Se deben buscar nuevas perspectivas desde las que actualizarlos teóricamente, así como diseñar herramientas que lleven estos modelos a la práctica, facilitando el diseño de acciones comunitarias en las organizaciones y comunidades (Abe, 2012; Chiarenza, 2012; Council of Europe, 2011; WHO, 2012).

1.2. Los modelos de competencia cultural: El estado del arte

Este apartado ofrece una revisión de los modelos explicativos de competencia cultural publicados entre los años 1991 y 2016. Para ello, se combinaron tres fuentes de información: (1) la revisión bibliográfica realizada por Balcazar et al. (2010), que recogió los modelos publicados entre 1991 y 2006, (2) la revisión bibliográfica llevada a cabo por Alizadeh y Chavan (2016) de los modelos publicados entre 2000-2013, y (3) una revisión desarrollada en 2016 por la autora del presente estudio con el objetivo de identificar otros modelos que no hubieran sido incluidos en las anteriores revisiones, con especial foco en el campo de la Psicología.

Se partió de la revisión de Balcázar y colaboradores (2010), una revisión sistemática de la literatura científica sobre este tópico hasta el año 2006. Esta revisión fue llevada a cabo mediante las bases de datos *psychINFO*, *PubMed*, *ERIC* y *Google Scholar*, con el objetivo de recopilar artículos y capítulos de libros relativos a modelos explicativos de competencia cultural publicados entre 1991-2006. Los términos utilizados para la búsqueda fueron “cultural competence models”, “cultural knowledge”, “cultural awareness”, “cultural competency research”, “multiculturalism”, “minorities” y “cross-cultural services/care”. De las 259 publicaciones encontradas, tras la lectura de sus resúmenes por parte de dos investigadores independientes, se seleccionaron 32 para la

revisión. Finalmente, 18 documentos exponían modelos únicos sobre competencia cultural.

En segundo lugar, se ha incluido la revisión realizada por Alizadeh y Chavan (2016), que incluyó estudios publicados entre 2000 y 2013, la cual completaba la anterior revisión. Esta revisión utilizó tanto bases de datos (i.e. *EBSCOhost*, *Springerlink*, *Emerald*, *ScienceDirect*, *SAGE Journals Online*, *Proquest*, *Web of Science*, *NLM Gateway*, *Medline/Ovid*, *Medline/PubMed*, *IngentaConnect* and *CINAHLPlus*) como en revistas concretas (i.e. *Journal of Transcultural Nursing*, *the Journal of Cultural Diversity*, *International Journal of Intercultural Relations*). Los términos de la búsqueda fueron: “cultural competence” OR “cultural competency” OR “intercultural competence” OR “intercultural communication competence” OR “multi-cultural competence” OR “cross-cultural competence” OR “culturally competent communication” AND “Model” OR “Framework” OR “Schematic design”. Se identificaron 1204 artículos en la búsqueda, de los cuales, tras la revisión de los resúmenes por parte de dos investigadores independientes, 18 publicaciones hacían referencia a modelos únicos explicativos de la competencia cultural.

Con el fin de completar estas revisiones hasta 2016 y de acuerdo con la perspectiva y meta de nuestro trabajo, se realizó un *scoping review* de modelos publicados entre 2006-2016 utilizando *psychINFO* como base de datos. Como términos de búsqueda, se utilizaron aquellos utilizados en las anteriores revisiones que abarcaban la competencia cultural de forma genérica. Concretamente, se emplearon “cultural competence” OR “intercultural competence” AND “model” OR “review” OR “research”. De los 52 resultados de la búsqueda, se identificaron 7 estudios sobre modelos diferentes a los incluidos en las anteriores revisiones.

Combinando los resultados de estas tres revisiones, se hallaron 36 modelos explicativos de competencia cultural diferentes. En la tabla 1 aparecen ordenados cronológicamente, indicando sus principales características y la fuente donde fueron encontrados. A continuación, se detallan las principales propiedades de dichos modelos y sus limitaciones.

Tabla 1 Resumen de los modelos explicativos de competencia cultural (1991-2016)

Autor (año)	Componentes de los modelos					Área	Metodología	Instrumento	Fuente
	Conciencia	Conocimiento	Habilidad	Deseo	Otros				
Sue, Arredondo y Roderick (1992)/ Sue (2001)	x	x	x			Sanidad	Investig.	x	R1, R2
Steenbarger (1993)	x	x	x		x	Sanidad			R1
Poole (1998)	x	x	x	x		T. Social			R1
Salimbene (1999)	x	x	x			Sanidad			R1
Willis (1999)	x	x	x		x	Sanidad			R1
Campinha-Bacote (1999, 2002)	x	x	x	x	x	Sanidad	Investig.	x	R1, R2
Harris-Davis y Haughton (2000)	x	x	x			Sanidad	Investig.	x	R1
Wells (2000)	x	x	x		x	Sanidad			R1
Kim-Godwin, Clarke, y Barton (2001)	x	x	x			Sanidad	Investig.	x	R1, R2
Jezewski y Stonik (2001)					x	Sanidad			R1
Burchum (2002)	x	x	x	x	x	Sanidad	Revisión lit.		R2
Earley (2002)	x	x	x	x		Empresa	Revisión lit.	x	R2
Moffit y Wuest (2002)						Sanidad			R1
Papadopoulos y Lees (2002)	x	x	x		x	Sanidad	Revisión lit.	x	R1, R2
Hart, Hall, y Henwood (2003)	x	x	x	x		Sanidad	Revisión lit.		R1
Doorebos y Schim (2004)	x	x	x		x	Sanidad	Investig.	x	R1, R2
Suh (2004)	x	x	x	x	x	Sanidad	Revisión lit.		R1, R2
Teal and Street (2009)	x	x	x			Sanidad	Revisión lit.		R1, R2
Glockshuber (2005)	x	x	x		x	Sanidad	Investig.	x	R1
Arasaratnam (2006)	x		x	x		Educación	Investig.	x	R2
Deardorff (2006)		x	x	x		Educación	Delphi		R2
Fantini (2006)	x	x	x	x		Empresa	Revisión lit.	x	R2
Johnson, Lenartowicz y Apud (2006)		x	x	x		Empresa	Revisión lit.		R2
Sue (2006)					x	Sanidad			R3
Abbe et al., (2007)		x	x	x		Ejército	Revisión lit.		R2

Tabla 1 Resumen de los modelos explicativos de competencia cultural (1991-2016) (cont.)

Autor (año)	Componentes de los modelos					Área	Metodología	Instrumento	Fuente
	Conciencia	Conocimiento	Habilidad	Deseo	Otros				
Kupka y Everett (2007)	x	x	x	x	x	Empresa	Revisión lit.	x	R2
Thomas et al. (2008)	x	x	x			Empresa	Revisión lit.		R2
Overall (2009)		x	x		x	Empresa	Revisión lit.		R2
Balcazar et al. (2009)	x	x	x	x	x	Sanidad	Revisión lit. / investig.	x	R2
Rogers-Sirin y Sirin (2009)	x		x			Educación	Investig.	x	R1
Hernández et al. (2009)					x	Sanidad	Revisión lit.		R3
Hernandez y Kose (2012)					x	Educación	Investig.	x	R3
Owiti, Ajaz, Ascoli, Jongh, Palinski, y Bhui (2014)					x	Sanidad	Investig.	x	R3
Cope (2015)					x	Sanidad			R3
Rikard, Hall y Bullock (2015)					x	Sanidad	Investig.		R3

Nota: R1=revisión de Balcázar, R2=revisión de Alizadeh, R3=revisión propia.

1.2.1. Propiedades de los modelos de competencia cultural

1.2.1.1. Los modelos de “competencia cultural” se construyen desde los conceptos de “cultura” y “competencia”

Aunque todos los modelos toman como punto de partida los conceptos de cultura y competencia como elementos centrales, existe un prolijo debate en torno al significado de cada uno de ellos y sus implicaciones en la conformación de la “competencia cultural”.

“Cultura” suele ser referida como las creencias, valores, reglas y costumbres compartidas por un grupo, a través de las cuales interpretan el mundo y establecen sus patrones de comportamiento (Cope, 2015; Kim-Godwin et al., 2001; Kagawa-Singer, Dressler, George y Elwood, 2014). Los modelos de competencia cultural frecuentemente equiparan el grupo de pertenencia cultural al grupo étnico (Owiti et al., 2014). La adquisición de conocimiento sobre las diferentes culturas es un componente fundamental en muchos modelos ya que defienden que disponer de información sobre un grupo étnico/cultural permite anticipar el comportamiento de las personas que se identifican con dicho grupo (McPhatter, 1997). En este sentido, se asume que la cultura es la lente a través de la cual los usuarios ven e interpretan el mundo que les rodea, pero también la que emplean los proveedores para interpretar la conducta de esos usuarios. Existe un amplio debate en torno a este concepto y sus implicaciones para la provisión de servicios comunitarios (Kagawa-Singer, et al., 2014). Citando las recomendaciones de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2003), la cultura consiste en “un sistema de creencias y valores que influyen sobre las costumbres, normas, prácticas e instituciones sociales” (p. 380). La cultura, por tanto, va más allá de la pertenencia a un grupo y se vincula a los contextos sociales de estos grupos, por lo que debe ser observado como un concepto dinámico (Balcázar et al., 2010).

Por su parte, el término “Competencia” es generalmente entendido como la capacidad para responder de forma efectiva a los objetivos y metas planteadas (McPhatter, 1997). Ser competente permite desarrollar una práctica profesional apropiada y congruente con las expectativas de los miembros del contexto cultural donde se desarrolla (Dana, Behn y Gonwa 1992; McPhatter, 1997). La importancia del término radica en el hecho de que una competencia puede mejorarse mediante entrenamiento, a diferencia de otros conceptos como valores o personalidad. Este enfoque permite impulsar los programas de formación en competencia cultural como

una herramienta necesaria en sociedades plurales. Dicha formación implica el abordaje de conocimiento, actitudes, habilidades y otros dominios necesarios para ajustar las necesidades de los proveedores, sus usuarios, las organizaciones y la sociedad en general (Chipps, Simpson y Brysiewicz, 2008).

1.2.1.2. La competencia cultural es un constructo multidimensional

La mayoría de modelos coinciden en que la competencia cultural es un constructo multidimensional que incluye un componente cognitivo, un componente afectivo/actitudinal y un componente conductual (ver Figura 1). Estos siguen la estructura de los modelos tridimensionales de actitud (Greenwald, Brock y Ostrom, 2013). El componente cognitivo se refiere a la forma de percibir el mundo, a sí mismo y al objeto de la actitud—en este caso, a los usuarios y sus comunidades. El componente afectivo/actitudinal implica los sentimientos y tendencias emocionales hacia dicho objeto de valoración. Finalmente, el componente conductual hace referencia a la disposición o intención de conducta, así como a su materialización.

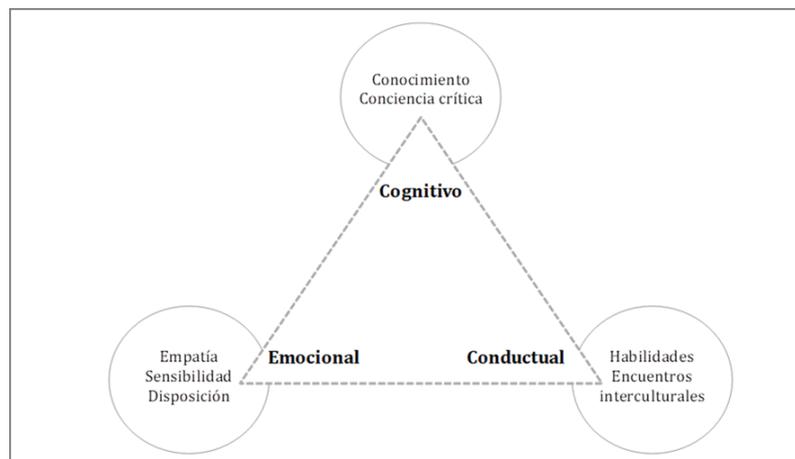


Figura 1 Componentes de la competencia cultural

Entre los elementos cognitivos, los modelos incluyen el *conocimiento* sobre otras culturas, que ayuda a familiarizarse con usuarios potenciales según sus patrones comportamentales, así como comprender mejor sus creencias sobre salud y su cuidado, el acceso a los servicios, etc. (Campinha-Bacote, 1999). Otros modelos incluyen la *conciencia crítica* o capacidad para tomar conciencia del propio bagaje cultural, el análisis de la posición de privilegio en la sociedad y su influencia sobre la práctica profesional. La conciencia crítica ayuda a los proveedores a reflexionar sobre sus propios prejuicios y las situaciones de opresión en que han estado involucrados (Balcázar et al., 2010; Glockshuber, 2005; Hart et al., 2003; Salimbene, 1999).

Los componentes emocionales o actitudinales están basados en el respeto a la diversidad, el desarrollo de *sensibilidad cultural* (Buchum, 2002; Doorebos y Schim, 2004; Papadopoulos y Lees, 2002) y *empatía etnocultural* (Arasaratnam, 2006; Dearthoff, 2006). Estas actitudes aumentarán la capacidad de los proveedores para comprender a sus usuarios y para tratarlos de forma consistente y significativa, fortaleciendo así su relación (Glockshuber, 2005; Sue et al., 1992). Algunos modelos introducen también la *disposición* o motivación para adquirir/mejorar la competencia cultural como elemento indispensable en el proceso, el cual suele situarse como el primer paso (Balcázar et al., 2010; Campinha-Bacote, 1999).

Prácticamente todos los modelos incluyen componentes conductuales en términos de *habilidades* para gestionar la diversidad. Especialmente se proponen habilidades que facilitan las relaciones interpersonales con personas de otras culturas, como son las habilidades comunicativas. Entre estas destacan el conocimiento de idiomas, la decodificación de los patrones de comunicación no verbal, la capacidad de colaboración con intérpretes y el manejo de traductores (Kupka y Everett, 2007; Steenbarger, 1993). También se proponen habilidades relacionadas con la flexibilidad (Moffit y Wuest, 2002; Poole, 1998; Thomas et al., 2008), la cual se define como la capacidad para adaptarse a diferentes situaciones interculturales y tomar perspectiva (Suh, 2004). Asimismo, otros modelos incluyen la participación en *encuentros interculturales* como parte del proceso de competencia cultural (Campinha-Bacotte, 2002; Kupka y Everett, 2007; Overall, 2009). Este es el caso del modelo de Campinha-Bacotte (1999), que lo define como el proceso que motiva a los proveedores a participar en interacciones cara-a-cara con personas con diferente bagaje cultural. Según la autora, esto ampliará conocimientos y habilidades para ser efectivos en ambientes diversos y reducirá la probabilidad de caer en estereotipos. La dimensión conductual está adquiriendo cada vez más protagonismo, puesto que se considera fundamental para transferir los elementos cognitivos a la práctica profesional (Cope 2015; McPhatter, 1997).

1.2.1.3. La mayoría de modelos han sido diseñados para profesionales de la salud

La mayoría de modelos han sido diseñados principalmente para dar respuesta a profesionales que ofrecen servicios relacionados con la salud. Concretamente, 22 de los 36 modelos explorados se dirigen a profesionales de la medicina, la enfermería y la psicología. No obstante, si se explora la línea temporal, cada vez es más común encontrar modelos para profesionales de otros campos, como la educación (Hernández

y Kose, 2012; Rogers-Sirin y Sirin, 2009), los servicios sociales (Colvin-Burque et al., 2007; McPhatter, 1997; Poole, 1998) y otros campos que empiezan a cobrar protagonismo en la prestación de servicios en el nuevo escenario migratorio, como son las fuerzas y cuerpos de seguridad (Abbe et al., 2007).

Los modelos centrados en el ámbito de la educación están dirigidos, fundamentalmente, a diseñar programas de entrenamiento que fortalezcan la conciencia crítica de los proveedores. Por ejemplo, el modelo de Rogers-Sirin y Sirin (2009), denominado *Racial and Ethical Sensitivity Training KIT*, tiene dos objetivos. El primero es incrementar la capacidad para reconocer dilemas éticos derivados de la intolerancia en el aula. El segundo implica desarrollar en los proveedores habilidades para solucionar dichos dilemas y gestionar conflictos interculturales. Por su parte, el *Developmental Model of Intercultural Sensitivity*, propuesto por Hernández y Kose (2012), se centra en la actitud que presentan los gestores de centros educativos hacia la diversidad. Valora esta actitud en un continuo con seis fases, que avanzan desde sus formas más etnocentristas hacia otras que implican una mayor competencia cultural.

Los modelos dirigidos al campo del trabajo social, por su parte, tienen un foco dirigido principalmente a la concienciación de los proveedores sobre los determinantes sociales de la salud y las inequidades sociales. Por ejemplo, el *Inequalities imagination Model* de Hart et al. (2003) redefine el modelo de Campinha-Bacote (1999) para facilitar prácticas no-opresivas. Estos modelos sitúan el énfasis en la equidad—más que en elementos culturales—y tratan de contextualizar la competencia cultural, al menos teóricamente.

En cuanto al ámbito militar, el único estudio encontrado pretende identificar las competencias que deben desarrollar los sargentos para comprender mejor al adversario, interactuar efectivamente con poblaciones locales y con posibles socios en coaliciones (Abbe et al., 2008). Proponen una serie de competencias generales, basadas principalmente en el conocimiento cultural y habilidades para gestionar la diversidad, así como recomendaciones para su medición y entrenamiento en este ámbito.

1.2.1.4. Los modelos se orientan a conceptualizar y/o entrenar la competencia cultural

Muchos modelos presentan un enfoque exclusivamente dirigido a la conceptualización teórica de la competencia cultural (Cope, 2015; Doorebos y Schim, 2004; Harris-Davis y Haugton, 2000; Hernández et al., 2009), centrándose en operativizar los componentes que la conforman. Estos modelos suelen justificar sus

propuestas de forma teórica, principalmente, mediante revisiones bibliográficas. Pocos estudios han ofrecido evidencias empíricas suficientes para probar la validez de los modelos. En caso de ofrecer datos, estos suelen referirse al grado de fiabilidad del instrumento utilizado o a los resultados de análisis factoriales exploratorios.

Por ejemplo, Harris-Davis y Haughton (2000) pusieron a prueba su modelo sobre 604 nutricionistas. Utilizaron un instrumento creado *ad hoc*, el cual incluía 46 competencias que debían ser ordenadas en función del grado de importancia que los proveedores le daban para ejercer su trabajo con eficacia. Mediante un análisis factorial exploratorio, se extrajeron los tres factores esperados: conciencia multicultural, habilidades y conocimiento. Por su parte, Kim-Godwin et al. (2001), probaron su modelo en 192 estudiantes de enfermería. Desarrollaron la *Cultural Competence Scale* formada por tres dimensiones: sensibilidad cultural, conocimiento y habilidades. Un análisis factorial exploratorio extrajo solo dos factores, dado que los ítems de conocimiento habían saturado en el resto de factores: sensibilidad cultural y habilidades.

Otros modelos sostienen un objetivo más práctico, guiando programas de entrenamiento en competencia cultural (Colvin et al., 2007; Hart et al., 2003; Hernández y Kose, 2012; Owiti et al., 2014; Rogers-Sirin y Sirin 2009). Estos modelos suelen ofrecer evidencias de validez a través de la comparación de medias pre-post entrenamiento, utilizando muestras reducidas y homogéneas—frecuentemente formadas por estudiantes. Por ejemplo, Owiti et al. (2014) desarrollaron un modelo de entrenamiento basado en la consulta clínica cultural. Este fue implementado, a través de 15 sesiones, en 30 profesionales del campo de la salud mental. Igualmente, Colvin-Burque et al. (2007) probaron el *Self and Other Awareness Project* en 110 estudiantes universitarios, comprobando que el entrenamiento tenía un impacto significativo sobre el cambio de actitudes raciales del alumnado.

También existen modelos que se han enfocado tanto a la conceptualización de la competencia cultural como a su aplicación práctica. A continuación se presentan los dos más destacados por sus evidencias científicas y el alcance de sus aplicaciones prácticas.

Por un lado, el modelo de Campinha-Bacote (1999, 2002) define la competencia cultural como el proceso por el que los proveedores se esfuerzan por adquirir capacidad y oportunidades para trabajar eficazmente en los contextos culturales (individual, familiar y comunitario) de los usuarios. Su modelo incluye cinco componentes (1999): (1) *conciencia cultural*, (2) *conocimiento cultural*, (3) *habilidad cultural* o capacidad para evaluar e intervenir con usuarios de otras

culturas, (4) *encuentros culturales* o interacciones cara a cara con usuarios en entornos culturalmente diversos y (5) *deseo cultural* o motivación para ser culturalmente competente. Su aplicación práctica se rige bajo la *Transcultural C.A.R.E. Associates*, dirigida a la práctica clínica, organizacional, investigadora y educativa.

Por otro lado, el modelo de Sue (2001) ofrece un marco conceptual centrado en terapeutas. Este modelo incluye como dimensiones de competencia cultural (1) la *conciencia* sobre actitudes/creencias, (2) *conocimiento* sobre las diferentes culturas y (3) *habilidades* para trabajar en contextos de diversidad. Lo interesante de este modelo es que propone que estas dimensiones operan según dos dominios. El primero es el grupo racial/cultural específico con el que se trabaja, entendiendo que cada grupo tiene su particular visión del mundo, de la salud y de las relaciones terapéuticas. Una importante aportación es que propone que la raza/cultura es sustituible por cualquier categoría que determine la diversidad de un individuo, como el estatus social, género, orientación sexual, etc. El segundo dominio viene definido según el nivel donde la competencia tiene lugar: individual, organizacional y sociedad. Este modelo ha sido base de numerosos programas de entrenamiento (Nwachuku y Ivey, 1991; Sabnani, Ponterotto, y Borodovsky, 1991; Trevino, 1996).

1.2.1.5. Algunos modelos han desarrollado instrumentos de medida

De los modelos revisados, 16 cuentan con cuestionarios o escalas (todas de auto-registro) que permiten medir el grado de competencia cultural a través de un conjunto de ítems que responden a las dimensiones propuestas. Sin embargo, pocos artículos incluyen en detalle las características psicométricas de dichos instrumentos de medida. Esta limitación coincide con otras revisiones de cuestionarios o escalas de competencia cultural (Gozu et al., 2007; Krentzman y Townsend, 2008; Kumas-Tan, Beagan, Loppie, MacLeod y Frank, 2007; Suarez-Balcazar et al., 2011).

De entre los instrumentos de medida encontrados en la revisión, queremos resaltar tres que han ofrecido adecuadas evidencias de validez. Los dos primeros han sido seleccionados por su popularidad; estos son el *Inventory for Assessing the Process of Cultural Comperence Among Helahctcare Professionals* en su versión revisada (IAPCC-R, Campinha-Bacote, 2002) y el *Multicultural Counseling Inventory (MCI)*, (Sodowsky, Taffe, Gutkin y Wise, 1994). El tercero, el *Cultural Competence Assessment Instrument-UIC (CAI-UIC)*, (Suárez-Balcázar et al., 2011), se presenta por su influencia en el diseño del instrumento que aquí se propone.

El *IAPCC-R*, es la versión revisada del *IAPCC* (Campinha-Bacote, 1999), frecuentemente utilizados en el campo de la salud. El *IAPCC-R* está compuesto por 25 ítems tipo Likert de 1-4, que evalúan las cinco dimensiones del modelo de Campinha-Bacote (conciencia cultural, conocimiento cultural, habilidades, encuentros interculturales y deseo cultural). Riley, Smyer y York (2012) realizaron una revisión del instrumento y concluyeron que ofrece suficientes garantías psicométricas para su uso. Reportaron valores de consistencia interna adecuados, dado que el Alpha de Cronbach estaba en un intervalo entre .72 y .90. Su validez de contenido fue verificada por un grupo de expertos en salud transcultural (Campinha-Bacote, 2010) y su validez de constructo fue apoyada por estudios como el de Capell et al. (2008), que confirmaron una relación inversa con la escala de etnocentrismo. Este instrumento ha sido probado en diferentes países y poblaciones (Chae y Kang, 2013; Govere, Fioravanti y Tuite, 2016; Ming-Jung y Keng-Lin, 2007; Olt, Jirwe, Gustavsson, y Emami, 2010).

El *MCI* (Sodowsky et al., 1994) está basado en el modelo de Sue et al. (1992) y se compone de 40 ítems tipo Likert de 1-4. Este instrumento fue puesto a prueba en un estudio en dos pasos. En el primero, se realizaron análisis factoriales exploratorios utilizando una muestra formada por 604 participantes relacionados con el campo de la Psicología (estudiantes y profesionales). En el segundo, se llevaron a cabo análisis factoriales confirmatorios, utilizando una muestra formada por 320 consejeros universitarios. Los resultados indicaron una adecuada fiabilidad y una estructura del *MCI* basada en cuatro factores: conciencia multicultural, conocimiento multicultural, habilidades de *counseling* multicultural y relaciones multiculturales.

Por su influencia en este estudio, cabe referir el *Cultural Competence Assessment Instrument-UIC* (*CAI-UIC*, Suárez-Balcázar et al., 2011), el cual es uno de los pocos instrumentos encontrados que incluye ítems para medir elementos contextuales. Formado por 40 ítems tipo Likert de 1-4, fue diseñado para evaluar competencia cultural en terapeutas ocupacionales en Estados Unidos. En un estudio realizado con 477 profesionales encontraron valores de consistencia interna aceptables, correlaciones significativas moderadas entre las tres dimensiones y evidencias de validez mediante la extracción de los tres factores tras un análisis en dos pasos—primero análisis factorial exploratorio y después confirmatorio. El resultado fue una estructura de competencia cultural formada por tres factores: conciencia/conocimiento (que originalmente se propusieron como dimensiones diferentes), habilidades culturales y apoyo de la organización.

1.2.2. Limitaciones de los modelos de competencia cultural

Las principales limitaciones de los modelos de competencia cultural revisados provienen de que parten de premisas ancladas en el enfoque biomédico. Este modelo se enfoca al tratamiento de las patologías de los individuos, por lo que deriva en análisis e intervenciones individualizados y descontextualizados. Desde esta perspectiva, el profesional aparece como experto con el conocimiento necesario para ayudar al paciente, al que se otorga un rol pasivo y dependiente del primero. El modelo biomédico ha sido la base científica y académica durante mucho tiempo, ofreciendo una visión falsamente neutral y objetiva de la ciencia, ajena al contexto histórico y sociopolítico (Rappaport, 1977). De esta forma, se ignora el papel que juegan los determinantes sociales en los problemas de los usuarios, por lo que este modelo resulta ineficaz para confrontar problemas psicosociales (Levine y Perkins, 1997). Esta perspectiva para el abordaje de la competencia cultural genera numerosas limitaciones a su estudio y aplicación práctica (tabla 2). A continuación se detallan las más notables.

Tabla 2 Características del modelo biomédico y su aplicación a los modelos de competencia cultural

	Características	Aplicación a la Competencia Cultural (CC)
Abordaje de los problemas	Análisis individual, descontextualizado, enfocado al usuario (su patología). Modelo médico, Psicología clínica, modelos biológicos, teorías de personalidad, etc.	Entiende la "Cultura" como concepto rígido, homogéneo y descontextualizado. Enfocado a la distancia cultural. Modelos explicativos de CC individuales: basados en componentes cognitivos, emocionales y conductuales de los proveedores
Inclusión del contexto	Visión falsamente neutral de la ciencia, ajena al contexto histórico y sociopolítico	No analiza cómo los factores del contexto histórico y sociopolítico influyen en los problemas de los usuarios ni en la CC. No incluye elementos de poder
Visión de la relación de ayuda	Visión jerárquica. Profesional como experto vs. usuarios dependientes (definidos según su patología)	Visión etnocentrista. Profesional como experto. Sitúa la diferencia en las personas usuarias (definidas según su cultura)
Tipo de intervención y fin de la misma	Tratamiento terapéutico y eliminación de la patología del usuario	Formación en competencias de profesionales para reducir la brecha cultural entre profesionales y usuarios para hacer más efectivo el tratamiento
Campo de acción	Intervención individual, descontextualizada, específica. Desde servicios sanitarios	Intervención enfocada a resultados en profesionales (principalmente de la salud), sin tener en cuenta su impacto real sobre usuarios y comunidades.
Fin de la investigación	Dar respuesta a preguntas científicas	Escasa integración de investigación (enfocada a desarrollar un corpus teórico sobre CC) vs. acción (dirigida a desarrollar programas de formación)

1.2.2.1. El concepto de “cultura” que subyace en ellos es rígido y no contextual

En muchos modelos la cultura es definida como un elemento rígido y homogéneo, vinculada a la etnia de los usuarios (Balcazar et al., 2010; Chiarenza, 2012). Asumir que todas las personas que pertenecen al mismo grupo cultural experimentan la cultura de la misma forma y presentan las mismas necesidades genera estereotipos (Owiti et al., 2014; Weaver, 2008). Esto puede afectar de forma negativa a la relación profesional-usuario y a la eficacia de la intervención (Napier et al., 2014). De esta forma, la concepción de la competencia cultural como un set de directrices para “hacer” y “no hacer” en relación a un tipo concreto de usuario según su cultura, no resulta efectiva para trabajar en contextos de diversidad (Betancourt, 2004; Kumas-Tan et al., 2007).

Siguiendo a Owiti et al. (2014), es necesario incluir en el concepto de cultura las dimensiones temporales, contextuales e históricas, así como la variabilidad que introduce cada experiencia individual. Desde esta perspectiva surgen concepciones de cultura como un constructo fluido y cambiante, vinculado necesariamente a los escenarios donde aparece (De la Mata, García-Ramírez, Santamaría y Garrido, 2010; Sue y Sue, 1990). Esta concepción ha influido en muchos modelos de aculturación (Berry, 1997, 2008; García-Ramírez et al., 2011; Navas, García, Rojas, Pumares y Cuadrado, 2006), sin embargo, no ha sido suficientemente extrapolada a modelos de competencia cultural.

1.2.2.2. Están centrados en la relación diádica proveedor-usuario

La orientación biomédica se ha traducido en la explicación de la competencia cultural a través de elementos centrados en los patrones cognitivos, emocionales y conductuales que los proveedores despliegan en su interacción con el usuario (Sue, 1992, 2001; Warren, 2002; Campinha-Bacote, 2002). Un nutrido número de autores indican que es necesario que la competencia cultural supere la concepción diádica del cuidado y tenga en cuenta los múltiples contextos involucrados en la tarea de cuidar (Hart et al., 2003; Steenbarger, 1993; Wear, 2003; Weaver, 2008). A pesar de que muchos autores introducen la idea del contexto como elemento relacionado con la cultura (Colvin-Burque et al., 2007; Sue, 2006) y la provisión de servicios (Otiwi et al., 2014), muy pocos los incluyen como parte intrínseca de sus modelos (Súarez-Balcázar et al., 2009; Hernández et al., 2009).

En la revisión realizada, solo dos modelos integran elementos del contexto como dimensiones de competencia cultural. Por un lado, el modelo de Suárez-Balcázar y colaboradores (2010), parte de la premisa de que la competencia cultural implica cambios organizativos y sistémicos. Estos cambios se producen a partir de la aplicación de las competencias de corte individual (deseo cultural, conocimiento, conciencia crítica y habilidades) a un contexto particular. Específicamente, este modelo incluye el apoyo organizacional como elemento imprescindible para lograr profesionales culturalmente competentes, ampliando el concepto de forma sistémica o ecológica.

Hernández et al. (2009) avanzan un paso más allá y proponen que para que la competencia cultural sea efectiva, debe haber compatibilidad entre proveedores, su infraestructura organizacional, el contexto comunitario y las características culturales de la población. Sin embargo, no desarrollan suficientemente el concepto de compatibilidad ni cómo operan dichos elementos.

En definitiva, la provisión de servicios públicos se da en varios escenarios simultáneamente (Arredondo, 1999; Swartz-Kulstad, Martin y William, 1999). Por ello, la ceguera de los modelos de competencia cultural a la influencia del contexto limita su análisis y el alcance de sus aplicaciones (Weaver, 2008). Por un lado, estos modelos sitúan la responsabilidad de ofrecer servicios culturalmente sensibles sobre los proveedores (Kumas-Tan et al., 2007; Weaver, 2008). Sin embargo, esto será prácticamente imposible de lograr si el proveedor no recibe apoyo de su organización para adquirir y demostrar competencia cultural o no cuenta con un contexto comunitario donde puedan desarrollarse y ampliarse sus acciones.

1.2.2.3. No abordan las asimetrías de poder en la prestación de servicios

Por otro lado, estos modelos no tienen en cuenta las relaciones de poder que aparecen en la provisión de servicios a diferentes niveles. A nivel comunitario, existen desigualdades sociales que generan inequidades en la salud de ciertas poblaciones. Igualmente, existen elementos sociopolíticos que condicionan la provisión de servicios. La ceguera de los modelos de competencia cultural a estos elementos puede legitimar dichas desigualdades, culpabilizando a las víctimas de sus problemas y ofreciendo soluciones que no responden a las causas reales de los mismos (Napier et al., 2014; Otiwi et al., 2014; Steenbarger, 1993). De este modo, se contribuye al mantenimiento del *status quo* y las inequidades en vez de a lo contrario—que es la finalidad para la que fueron desarrollados (Navarro, 2004; Weaver, 2003).

A nivel organizacional, los servicios están diseñados para una mayoría relativamente homogénea, por lo que se ignoran las necesidades heterogéneas y cambiantes que se derivan de la diversidad cultural (Chiarenza, 2012). Además, tal y como indica Willis (1999), en las estructuras organizacionales, los incentivos vienen dados por la productividad y la reducción de los costos. Esto implica reducir recursos, formación, tiempo de atención, etc., que limita la relación con los usuarios y la calidad de la atención. Sin embargo, los servicios públicos, por definición, deberían orientarse al bienestar de la población y la equidad (Bauchamp, 2013; Navarro, 2013).

A nivel interpersonal, existe un fuerte desequilibrio de poder en las relaciones entre profesionales y usuarios, donde los primeros adoptan una posición de superioridad como expertos. Desde esta perspectiva, las personas usuarias quedan relegadas a posiciones de dependencia—en ocasiones bajo situaciones de indefensión al desconocer sus derechos, el sistema o el idioma—que les lleva a desarrollar roles pasivos en su cuidado (Weaver, 2003). De esta forma, no se valorarán las fortalezas que estas desarrollan para superar sus problemas, especialmente aquellas prácticas de cuidado derivadas de su cultura de origen (Suarez-Balcazar et al., 2014).

A nivel intrapersonal, las asimetrías de poder fomentan la adopción de una visión etnocentrista, desde la que se asume como criterio de lo normativo “nuestra visión del mundo” y “nuestras pautas culturales” (Carignan, Sanders, y Pourdavood, 2005). Además, partir de una concepción reduccionista de cultura puede llevar a los proveedores a pensar que están libres de ella, entendiendo que la diferencia viene marcada por la persona usuaria (Weaver, 2003), especialmente cuando esta no es blanca, ni occidental, ni heterosexual, etc. (Chiarenza, 2012). Esta visión limita la comprensión y aceptación del usuario e, incluso, puede llevar a los proveedores hacia actitudes xenófobas o racistas, tendentes a patologizar las diferencias a medida que mayor sea la diferencia (Weaver, 2003).

1.2.2.4. Se orientan a las necesidades de los profesionales y no a las de las comunidades

Los modelos de competencia cultural se dirigen a reducir la brecha cultural entre profesionales y usuarios para hacer más efectivo el tratamiento o la intervención. En consecuencia, están diseñados para profesionales específicos, la mayoría del ámbito de la salud. Si bien es cierto que cada vez hay más pluralidad en los ámbitos profesionales donde se desarrolla la competencia cultural, no existen marcos interdisciplinarios e intersectoriales que ofrezcan competencias generales para que los profesionales sepan responder a las necesidades de las comunidades.

Esta parcelación por profesionales de la competencia cultural limita el abordaje de la salud como un estado complejo e interseccional, donde influyen múltiples factores individuales, comunitarios y socio-políticos. Ante esta definición de salud, se requieren acciones multidisciplinarias e intersectoriales (WHO, 2012).

Otra consecuencia de esta limitación es que la mayoría de los modelos no se han ocupado de ofrecer evidencias de su impacto en las comunidades. Se han limitado a presentar resultados sobre la percepción de los proveedores sobre su nivel de competencia (Alizadeh y Chavan, 2016). Varias revisiones sobre la eficacia de los entrenamientos en competencia cultural concluyen que existe poca transferencia, dada la escasa evidencia encontrada sobre la influencia de la competencia cultural de los proveedores sobre la salud de las personas usuarias y sus comunidades (Beach et al., 2005; Lie, Lee-Rey, Gomez, Bereknyei y Braddock, 2010; Renzaho, Romios, Crock y Sønderlund, 2013).

Alizadeh y Chavan (2016) realizaron una revisión sobre el impacto de la competencia cultural en los usuarios. De los 13 estudios analizados, el indicador más utilizado fue la satisfacción de los usuarios con la atención recibida (en 12 estudios), seguido de la confianza generada (en dos estudios) y elementos objetivos de salud, como presión sanguínea (en un estudio). Los autores concluyeron que los resultados eran contradictorios y que muchos estudios presentaban limitaciones metodológicas, por lo que era necesario investigar más en el campo para poder afirmar el impacto positivo de la competencia cultural.

Esta conclusión coincide con la derivada de la revisión realizada por Lie et al. (2010). Basándose en siete estudios publicados entre 1990 y 2010, indicaron que la evidencia no era suficiente como para determinar la eficacia de los modelos de competencia cultural. En consecuencia, estos autores propusieron una guía metodológica para resolver estas limitaciones en futuras investigaciones (Lie et al., 2010). Estas recomendaciones abarcaban desde el diseño del estudio hasta el análisis y difusión de los resultados.

1.2.2.5. Los instrumentos de medida carecen de evidencias contrastadas de validez

De acuerdo con Arredondo y Toporek (2004), la provisión de competencia cultural requiere, además del desarrollo del concepto, instrumentos de calidad para medirlo. Sin embargo, en la revisión realizada se ha comprobado que muchos instrumentos que acompañan a los modelos no han sido suficientemente validados empíricamente (Goju et al., 2007; Kumas-Tan et al., 2007; Shen, 2015), o bien carecen

de transparencia o rigor metodológico (Gozu et al., 2007; Kumas-Tan et al., 2007; Krentzman y Townsend, 2008; Suárez-Balcázar, et al. 2011).

La mayoría de estudios que detallan las propiedades psicométricas del instrumento ofrece resultados cuestionables o presentan problemas sin resolver (Price et al., 2005; Gozu et al., 2007; Shen, 2015), principalmente asociados a la bondad de ajuste de los modelos (Dunn, Smith y Montoya, 2006; Kumas-Tan et al., 2007). También es frecuente encontrar limitaciones derivadas de la muestra, por no haber sido seleccionadas de forma aleatoria o por ser demasiado homogéneas o reducidas en tamaño (Shen, 2015). Todo ello reduce la generalización de los resultados.

Siguiendo Krentzman y Townsend (2008), además de dichas limitaciones de corte metodológico, los instrumentos de medida de la competencia cultural han reproducido las limitaciones conceptuales de los modelos que los inspiraron. Generalmente, hay una falta de claridad en la definición de sus dimensiones y su estructura (Campinha-Bacote, 1999; Gozu et al., 2007; Krentzman y Townsend, 2008; Shen, 2015; Suárez-Balcázar et al., 2011). Al mismo tiempo, pocos instrumentos incluyen indicadores que permitan evaluar el impacto de la competencia cultural de los proveedores de servicios en la adaptación de las organizaciones en las que trabajan o sobre la salud de los usuarios y sus comunidades (Capell et al., 2008; Kumas-Tan et al., 2007; Perng y Watson, 2012).

Krentzman y Townsend (2008) concluyen su revisión con una serie de recomendaciones para mejorar los instrumentos de medida de competencia cultural. La primera implica mejorar la claridad conceptual del constructo, ampliando el concepto hacia elementos de diversidad (más allá de la etnia). La segunda tiene que ver con la transparencia de los resultados psicométricos, siendo necesario ofrecer evidencias de fiabilidad y validez. La tercera se dirige a trascender las fronteras de las disciplinas, dirigiéndose a instrumentos aplicables a diferentes profesionales y a equipos multidisciplinares. La cuarta plantea la prevención de sesgos de medida como la deseabilidad social y garantizar la claridad de los ítems. Finalmente, recomiendan la incorporación de cuestiones relacionadas con la justicia social como un elemento fundamental para medir la competencia cultural.

1.3. Abordaje de la competencia cultural desde la perspectiva de la psicología comunitaria

En respuesta a las limitaciones de los modelos de competencia cultural derivadas del enfoque biomédico, en este estudio se propone redefinir la competencia cultural desde la perspectiva de la Psicología comunitaria. Esto permitirá responder a los nuevos y urgentes desafíos que conlleva la complejidad de las migraciones actuales en la provisión de servicios públicos en las sociedades europeas.

La Psicología comunitaria surge en respuesta a la insatisfacción de los profesionales del campo de la Psicología—principalmente del área de salud mental—con el modelo biomédico imperante (Levine, 1981). Estos psicólogos tenían la necesidad de contextualizar los problemas de sus usuarios, ampliando así el enfoque puesto en las patologías de los individual hacia la salud de las comunidades (Montero, 1994). Tanto por el carácter de las intervenciones (individualizadas y terapéuticas), como por su limitada cobertura, el modelo médico no era útil para el abordaje de los problemas psicosociales. Además, este modelo no lograba alcanzar a todas las personas que sufrían este tipo de problemas. Paradójicamente, las que más atención necesitaban por su situación de vulnerabilidad eran las que menos acceso tenían a los servicios (Levine y Perkins, 1997).

Este descontento por parte de los psicólogos con su disciplina coincide con un momento histórico de búsqueda y apertura al cambio social. En Estados Unidos surge el movimiento por los derechos civiles—descrito en la anterior sección sobre el origen de la competencia cultural—y, en Latinoamérica, profesionales del ámbito socioeducativo (e.g. Paulo Freire, Fals Borda o Martín-Baró) acompañan a las comunidades en su proceso de liberación (se puede acceder a más información sobre este asunto en Montero, 1984). Esta agitación social se vio reflejada en una corriente de activismo dentro de la Psicología, donde muchos profesionales apostaban por una ciencia comprometida con la realidad y al servicio de la sociedad (Garrido, Luque y García-Ramírez, 2013). Igualmente, se replantea el rol del psicólogo, que desea trascender los límites fijados por la jerarquía médica en los hospitales para buscar cabida en otros ámbitos (i.e. salud, educación, justicia, bienestar social) y darle sentido profesional a su participación en los movimientos por el cambio social (Sánchez, 1991).

Como consecuencia de la necesidad de nuevos paradigmas, la Psicología comunitaria es concebida oficialmente como tal en 1965 en una conferencia (*Conference on the Education of Psychologists for Community Mental Health*) celebrada

en Swampscott, Massachusetts. A partir de este evento, se registran sus primeras definiciones, publicaciones y logros. Se instaure así una psicología con una clara vocación aplicada, orientada a buscar alternativas a aquellas normas sociales que generaban inequidades (Rappaport, 1977) y a dar respuestas a los problemas psicosociales trabajando desde, con y para la comunidad (Montero, 1994). Esta nueva orientación implicaba redefinir el objeto de estudio/intervención, las teorías subyacentes, el método y el rol de sus profesionales.

Las críticas de esta nueva corriente hacia el modelo biomédico presenta un claro paralelismo con las limitaciones encontradas en los modelos de competencia cultural—detallados en la sección anterior. En este estudio aplicamos la perspectiva de la Psicología comunitaria al campo de la competencia cultural (ver tabla 3).

Tabla 3 Características de la perspectiva de la Psicología comunitaria y su aplicación a los modelos de competencia cultural

	Características	Aplicación a la competencia cultural
Abordaje de los problemas	Análisis multinivel, enfocado a la interrelación individuo-contexto. Modelos sistémicos, ecológicos, relacionales, de acción social, etc.	Entiende la “Cultura” como concepto fluido, heterogéneo y contextualizado. Enfocado a la diversidad y las inequidades. Modelos explicativos de CC ecológicos, basados en componentes individuales, pero también en la relación de el/la profesional con el contexto
Inclusión del contexto	Visión comprometida socialmente. Parte del análisis del contexto histórico y sociopolítico	Visión comprometida socialmente. Incluye el análisis del contexto y la influencia del poder en los diferentes escenarios
Visión de la relación de ayuda	Visión horizontal de las relaciones. Se exploran las fortalezas de usuarios y sus comunidades	Visión horizontal y transaccional de las relaciones. Sitúa la diferencia en la relación. Se exploran las fortalezas de usuarios y sus comunidades para su cuidado
Tipo de intervención y fin de la misma	Prevención de problemas psicosociales y promoción del empoderamiento, bienestar y justicia social. Fin: Cambio social	Formación en competencias de profesionales para promover el empoderamiento, bienestar y justicia social. Fin: Promover la salud de usuarios y comunidades, reducir las inequidades y facilitar el cambio social
Campo de acción	Intervención holística, contextual, multidisciplinar y multisectorial	Intervención multidimensional, contextualizada, multidisciplinar y multisectorial. Enfocado a proveedores de servicios públicos
Fin de la investigación	Dar respuesta a problemas sociales. Desarrollar una ciencia comprometida socialmente, basada en investigación-acción	Integración de investigación y acción. Desarrollar modelos teóricos que tengan aplicaciones prácticas de interés social

1.3.1. Incorpora el enfoque interseccional al concepto de cultura

El concepto de interseccionalidad propone que las personas y, por ende, sus necesidades, se definen en función de las múltiples identidades que conforman el ser humano y las circunstancias sociopolíticas e históricas que viven (Bastia, 2014). Reconoce la diversidad y heterogeneidad de las sociedades actuales y supera la idea de cultura como concepto homogéneo ligado al de etnia (Padilla, Azevedo y Olmos-Alcaraz, 2015). En palabras de Kleinman y Benson (2006), *“la cultura no es una sola dimensión, sino que más bien se compone de múltiples dimensiones/factores que afectan a todos los aspectos de la experiencia. La cultura es inseparable de las condiciones económicas, políticas, religiosas, psicológicas y biológicas (...) y da sentido a las reacciones psico-fisiológicas, al desarrollo de las relaciones interpersonales, a las interpretaciones de la realidad y a la identidad individual y colectiva. Los procesos culturales, con frecuencia, difieren dentro del mismo grupo étnico o social debido a las diferencias marcadas por la edad, el género, la ideología política, el nivel socioeducativo, las creencias religiosas, el origen étnico e, incluso, la personalidad”*.

En esta dirección, la psicología comunitaria pone su foco en la diversidad y amplía el campo de acción de la competencia cultural (Abe, 2012). Esta pone en valor las múltiples facetas individuales y sociopolíticas que componen la identidad y los procesos culturales, las cuales crean dinámicas complejas y sutiles que influyen en el comportamiento y en las relaciones interpersonales (García-Ramírez et al., 2011; Wear, 2003). Además, la Psicología comunitaria entiende la diversidad como una fortaleza de la sociedad y dirige sus esfuerzos a la promoción de la tolerancia y la construcción de sociedades inclusivas (Trickett, 1996). En este sentido, la competencia cultural puede concebirse como una estrategia para alcanzar el reconocimiento de este hecho en sociedades pluriculturales (Napier et al., 2014).

1.3.2. Analiza las dimensiones contextuales de la competencia cultural

El enfoque ecológico examina la relación entre las personas y sus contextos, con especial interés en las interacciones que se dan entre los diferentes niveles de influencia (Suárez-Balcázar et al., 2014). Bronfenbrenner (1987) identificó los diferentes escenarios que componen los sistemas sociales, los cuales están interconectados y situados a distintos niveles (i.e. microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema), ejerciendo influencias directas o indirectas sobre los individuos. El *microsistema* es el primer nivel de influencia e incluye las relaciones con

el medio más inmediato, como la familia, lugar de trabajo o los entornos comunitarios más frecuentados, los cuales tienen sus propias normas e identidad cultural. El *mesosistema* implica una red de interacciones entre microsistemas, comprendiendo, por ejemplo, las interacciones entre la familia y el lugar de trabajo. El tercer nivel se denomina *exosistema* y consiste en estructuras sociales formales e informales que influyen directa o indirectamente en los individuos (e.g. redes sociales, medios de comunicación, gobiernos locales, estatales y nacionales). Finalmente, el *macrosistema* contiene las leyes y reglamentos que rigen los servicios públicos, las sociedades y determinan los sistemas económicos y políticos.

La perspectiva ecológica ofrece una visión de *personas-en-contextos* (Trickett, 2009) que enriquece notablemente el estudio de la competencia cultural. Esta facilita el reconocimiento de la interacción existente entre los proveedores y los diferentes niveles o contextos donde se desenvuelven para ofrecer servicios sensibles a la diversidad. Desde un enfoque ecológico, la competencia cultural trasciende las relaciones proveedor-usuario, por lo que se hace necesario explorar qué competencias ayudan a los proveedores a ser eficaces en los diferentes niveles (i.e. intrapersonal, interpersonal, organizacional y comunitario).

En este sentido, los principios ecológicos propuestos por Kelly (1966) ayudan a comprender las interacciones que se dan en contextos de diversidad cultural y a contextualizar la competencia cultural. El primero supone la *interdependencia* entre los niveles del sistema, que implica que un cambio en un sistema conlleva cambios en los demás. El segundo principio es denominado *ciclo de recursos*, por el que dentro de los sistemas existe una utilización e intercambio de recursos continuo, ya sean intelectuales, materiales, económicos, espacios, habilidades, etc. El tercero tiene que ver con la *adaptación* o proceso por el que los sujetos y los contextos se ajustan entre sí. Finalmente, propone el principio de *sucesión*, por el cual se asume que los sistemas y los individuos están en constante cambio de acuerdo a pautas que les son propias.

Siguiendo estos principios, la competencia cultural podría considerarse como una fuente de recursos que genera beneficios no solo a las personas usuarias de los servicios, sino también a los propios proveedores, a sus organizaciones y comunidades. La interdependencia implica una influencia mutua entre los proveedores y sus niveles de trabajo. Por un lado, los contextos organizativos y comunitarios influyen sobre los proveedores, a través de las barreras y las oportunidades que les ofrecen para potenciar y demostrar su competencia cultural. Por otro lado, los proveedores influirán en dichos contextos según su capacidad para generar cambios en ellos. Existirá, por tanto, una adaptación mutua, que determinará

los esfuerzos que deben realizar los proveedores para afrontar los desafíos de la diversidad cultural y proteger su bienestar. Asimismo, el grado de adaptación de las organizaciones a las comunidades pluriculturales, reflejará su sensibilidad cultural y facilitará la integración y el bienestar de las poblaciones diversas, así como el desarrollo de la competencia cultural de los proveedores.

1.3.3. Se orienta a eliminar las asimetrías de poder en la provisión de los servicios

La incorporación del contexto al análisis de la competencia cultural conlleva, necesariamente, la reflexión sobre las relaciones de poder que influyen en la provisión de servicios (Abe, 2012). La Psicología comunitaria define el *poder* como tener las capacidades y las oportunidades para seguir un curso particular de acción (Prilleltensky y Fox, 2007). Defiende que las asimetrías de poder aparecen cuando un grupo homogéneo (normalmente, masculino, blanco, de clase media y heterosexual) obtiene privilegios sobre aquellos que consideran diferentes, definiendo así las normas, estándares y estructuras por las que este privilegio se perpetúa. De esta forma, se restringen las oportunidades para los otros grupos, que son oprimidos a través de mecanismos de control sobre su cultura y sus fortalezas (Martín-Baró, 1994; Moane, 2003; Suarez-Balcazar et al., 2014).

Está ampliamente demostrado que muchas inequidades en salud pueden ser explicadas por asimetrías de poder (Beauchamp, 2013; Weaver, 2003). La perspectiva de la Psicología comunitaria aborda las inequidades sociales identificando estas asimetrías en todos los niveles de influencia (García-Ramírez, Balcázar y De Freitas, 2014). Siguiendo a Nelson y Prilleltensky (2005), las relaciones de poder deben ser explicadas no sólo mediante el análisis de las condiciones que oprimen a los grupos, sino también por los esfuerzos que éstos realizan por liberarse de ellos. La Psicología comunitaria propone el empoderamiento de las poblaciones oprimidas como un mecanismo fundamental para eliminar las inequidades sociales (Freire, 1970; Martín-Baró, 1994).

Desde esta perspectiva, ser culturalmente competente requiere tomar conciencia de las asimetrías de poder, identificar los elementos opresores y liberadores que intervienen y, finalmente, generar capacidad y tomar acción para eliminar dichas asimetrías y empoderar las poblaciones y comunidades (Suarez-Balcazar et al., 2014; Abe, 2012). A continuación se señalan los principales requisitos que deben cumplir los proveedores para ser culturalmente competentes en los diferentes niveles de análisis.

A nivel comunitario, los proveedores deben tomar conciencia de en qué medida el poder está determinado por características personales de los individuos y/o por circunstancias estructurales, sociales, políticas (Prilleltensky, 2012). Asimismo, es fundamental que los proveedores analicen cómo las relaciones de poder influyen sobre su bienestar y el de sus usuarios. La competencia cultural les capacitará para identificar, analizar y transformar aquellas condiciones que legitiman el *status quo*, promoviendo acciones dirigidas a reducir las condiciones de opresión que sufren ciertas poblaciones migrantes y minorías étnicas (Nybell y Gray, 2004; Wear, 2003).

A nivel organizacional, los proveedores deben ser capaces de analizar las estructuras organizacionales desde las que trabajan y promover cambios para adaptarlas a las nuevas realidades. Para ello, deberán desarrollar nuevos roles y aumentar su capacidad de influencia en las organizaciones, dirigiéndolas hacia: (1) la defensa de valores basados en la tolerancia y la equidad, (2) la promoción de la accesibilidad, (3) la adaptación de sus servicios y procedimientos a las nuevas realidades, (4) la capacitación de la plantilla para atender adecuadamente a poblaciones diversas, (5) el aumento de la participación de los usuarios y (6) la facilitación de cambios que promuevan la equidad en las comunidades (Cattachi, Chiarenza y Domenig, 2013; Maton, 2008).

A nivel interpersonal, los proveedores examinarán el desequilibrio de poder existente en las relaciones de ayuda. El objetivo es superar las relaciones de dependencia para construir relaciones más igualitarias, donde las personas usuarias pueden adoptar un rol activo en la resolución de sus problemas y en su propio cuidado (Weaver, 2008). Al cambiar las relaciones, se cambia también la visión de los usuarios, identificando sus fortalezas y sus recursos, no solo sus limitaciones (Freire, 1970). Se maximiza así la participación, control y protagonismo de los usuarios y sus comunidades, que entran en un proceso de empoderamiento que los libera de la opresión y exclusión (Martín-Baro, 1994; Paloma et al., 2014).

A nivel intrapersonal, la competencia cultural permite desprenderse de visiones etnocentristas y adoptar un enfoque transaccional. Este ayudará a los proveedores a alejarse de los estereotipos y salir de su marco cultural para ponerse en el lugar de los usuarios y aceptarlos (Weaver, 2008). Esta perspectiva asume que las diferencias culturales no las genera “el otro” (el usuario), sino que están implícitas en la relación entre personas cuyas visiones del mundo son diferentes. Se reconoce así la competencia cultural como un puente que permite superar la distancia cultural,

independientemente de cuál sea la cultura de origen del proveedor y del usuario (Kumas-Tan et al., 2007).

En definitiva, el análisis del poder implica una redefinición de los roles profesionales y explorar nuevas estrategias a diferentes niveles (Abe, 2012; Suarez-Balcazar, et al., 2014). De esta forma, los proveedores competentes serán aquellos que adopten posturas flexibles, amplíen su visión de cultura y de las relaciones de ayuda. Asimismo, redefinirán sus roles profesionales y su papel en las organizaciones para aumentar el alcance de sus acciones en la comunidad. Estos se convertirán en defensoras de los derechos de los colectivos más desfavorecidos y desarrollarán acciones de activismo y abogacía. Actuarán también como mediadores, a través de la promoción de la participación social y el uso de estructuras intermedias para el trabajo comunitario. Los proveedores se convertirán en agentes de cambio social en las comunidades, empoderando a los grupos oprimidos y generando espacios de colaboración entre diferentes actores. Estos roles les permitirán desplegar estrategias para tener más control y desarrollar oportunidades para promover un reparto de poder más equitativo (Ratts, Anthony y Santos, 2010; Zimmerman, 1995).

1.3.4. La finalidad de la competencia cultural es la promoción del bienestar y la justicia social

El bienestar y la justicia social representan el fin último de la psicología comunitaria (Perkins y Zimmerman, 1995; Rappaport, 1987). Asimismo, son los pilares sobre los que se asienta el enfoque basado en los derechos humanos, que cada vez cobra más importancia en el estudio de la competencia cultural (Oberoi et al., 2013; IOM, 2016; WHO, 2010).

La psicología comunitaria entiende el bienestar como *“la satisfacción simultánea, equilibrada y culturalmente sensible de las necesidades personales, relacionales y colectivas”* (Prilleltensky, 2008, p.122). Siguiendo a Nelson y Prielleltensky (2012), entre las relaciones personales se encuentran autonomía, autoestima, competencia, independencia, identidad positiva y disfrute de derechos. Las necesidades relacionales involucran el disfrute de redes sociales positivas, apoyo social y la capacidad de participar en la comunidad. Finalmente, las necesidades colectivas se relacionan con la adquisición de recursos básicos, como empleo o vivienda, y con el acceso a servicios públicos.

Esta perspectiva resalta la importancia del contexto para el logro de bienestar, lo que coincide con las definiciones vigentes en salud, que la vinculan a las

circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (WHO, 2009). Cómo se distribuyen los recursos económicos, los recursos sociales y el poder en los contextos afecta notablemente a la salud (Marmot, 2007). Este hecho es especialmente notable en poblaciones migrantes, que suelen estar relegadas a posiciones sociales inferiores y sufrir condiciones de opresión (Marmot y Bell, 2012; Paloma, 2017).

El bienestar de la población migrante está fuertemente condicionado por los valores de justicia social que existen en la sociedad receptora (Paloma et al., 2014). Según Prilleltensky (2012), la justicia de un contexto implica la existencia de un reparto equitativo de derechos, responsabilidades, cargas y privilegios en la sociedad (justicia distributiva), así como de procesos de toma de decisiones transparentes y participativos en los aspectos que afectan a los individuos (justicia procedural). De ella dependerá el grado en que las personas y colectivos pueden disfrutar de las mismas oportunidades en su desarrollo y cuidado de su salud (Martín-Baró, 1994; Paloma et al., 2014; Trickett y Rowe, 2012).

Una sociedad multicultural justa es aquella que *“da a todo el mundo el derecho a vivir bien con su propia especificidad cultural, dentro de un marco que ofrece igualdad real de oportunidades y una cultura democrática que alimenta el respeto mutuo, la negociación en caso de conflicto y un desarrollo continuo de los modelos culturales iniciales”* (Oliveri, 2008, p. 35). En este tipo de sociedades, las poblaciones migrantes pueden sentirse libres e integradas, disfrutando de un alto grado de bienestar (Paloma et al., 2010). La competencia cultural de los proveedores de servicios está llamada a jugar un papel central en el fomento de la justicia social y la defensa del bienestar. Para ello, los proveedores tendrán que situarse fuera de sus despachos e, incluso, de sus organizaciones para desarrollar un trabajo intersectorial e integrado (Bauchamp, 2013; Whaley y Davis, 2007; Ratts, 2009; Vera y Speight, 2003).

1.3.5. El foco de la competencia cultural se amplía a los servicios públicos

Adoptar una perspectiva ecológica y orientar la competencia cultural hacia el bienestar y la justicia social, requiere una nueva perspectiva que guíe sus intervenciones y determine su campo de actuación. Al concebir la salud como un estado bio-psico-social, producto de relaciones complejas y dinámicas entre distintos tipos de determinantes, su abordaje excede la capacidad del sistema sanitario (Kickbusch y Gleicher, 2012; Navarro, 2009). Así, el cuidado de la salud se concibe

como una responsabilidad social que corresponde a la sociedad en su conjunto (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; WHO, 2012).

Desde esta perspectiva, se necesitan acciones intersectoriales dirigidas a un mismo fin, por lo que los servicios públicos representan uno de los escenarios principales del cuidado de la salud. Siguiendo la propuesta de Kleinman (1980), los servicios públicos son aquellos escenarios donde las personas buscan el cuidado para su bienestar. Incluye aquellos servicios gestionados y ofrecidos por el Estado (i.e. sanidad, educación, orientación socio-laboral, seguridad), los que tienen su base en la propia comunidad (i.e. asociaciones vecinales y culturales) u otras entidades privadas o al margen del Estado (i.e. ONGs, servicios religiosos, servicios de ocio).

Los proveedores de servicios públicos se convierten en facilitadores del cuidado y promoción de la salud. En este estudio se contemplan múltiples perfiles de proveedores de servicios, desde profesionales hasta personas que realizan labores voluntarias con diferentes motivaciones (altruismo, activismo, aprendizaje, etc.). Por ello, planteamos que el punto de conexión entre proveedores de diferentes sectores y organizaciones, más allá del servicio que ofrecen, es el contexto comunitario donde lo hacen. Por tanto, se hace ineludible explorar modelos que permitan un abordaje multidisciplinar de la competencia cultural, que permita desarrollar acciones intersectoriales para reducir las inequidades sociales y promover la salud.

1.3.6.. La investigación en competencia cultural se orientada a la acción comunitaria

La psicología comunitaria es una disciplina comprometida socialmente, que intenta responder a los problemas sociales y que toma partido por los colectivos más desfavorecidos. Frente a la neutralidad y distanciamiento ético que se ha defendido tradicionalmente en las ciencias sociales, la Psicología comunitaria defiende que la objetividad del científico no radica en la imparcialidad. Más bien consiste en conocer los propios condicionamientos y defender aquellos valores en los que se cree, sabiendo que se trata de una opción parcial y limitada (Martín-Baró, 1994).

Siguiendo a Montero (1984), en Psicología comunitaria, el problema es el que determina qué método emplear, para qué y cuándo. Las técnicas y los procedimientos empleadas deben adaptarse al contexto específico, cultural y comunitario en que se trabaja. Además, el método de investigación-acción participativo se manifiesta en su implementación, en la discusión de los resultados y en la toma de decisiones. Dicha participación facilita una comprensión más realista y completa de los problemas y los

contextos, así como el alcance del estudio y su transferencia (Martín-Baró, 1994). Igualmente, la Psicología comunitaria aboga por la utilidad de los estudios para responder a los problemas de una comunidad concreta, defendiendo su validez epistémica y transformacional, con especial atención al logro de bienestar y justicia social (Prilleltensky, 2003).

Desde esta perspectiva, los modelos de competencia cultural deben dirigirse no solo a generar avances teóricos en el concepto, sino también a facilitar el desarrollo de acciones para mejorar los contextos locales. Según Trickett (2009), deben dirigirse al desarrollo de acciones multinivel, de base comunitaria, sensibles a la cultura y contextualmente situadas. El intervenir sobre múltiples niveles, contribuye a un mayor cambio en los sistemas organizacionales y comunitarios, frente al desarrollo de intervenciones parciales. Al ser sensibles a la cultura y situarse en el contexto, estas acciones tienen en cuenta los valores, procesos y objetivos de las poblaciones locales, convirtiéndose en oportunidades para que estas participen en la resolución de sus propios problemas (Campbell et al., 2000).

La investigación en competencia cultural deberá generar procesos y ofrecer herramientas que faciliten la identificación de necesidades en las comunidades y espacios de diálogo donde tratar los problemas desde diferentes perspectivas. Asimismo, deberá promover la colaboración entre organizaciones de diferentes sectores y, en definitiva, aumentar el interés y el compromiso de las comunidades en la resolución de sus propios problemas y en la vida social.

1. 4. La competencia cultural comunitaria

Basándonos en los principios y valores de la psicología comunitaria, en este estudio proponemos el modelo de Competencia Cultural Comunitaria (CCC), con el objetivo de ajustar el estudio de la competencia cultural a los actuales flujos migratorios y al nuevo contexto sociopolítico europeo. Entendemos la CCC como el proceso por el cual los proveedores adquieren capacidades y generan oportunidades para ser efectivos en los diferentes escenarios donde se desenvuelven (i.e. intrapersonal, interpersonal, organizacional y comunitario) en el cuidado de poblaciones diversas. La CCC es un constructo compuesto por cuatro dimensiones interconectadas: conciencia crítica, habilidades para gestionar la diversidad, capacidad de acción en la organización y capacidad de acción en la comunidad.

Asimismo, de acuerdo con Ratts, Anthony y Santos (2010), consideramos que la CCC, más que un resultado en sí mismo, es un proceso que genera otros muchos

resultados en los sistemas donde se desarrolla. Concretamente, en este estudio proponemos que la CCC influirá positivamente sobre el bienestar ocupacional de los proveedores, sus creencias sobre justicia social y la influencia percibida en los diferentes contextos de trabajo.

En la figura 2 se muestran las dimensiones que conforman la CCC, detallando su estructura en los diferentes niveles ecológicos, así como su relación con el bienestar ocupacional, el empoderamiento en el puesto de trabajo y las creencias sobre justicia social.

Como puede verse en dicha figura, a nivel intrapersonal, la CCC se traduce en un componente cognitivo al que hemos denominado conciencia crítica. Este implica que los proveedores desarrollen un proceso de decodificación gradual de la realidad y de su propia identidad como profesionales y ciudadanos (Freire, 1970). Como resultado, reconocerán el propio bagaje cultural y la influencia de estereotipos sobre su práctica profesional con usuarios que no comparten su visión del mundo. La conciencia crítica también habilitará a los proveedores para desarrollar un análisis intersectorial desde el que identificar aquellos elementos individuales y sociopolíticos que influyen en el comportamiento y los problemas de los usuarios. Esto les ayudará a ponerse en el lugar de las personas migrantes y comprender el impacto negativo que las inequidades sociopolíticas tienen sobre su bienestar, desarrollando así empatía etnocultural (Ridley y Lingle, 1996). Este proceso de concienciación es necesario para que los proveedores desarrollen valores orientados a la justicia social, establezcan relaciones más horizontales con sus usuarios y orienten su trabajo hacia la promoción de la equidad (Martín-Baró, 1994).

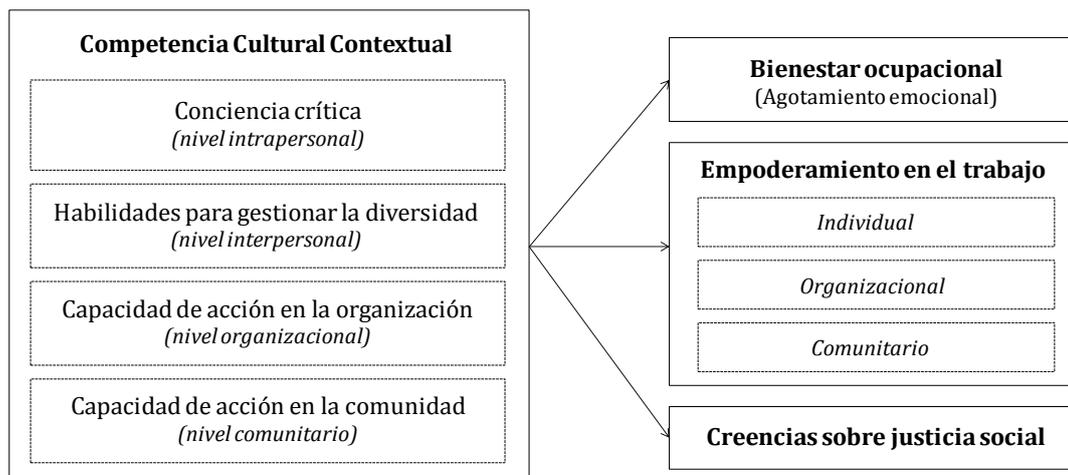


Figura 2 Modelo de Competencia Cultural Comunitaria

A nivel interpersonal, la CCC implica el desarrollo de *habilidades para gestionar la diversidad*—presente en todos los modelos de competencia cultural. Esta dimensión permite a los proveedores ser más flexibles y adaptar sus prácticas profesionales a la realidad de los usuarios. Cobra especial relevancia el manejo de la comunicación, gracias a la cual los proveedores decodificarán los patrones de comunicación verbal y no verbal de los usuarios y gestionarán su estilo de comunicación (orientándose hacia la asertividad). Esto les permitirá colaborar mejor con intérpretes, mediadores u otros agentes comunitarios. Asimismo, a través del desarrollo de este tipo de habilidades, los proveedores construirán nuevos roles profesionales para desarrollar su trabajo de forma más efectiva y aumentar su influencia en los contextos de trabajo.

A nivel organizacional, la CCC se enfoca a generar *capacidad de acción en la organización*. Para ello, será fundamental que los proveedores influyan en sus instituciones y reciban apoyo organizacional. A mayor capacidad de acción en la organización, mayor autonomía en el quehacer diario adquirirán los proveedores, facilitando a su vez la transformación de las estructuras y dinámicas organizacionales (Balcazar et al., 2009). Así, a medida que los proveedores adquieran mayor CCC, las organizaciones se harán también más competentes, ganando protagonismo dentro de las comunidades y logrando un mayor impacto de las acciones de los proveedores sobre ellas (Maton, 2008; Paloma y Manzano, 2011).

Finalmente, a nivel comunitario, la CCC conlleva tener *capacidad de acción en la comunidad*. Esto dota a los proveedores de un conocimiento más profundo del entorno comunitario. Esto significa conocer las condiciones socio-estructurales y las características de las poblaciones que la habitan. También implica estar familiarizado con los recursos disponibles, así como con las personas que actúan como agentes clave y con aquellas que toman las decisiones políticas a nivel local. A través de la capacidad de acción en la comunidad, los proveedores se posicionarán como agentes clave en el desarrollo de redes comunitarias y como catalizadores del empoderamiento de sus usuarios y comunidades.

Por otro lado, en este estudio consideramos que la adquisición de CCC tendrá un impacto positivo sobre las creencias sobre justicia social de los proveedores, su bienestar ocupacional y la influencia percibida en los contextos de trabajo. A continuación se justifica la propuesta de dichas relaciones.

En primer lugar, dado que la CCC se orienta a la reducción de inequidades, proponemos que reforzará las *creencias sobre justicia social* de los proveedores, especialmente aquellas relativas a la prestación de servicios públicos. Los

proveedores frecuentemente trabajan para personas que representan en sí mismas las consecuencias de políticas opresivas y sistemas no sensibles a la diversidad (Sue et al., 1992). Por ello, en los contextos pluriculturales, tal y como propone Ratts (2009), la competencia cultural y la justicia social representan las dos caras de una misma moneda. La primera sin la segunda mantiene el *status quo* y no combate los contextos opresores; mientras que justicia social sin competencia cultural puede resultar en visiones etnocéntricas que no reparan en las necesidades reales de las comunidades. En este estudio, consideramos que la CCC ayudará a los proveedores a identificar y tomar conciencia de las condiciones que generan opresión y aquellas que las mitigan, fortaleciendo así su sistema de creencias en torno a la justicia social (Vera y Speight, 2003).

En segundo lugar, consideramos que la capacitación en CCC es una estrategia clave para proteger el *bienestar ocupacional* de los proveedores de servicios públicos (Albar, 2009; Maslach 2003). Según Maslach (2003), el bienestar ocupacional se define como el estado de salud y satisfacción derivado del trabajo. A nivel individual, se vincula al desarrollo de los objetivos profesionales, la consistencia del trabajo con los valores personales y las oportunidades para influir en las organizaciones y comunidades (Doble y Santha, 2008). A nivel organizacional, se asocia al apoyo organizacional, a los sistemas de recompensa y al sentido de pertenencia o afiliación (Bennett, Lowe, Matthews, Dourali y Tattersall, 2001; Choenarom, Willaims y Hagerty, 2005).

Numerosas investigaciones muestran que las personas implicadas en la provisión de ayuda ven limitado su bienestar a consecuencia del estrés que les genera su trabajo (Cooper y Marshall, 1991; Findler, Wind y Barak, 2007). Esto puede desembocar en síntomas relacionados con ansiedad, depresión o *burnout*, como el agotamiento emocional (Maslash, 2003). En contextos de alta diversidad estas situaciones de sobrecarga o falta de recursos pueden deberse a la ausencia de competencia de los proveedores para manejar las demandas del ambiente. Por ello, proponemos que la CCC ayudará a los proveedores a afrontar dichos desafíos, situándolos en una posición desde la que pueden proteger su bienestar ocupacional (Abe, 2012; Albar, 2009; Spreitzer, 1997).

En tercer lugar, proponemos que la CCC impactará positivamente en la *influencia percibida en los contextos de trabajo*. Desde la Psicología comunitaria, la CCC puede vincularse al concepto de capacidad para construir (*capacity building*; Suarez-Balcazar, Balcazar, Iriarte y Taylor-Ritzler, 2008), dado que genera un proceso de empoderamiento por el que los proveedores reforzarán sus fortalezas, las de su

organización y la comunidad. De esta forma, desarrollarán percepciones positivas sobre sí mismos como profesionales, abarcando el trabajo de forma proactiva y más positiva (Conger y Kanungo, 1988). Se considerarán competentes en su trabajo y alcanzarán autodeterminación en los escenarios donde trabajan, valorando así el impacto positivo de su práctica diaria (Spreitzer, 1995). De esta forma, los proveedores reforzarán su papel como agentes de cambio, transformándose a sí mismos y transformando los contextos que les condicionan, de acuerdo con las normas culturales predominantes en cada uno de ellos.

1.5. Objetivos e hipótesis

Este estudio pone a prueba el constructo de CCC y su aplicabilidad a proveedores de servicios comunitarios de contextos con alta tasa de población migrante en el sur de España. Hemos asumido una forma de hacer investigación que emana de la perspectiva y valores de la psicología comunitaria. Esto tiene implicaciones a la hora de definir los objetivos de la investigación. La psicología comunitaria no busca—de manera aislada—el enriquecimiento conceptual de un área de investigación, sino que se compromete—desde el rigor científico—en el empoderamiento de las comunidades y el logro de justicia social (Martín-Baró, 1994). Por tanto, nuestro estudio se propone lograr objetivos en cuatro áreas: (a) el desarrollo conceptual y la validación empírica de las propuestas, (b) garantizar el rigor en la medición de las dimensiones y necesidades que son valiosas para las comunidades; (c) desarrollar herramientas que faciliten la devolución de los hallazgos a las comunidades y (d) dar voz a los agentes implicados—especialmente a los más silenciados—para que otorguen relevancia y valor a los hallazgos (Montero, 2006; Nelson, 2013). Para dar respuesta a estas cuatro metas, nos proponemos los siguientes objetivos:

Objetivo 1: Aportar evidencias de validez basadas en la estructura interna de la CCC.

Hipótesis 1.1. La CCC está formada por cuatro dimensiones: (a) conciencia crítica, (b) habilidades para gestionar la diversidad, (c) capacidad de acción en la organización y (d) capacidad de acción en la comunidad.

Objetivo 2: Aportar evidencias de validez basadas en la relación entre CCC y otros constructos.

Hipótesis 2.1. La conciencia crítica influirá positivamente en las creencias sobre justicia social de los proveedores.

Hipótesis 2.2. Las habilidades para gestionar la diversidad y la capacidad de acción en la organización influirán positivamente en el bienestar ocupacional de los proveedores.

Hipótesis 2.3. La CCC tendrá un impacto positivo sobre la influencia percibida en los contextos de trabajo, al menos en aquellas dimensiones situadas al mismo nivel ecológico. Es decir, las habilidades para gestionar la diversidad impactarán positivamente sobre la influencia a nivel individual. La capacidad de acción en la organización impactará positivamente sobre la influencia organizacional. Finalmente, la capacidad de acción en la comunidad impactará positivamente sobre la influencia comunitaria.

Objetivo 3: Diseñar un instrumento con garantías psicométricas para evaluar la CCC, el ICC.

Objetivo 4: Diseñar herramientas gráficas para la interpretación y contextualización de los resultados del ICC.

Objetivo 5: Elaborar, junto con comunidades estudiadas, recomendaciones para la transferencia de los resultados a acciones locales.

2. Método

2.1. Diseño del estudio

Este estudio empleó un diseño no experimental de corte transversal. La recogida de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario—ver detalles en el apartado *Instrumentos*—y los resultados fueron compartidos con la comunidad mediante foros comunitarios.

Dado el carácter ecológico de la investigación, partimos de la premisa de que la CCC de los proveedores está condicionada por los diferentes escenarios donde desempeñan su labor. Por un lado, las características de la provisión de servicios (e.g. tipos de servicios que se ofrecen, necesidades formativas de los proveedores) viene determinada por la fase del proceso migratorio en que se encuentran las personas migrantes a las que atienden. Por ello, en este estudio se diferenció entre contextos de recepción/llegada, contextos de tránsito y contextos de asentamiento. Por otro lado, se tuvo en cuenta la naturaleza territorial de los contextos, según si eran urbanos, rurales o fronterizos. Asimismo, se prestó especial cuidado en incluir en cada contexto una amplia gama de organizaciones que ofrecen servicios públicos (i.e. educación, sanidad, ONGs y asociaciones vecinales, socio-laborales y municipales, fuerzas de seguridad y servicios religiosos). De esta forma, se garantizó la inclusión de diferentes perfiles de participantes representativos de los proveedores de servicios públicos en comunidades andaluzas con alta diversidad cultural.

2.2. Enclaves objeto de estudio y participantes

La selección de la muestra se llevó a cabo en tres fases: (1) selección de tres contextos o enclaves territoriales representativos de los diferentes tipos de comunidades culturalmente diversas de Andalucía; (2) selección de 10-15 organizaciones que prestan servicios públicos de diferente naturaleza (i.e. educación, sanidad, ONGs y asociaciones vecinales, socio-laborales y municipales, Fuerzas de seguridad del Estado y servicios religiosos) en cada contexto, y (3) selección de participantes dentro de cada una de estas organizaciones. A continuación, se detallan cada una de estas fases.

2.2.1. Selección de los contextos o enclaves territoriales

El estudio se ha realizado en tres enclaves territoriales de Andalucía occidental con alta tasa de población migrante. En Andalucía los extranjeros suponen el 8.8% de la población censada (Instituto Nacional de Estadística, 2012), pero su distribución geográfica es bastante heterogénea. Los datos censales clasifican a los migrantes según su nacionalidad, eliminando de las estadísticas a aquellas personas que han adquirido la nacionalidad española. Además, no suelen incluir información sobre otras características que condicionan el acceso a los servicios, como son el estatus migratorio, el tiempo de residencia en el país o el nivel socio-económico (Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011). Tampoco recogen la proporción de población en situación irregular. Según estimaciones de la Asociación Pro-derechos Humanos de Andalucía (APDHA, 2015), durante el año 2014 llegaron de forma irregular por la Frontera Sur de España un total de 11.146 migrantes—casi un 50% más que en 2013. Consecuentemente, esta población resulta invisible a la hora de diseñar y distribuir los servicios públicos. Por ello, en este estudio hemos combinado los datos censales con datos provenientes de otras fuentes de datos para caracterizar los contextos.

Se establecieron cuatro criterios de inclusión para la selección de los contextos. Primero, la existencia de alta proporción de población migrante procedente de África, América, países del Este de Europa y Oriente Medio. Estos datos se obtuvieron a través del Instituto Nacional de Estadística y el padrón municipal de habitantes de 2011. Segundo, los contextos representaban diferentes tipos de comunidades culturalmente diversas, según la fase migratoria predominante de la población migrante (i.e. contextos de recepción/llegada, contextos de tránsito y contextos de asentamiento, respectivamente). Tercero, los enclaves presentaban diferente naturaleza territorial (i.e. fronterizo, rural y urbano). Cuarto, en las comunidades existían condiciones de vulnerabilidad socio-estructural, como pobreza, alta tasa de desempleo, deterioro estructural de las viviendas y equipamientos públicos, etc. Esta información se valoró según la experiencia previa del equipo investigador en el estudio de las migraciones en Andalucía (obtenida principalmente a través del proyecto I+D+I titulado “*La integración comunitaria de los inmigrantes marroquíes en Andalucía. Factores predictores y propuestas de acción*”, SEJ2006-14470).

Siguiendo estos criterios, se seleccionaron tres contextos de forma intencional: (1) Algeciras (Cádiz) como contexto de recepción/llegada y enclave fronterizo; (2) la zona de Huelva compuesta por Moguer, Palos de la Frontera y los

bosques de su periferia, como un contexto de tránsito y enclave rural; y (3) tres barrios (el Cerezo, el Rocío y las Avenidas) del distrito Macarena de Sevilla como contexto de asentamiento y enclave urbano. Estos tres lugares epitomizan la realidad de la provisión de servicios públicos en comunidades andaluzas con alta densidad de población migrante y con condiciones de vulnerabilidad socio-estructural. Seguidamente, se describe cada uno de ellos.

2.2.1.1. Algeciras: contexto de recepción y enclave fronterizo

Algeciras es una de las zonas más representativas del Campo de Gibraltar, dado que es uno de los principales contextos de llegada/recepción de migrantes (García-Ramírez, Luque-Ribelles, Albar, Paloma y Garrido, 2015). Su carácter fronterizo entre Europa y África y la magnitud de su puerto marítimo la convierten en uno de los territorios estratégicos de España y Europa para el control de los flujos migratorios procedentes del sur. Además de la magnitud de la Operación Paso del Estrecho (en la que miles de ciudadanos norteafricanos residentes en Europa se embarcan destino a Ceuta o Tánger para pasar las vacaciones en su país de origen), según la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA, 2015), ésta es la zona de entrada irregular a la península con mayor afluencia (ver figura 3).



Figura 3 Número entradas irregulares de personas migrantes en 2014
(fuente Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía)

Los migrantes que intentan cruzar el estrecho de forma irregular lo hacen en pequeñas embarcaciones como pateras, barcas, embarcaciones neumáticas, barcas hinchables, etc. Otros entran escondidos dentro de dobles fondos o maleteros de coches o camiones a través del puerto. Por ello, la Unión Europea, desde la Agencia Europea de Fronteras Exteriores (Frontex) ha puesto en marcha diferentes

operaciones para controlar el flujo migratorio. Por ejemplo, la operación Minerva, por la cual en el año 2012 se interceptaron en Algeciras 1.062 migrantes que intentaban acceder de forma irregular (Ministerio del Interior, 2016), la cual ha vuelto a ser activada en 2016.

Consecuentemente, en Algeciras destacan los servicios de salvamento y recepción/acomodación de los recién llegados (García-Ramírez, Garrido, Luque y Escobar-Ballesta, 2015). Al igual que en lugares fronterizos como Ceuta y Melilla, es fundamental la labor de los profesionales de las fuerzas de seguridad del Estado y el personal de las ONGs (e.g. Cruz roja, Algeciras acoge, CEPAIM). Estos proveedores desempeñan funciones dirigidas principalmente a proteger la salud y seguridad de los migrantes, detectando casos de tráfico de personas o violación de derechos humanos. También juegan un importante papel en la información y el asesoramiento sobre derechos, documentación y estatus legal en el país.

No obstante, Algeciras también cuenta con población migrante asentada en sus barrios. Según los últimos datos del SIMA (2015), de sus 118.920 habitantes, 8.007 eran extranjeros en el año 2015, procediendo la mayoría de África. Por ello, tiene una larga trayectoria en la atención de la salud de personas diversas culturalmente. Una muestra de ello es el hospital Punta de Europa, pionero en materia de competencia cultural en Andalucía. Este hospital ha tenido iniciativas como la creación de la Unidad de Atención al Inmigrante del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar y la participación en el proyecto europeo sobre hospitales amigos de los migrantes (Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health, 2014).

2.2.1.2. Moguer y Palos de la Frontera (Huelva): contexto de tránsito y enclave rural

Como enclave rural se tomó el área comprendida por Moguer, Palos de la frontera y la zona de campos agrícolas y bosques colindantes. Este área de la provincia de Huelva es un punto clave en el proceso migratorio de muchos migrantes, siendo una de las zonas de asentamiento temporal en su tránsito por España (García-Ramírez, Informe GC). Desde la década de los 90 en esta zona se ha demandado mano de obra temporal y no cualificada para trabajar en campos agrícolas—principalmente, basados en la producción de frutas rojas como fresas y frambuesas. En el año 2014 se registraron 19.805 contratos a extranjeros en Moguer (SIMA, 2015), el cual tenía, aproximadamente, 21.000 habitantes censados. Aunque desde 2011, la crisis económica ha desacelerado la llegada de migrantes, estos pueblos aumentan

notablemente su población en época de campaña agrícola (desde enero a junio aproximadamente). Este hecho genera numerosas dificultades a la hora de proveer servicios públicos, así como a la convivencia entre las personas autóctonas y las recién llegadas.

Existen dos perfiles mayoritarios de población migrante en este contexto de tránsito. Por un lado, se encuentran las mujeres migrantes temporeras, contratadas en los países de origen como mano de obra temporal para las campañas de plantación y recolección (Reigada-Olaizola, 2011). Estas mujeres provienen, principalmente, de países del este de Europa y Marruecos. Son alojadas en las fincas de los mismos campos donde trabajaban, alejadas de los pueblos y, por tanto, de los servicios públicos y otro tipo de servicios como tiendas y lugares de ocio. Algunos estudios indican la situación de vulnerabilidad que viven estas mujeres. Marcadas por su desconocimiento del idioma, su escasa red de apoyo, la escasa información con la que cuentan sobre sus derechos, y sobre todo, por las precarias condiciones laborales que sufren (Federación Internacional de Derechos Humanos, 2012; Palacios, Luque y Marente, 2015).

Por otro lado, se encuentra una población eminentemente masculina, joven y procedente de África, que acude a este enclave rural en busca de una oportunidad laboral (Peris, 2006). Estos constituyen la mano de obra de la economía sumergida de la agricultura intensiva onubense (Vizcaya, 2016). Ocupan los puestos que no han sido cubiertos o trabajan días esporádicos (festivos, refuerzo en plena campaña, etc.) normalmente de forma irregular. Dada la precariedad de su situación, estas personas han generado asentamientos chabolistas ilegales en las afueras de los pueblos, en los bosques localizados entre los campos agrícolas. Viven en casas que fabrican ellos mismos con cartones, chapas y maderas. No disponen de agua potable, utilizando muchas veces el agua de regadío de los campos, que puede contener productos químicos. No cuentan con un servicio de recogida de basuras. Están muy alejados de los servicios comunitarios y no hay transporte público, por lo que deben caminar por la carretera para llegar a los núcleos urbanos. Estos asentamientos presentan condiciones deplorables de habitabilidad y salubridad que pone a los cientos de personas que viven allí en una situación de alto riesgo para su salud (Vizcaya, 2016). Esto, a su vez, representa un peligro para la salud pública (Rodríguez y Breva, 2012; Garcia-Ramírez, Garrido, et al., 2015).

Hay que señalar que en la campaña agrícola los asentamientos de la provincia de Huelva han llegado a albergar hasta tres millares de personas (Vizcaya, 2016). En el enclave seleccionado para este estudio existen alrededor de quince asentamientos,

dos de ellos de gran tamaño. Por ejemplo, el asentamiento conocido como “Las Madres” llega a albergar a más de 800 personas en plena campaña de siembra y recolección. Sin embargo, son invisibles socialmente, debido a su lejanía de los núcleos urbanos (7-9 km.) y la escasa participación que tienen estas personas en la vida diaria de los pueblos (Vizcaya, 2016). Además, desde 2009 este problema se está volviendo crónico. Cada vez es más común encontrar población que vive en estos asentamientos de forma permanente, pasando de ser un perfil de personas temporeras a un perfil de personas sin hogar y en situación de exclusión social.

En respuesta, algunas ONGs (i.e. Huelva Acoge, Cruz Roja, CEPAIM, ACCEM, MZC) y fuerzas de seguridad del Estado (especialmente, el equipo EDATI de la Guardia civil) desarrollan desde hace años proyectos sociales y humanitarios. Estos proveedores se desplazan hacia los asentamientos con el fin de responder a necesidades de primera necesidad (i.g. alimentación, agua, mantas, ropa). Además, a falta de soluciones válidas y reales por parte de las Administraciones Públicas, en 2012 se constituyó la Mesa por la Integración. Esta tiene el objetivo de coordinar el trabajo en red de todas las organizaciones y colectivos sociales que trabajan en la asistencia a migrantes en los asentamientos. No obstante, esta ayuda resulta insuficiente para responder a las extremas situaciones que viven estas personas y no logran romper la espiral de marginación en las que se ven envueltas.

Finalmente, es de señalar que además de esta población en tránsito, en este enclave rural también hay población extranjera asentada. De hecho, en el año 2011, Moguer se posicionó entre las localidades españolas de más de 10.000 habitantes con mayor porcentaje de población extranjera (Montenegro, 2012). Muestra de ello puede observarse en el perfil multicultural del alumnado de los centros escolares de la zona.

2.2.2.3. Distrito Macarena (Sevilla): contexto de asentamiento y enclave urbano

El distrito Macarena es uno de los enclaves urbanos de asentamiento de personas migrantes más antiguos de Andalucía y el mayor de la ciudad de Sevilla (Geniz, 2014). Según el padrón municipal de 2011, en el distrito de Macarena vivían 10.511 inmigrantes, principalmente procedentes de Sudamérica y Marruecos. Dada la extensión de dicho distrito, el grupo de investigación realizó un estudio previo para conocer su distribución y perfiles mayoritarios en los diferentes barrios con el objetivo de seleccionar aquellos con mayor tasa de población migrante. Mediante un análisis basado en un sistema de información geográfica, se seleccionaron tres barrios: El cerezo, el Rocío y las Avenidas (ver figura 4).

Según el estudio realizado por Torres y colaboradores (2011), muchos barrios del distrito Macarena están convirtiéndose progresivamente en guetos. Muchos vecinos autóctonos se están desplazando hacia otras zonas de la ciudad, quedando una población autóctona de muy avanzada edad. Esta ha vivido en el barrio toda su vida y tiene una alta vinculación emocional a él. Esta población ahora tiene que aprender a convivir con una población migrante muy heterogénea. Esta diferenciación entre la población y la brecha generacional existente genera conflictos que a veces derivan en actitudes xenófobas y discriminatorias (Torres et al., 2011).

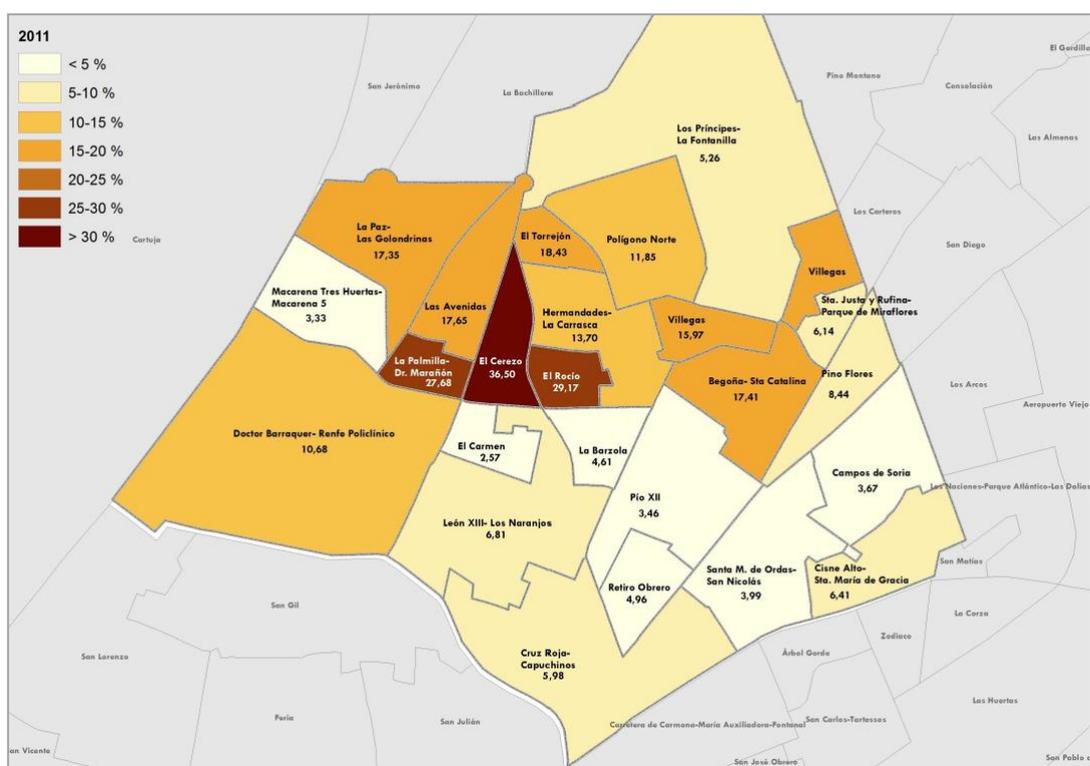


Figura 4 Peso de la población de origen extranjero sobre el total de la población en el distrito Macarena, 2011 (Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Padrón municipal de habitantes)

La alta diversidad cultural del distrito Macarena se refleja en sus servicios públicos. No solo por el amplio número de entidades dirigidas específicamente a población migrante—muchas de ellas, de carácter socio-cultural y emprendidas por la propia población migrante—sino también por la adaptación de los servicios comunes. Por ejemplo, el centro de Salud Alamillo es el Centro Referente de Sevilla para el Observatorio de Inmigrantes en cuestiones de Sanidad. Por su parte, el CEIP San José Obrero ha recibido diversos premios por la gestión de la interculturalidad de su alumnado. Esta diversidad se refleja también en la vida diaria de su comunidad, transformando el tejido social y estructural de la zona. Muestra de ello es el fuerte

impulso de comercios étnicos en la zona, dirigidos a la satisfacción de necesidades alimenticias y culturales de los diferentes grupos (Pedregal y Mendoza, 2014).

Por otra parte, el distrito Macarena también presenta unas características socio-estructurales que ponen a sus habitantes ante condiciones de vulnerabilidad. Existen situaciones estructurales de pobreza, problemas de vivienda, déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos, desempleo, fracaso y absentismo escolar y exclusión social. De hecho, este distrito incluye barrios que han sido catalogados como “zona con necesidades de transformación social”. En consecuencia, muchos de los recursos municipales dirigidos a personas sin hogar de la ciudad se han instalado en el distrito Macarena. Este hecho hace que las personas usuarias de estos servicios compartan el espacio público y convivan con el resto de población. En este estudio, primero, se comprobaron las listas de recursos municipales en aquellos lugares donde estaban disponibles. Segundo, en cada contexto se establecieron grupos de trabajo con agentes clave de la comunidad para actualizar estas listas. Esto permitió contar con información más ajustada a la realidad e implicar a la comunidad en el proceso de investigación—lo cual facilitó la recogida de datos y la difusión de los resultados posteriormente. Estos grupos de trabajo estuvieron formados por proveedores de diferentes servicios, líderes vecinales y vecinos autóctonos y migrantes.

Los grupos de trabajo locales, junto con los investigadores, seleccionaron 15 organizaciones a incluir en el estudio en cada contexto. En total, de las 45 organizaciones seleccionadas, 41 accedieron a participar (un nivel de aceptación del 91%), con las que se estableció un convenio de colaboración (ver en el Apéndice 1 la carta de invitación). Estas organizaciones fueron representativas de los diferentes servicios públicos a los que acceden los migrantes: educación, sanidad, ONGs y asociaciones vecinales, socio-laborales y municipales, Fuerzas de seguridad del Estado y servicios religiosos. En el contexto de asentamiento participaron 171 proveedores de 15 organizaciones; en el contexto de tránsito participaron 127 proveedores de 13 organizaciones; y en el contexto de recepción participaron 227 proveedores de 14 organizaciones. En la tabla 4 se detalla la lista completa de organizaciones colaboradoras y el número de proveedores que participaron en el estudio de cada una de ellas, distribuidas según el tipo de contexto—ver más detalles sobre las organizaciones participantes en el Apéndice 2.

Tabla 4 *Distribución de organizaciones y número de participantes por tipo de contexto*

Tipo de contexto	Nombre de la organización	N	%
Asentamiento (N=171)	Centro Salud Polígono Norte	5	2.92
	Centro Salud Alamillo	20	11.70
	IES Cervantes	17	9.94
	CEIP San José Obrero	15	8.77
	Servicio Andaluz Empleo Macarena	7	4.09
	AA.VV Cerezo	2	1.17
	AA.VV Barzola	3	1.75
	Asociación Sevilla Acoge	7	4.09
	Distrito municipal Macarena	1	0.58
	Policía Nacional Sevilla	49	28.65
	Parroquia San Leandro	13	7.60
	Servicios Sociales Macarena	5	2.92
	IES Inmaculada Vieira Macarena	10	5.85
	Asociación CODENAF	11	6.43
	Asociación ACCEM	6	3.51
Tránsito (N=127)	Centro Salud Palos	5	3.94
	Centro Salud Moguer	20	15.75
	CEIP Virgen de Montemayor	24	18.90
	CEIP San Jorge	6	4.72
	Servicio Andaluz de Empleo Moguer	9	7.09
	Servicios Sociales Moguer	6	4.72
	Huelva Acoge	8	6.30
	CEPAIM Huelva	7	5.51
	Diapo Asociación Senegalesa	1	0.79
	COAG Empresarios Agrícolas Palos	8	6.30
	Polideportivo Palos	19	14.96
	Policía Local Palos	12	9.45
	Policía Local Moguer	2	1.57
Recepción (N=227)	CEIP General Castaños	26	11.45
	IES Kursaal	10	4.41
	CEIP Campo Gibraltar	15	6.61
	Parroquia La Palma	7	3.08
	Policía Nacional Algeciras	79	34.80
	Zona portuaria Algeciras	10	4.41
	Cruz Roja Algeciras	11	4.85
	Centro Internamiento Extranjeros	4	1.76
	Centro Salud Algeciras	25	11.01
	Servicios Sociales Algeciras	7	3.08
	Asociación Comité AntiSida	4	1.76
	Asociación Algeciras Acoge	10	4.41
	Asociación Victoria Kent	8	3.52
Policía Local Algeciras	11	4.85	

Nota: CR=contexto de recepción (Algeciras); CT=contexto de tránsito (Moguer y Palos de la frontera), CA=contexto de asentamiento (Distrito Macarena)

2.2.2. Selección de participantes

En cada una de las organizaciones colaboradoras, se pidió la participación voluntaria y anónima a sus proveedores. Participaron 525 personas, que cumplieron con el criterio de inclusión de formar parte de la organización durante más de un año. De ellos, 171 trabajaba en el contexto de asentamiento, 127 en el contexto de tránsito y 227 en el contexto de recepción. El sexo de los participantes estuvo equilibrado en la muestra total (las mujeres representaron el 52.2% del total). Sin embargo, al dividirlos por tipo de servicio, hubo mayoría de mujeres, excepto en las fuerzas de seguridad del Estado (ver tabla 5).

Tabla 5 Distribución de proveedores por tipo de organización según su sexo

Tipo de organización	Sexo	N	%
Educación	Mujer	78	63.90
	Hombre	44	36.10
	Valor perdido	1	
	Total	123	
Sanidad	Mujer	48	66.67
	Hombre	24	33.33
	Valor perdido	3	
	Total	75	
ONGs y asociaciones vecinales	Mujer	52	61.90
	Hombre	32	38.10
	Valor perdido	2	
	Total	86	
Servicios socio-laborales y municipales	Mujer	41	70.69
	Hombre	17	29.31
	Valor perdido	0	
	Total	58	100.00
Fuerzas de seguridad del Estado	Mujer	34	21.52
	Hombre	124	78.48
	Valor perdido	5	
	Total	163	
Religioso	Mujer	16	80.00
	Hombre	4	20.00
	Valor perdido	0	
	Total	20	100

La mayoría de la muestra tenía más de 30 años. El 67.1% entre 31-50, el 22.4% más de 50 años y el 11.5% menos de 30 años. Respecto al nivel educativo, el 1.4% de los proveedores no había estudiado, el 8.5% había completado la educación primaria, el 29.8% la secundaria y el 60.3% educación superior. La media de años en la organización fue de 12.90 años ($DS=10.29$).

En cuanto al tipo de servicio ofrecido 163 proveedores estaban vinculados a las fuerzas de seguridad del Estado, 123 a la educación, 86 a ONGs y asociaciones vecinales, 75 a la salud, 58 a servicios socio-laborales y municipales y 20 a servicios religiosos. La tabla 6 ofrece su distribución según el contexto donde trabajan.

Tabla 6 Distribución de proveedores por tipo de organización según contexto

Tipo de Contexto	Tipo de organización	N	%
Contexto de recepción	Educación	51	22.47
	Sanidad	25	11.01
	ONGs y asociaciones vecinales	33	14.54
	Servicios socio-laborales y municipales	11	4.85
	Fuerzas de seguridad del Estado	100	44.05
	Religioso	7	3.08
	Total	227	100
Contexto de tránsito	Educación	30	23.62
	Sanidad	25	19.69
	ONGs y asociaciones vecinales	24	18.90
	Servicios socio-laborales y municipales	34	26.77
	Fuerzas de seguridad del Estado	14	11.02
	Total	127	100.00
Contexto de asentamiento	Educación	42	24.56
	Sanidad	25	14.62
	ONGs y asociaciones vecinales	29	16.96
	Servicios socio-laborales y municipales	13	7.60
	Fuerzas de seguridad del Estado	49	28.65
	Religioso	13	7.60
Total	171	100.00	

2.3. Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación se desarrolló un cuestionario que evaluaba los cuatro constructos incluidos en el estudio (CCC, bienestar ocupacional, creencias sobre justicia social e influencia percibida en los contextos de trabajo). También se incluyeron preguntas socio-demográficas y laborales. A continuación, se detallan cada una de estas medidas (presentadas en el Apéndice 3).

2.3.1. Medida de competencia cultural comunitaria

Para medir la CCC, se diseñó *ad hoc* un instrumento, el ICC, siguiendo los pasos establecidos por Clark y Watson (1995). En primer lugar, como ya se indicó en

la *Introducción*, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre modelos explicativos de competencia cultural. En función de los resultados de esta revisión—junto con información obtenida sobre competencia cultural en una fase cualitativa previa a este estudio (ver fichas-resumen de buenas prácticas encontradas a diferentes niveles ecológicos que orientaron este estudio en el Apéndice 4)—se definió operativamente el constructo de CCC. A partir de esta definición, se identificaron los indicadores para medir cada una de sus dimensiones (i.e. conciencia crítica, habilidades para gestionar la diversidad, capacidad de acción en la organización y capacidad de acción en la comunidad). Posteriormente, se identificaron y generaron ítems acordes a dichas dimensiones. Algunos ítems fueron adaptados de otros instrumentos; en concreto, del *Cultural Competence Assessment Instrument* (Suarez-Balcazar et al., 2011), del instrumento utilizado en el proyecto *Migrant Friendly Hospitals* (Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health, 2014) y de la adaptación al español de la *Ethnocultural Empathy Scale* (Albar et al., 2015). Los ítems seleccionados que estaban en inglés fueron sometidos a un proceso de traducción-retrotraducción llevada a cabo por una traductora bilingüe (inglés-español). El resto de ítems fue redactado por el equipo investigador.

Dicha batería de ítems fue sometida al juicio de un grupo de expertos que analizaron la adecuación de los ítems al constructo. Estos seleccionaron los ítems más apropiados y ofrecieron retroalimentación para mejorar la comprensión de algunos de ellos. El grupo de expertos estuvo compuesto por seis investigadores relacionados con el ámbito de las migraciones y la cultura, un experto en psicometría, dos expertos en cartografía y tres agentes clave de la comunidad. La evaluación se centró principalmente en el contenido de los ítems, la singularidad de cada elemento y la claridad de los mismos. Este procedimiento ofrece evidencias de validez basada en el contenido del instrumento (Lozano y Rojas, 2005), garantizando la adecuación de los ítems para medir las dimensiones de la CCC.

Una vez diseñado el *ICCC* piloto, compuesto por 22 ítems (ocho relativos a la dimensión de conciencia crítica, cuatro ítems relativos a las habilidades, cuatro relativos a la capacidad de acción en la organización y cuatro a la capacidad de acción en la comunidad), se realizó su pilotaje en la comunidad. Concretamente, fue aplicado en cuatro organizaciones, dos del enclave rural y dos del urbano. Este pilotaje permitió mejorar el instrumento, identificando ítems confusos o difíciles de comprender. Tras analizar los resultados del pilotaje, se procedió a depurar aquellos ítems que habían presentado problemas o aquellos que resultaban redundantes.

Finalmente, El *ICCC* definitivo estuvo compuesto por 14 ítems, evaluados en una escala tipo *Likert* de grado de acuerdo de cinco puntos—desde 1, "muy en desacuerdo" a 5, "muy de acuerdo". En cuanto a su distribución por dimensión, tanto la dimensión de conciencia crítica como la de habilidades para gestionar la diversidad estuvieron formadas por cuatro ítems; mientras que las relativas a la capacidad de acción organizacional y comunitaria estuvieron formadas por tres ítems.

Esta medida mostró una consistencia interna total con valor Alfa de Cronbach de .795. En ningún caso eliminar un ítem haría aumentar el valor del coeficiente Alfa de Cronbach. En cuanto a la fiabilidad por cada dimensión, todas superaron el valor Alfa de Cronbach de .70.

2.3.2. Medida de bienestar ocupacional

Como indicador de bienestar ocupacional, se utilizó la dimensión de agotamiento emocional del *Maslach Burnout Inventory* (*MBI*, Maslach y Jackson, 1986) en su adaptación al español (Albar et al., 2009). Los ítems que conforman esta medición fueron los siguientes: "Trabajar todo el día con poblaciones diversas representa para mí un gran esfuerzo" (bu01), "Trabajar en contacto directo con los usuarios/as me resulta estresante" (bu02), "Me siento agobiado/a emocionalmente por mi trabajo" (bu03) y "Estoy quemado/a por mi trabajo" (bu04). El formato de respuestas fue tipo *Likert* de 5 puntos, desde 1 ("muy en desacuerdo") a 5 ("muy de acuerdo").

Esta medida mostró una consistencia interna con valor Alfa de Cronbach de .789. Este valor mejoraba a $\alpha=.832$ si se eliminaba el ítem bu01, pero se prefirió conservar dicho ítem por cuestiones de contenido.

2.3.3. Medida de creencias sobre justicia social

Las creencias sobre Justicia social se midieron a través de un ítem propuesto por Rasinski (1987), a modo de indicador sobre las creencias de justicia social relativas a la prestación de servicios públicos. El ítem fue "Los servicios básicos como salud, educación y asistencia legal deben ser proporcionadas por el gobierno de forma gratuita". El formato de respuesta fue tipo *Likert* de 5 puntos, desde 1 ("muy en desacuerdo") a 5 ("muy de acuerdo").

2.3.3. Medida de influencia percibida en los contextos de trabajo

Para medir Influencia percibida en los contextos de trabajo se diseñó *ad hoc* un instrumento basado en la escala de empoderamiento psicológico en el trabajo de Spreitzer (1995; adaptada al español por Albar, García Ramírez, López y Garrido, 2012). Dado que la intención era evaluar la percepción de los proveedores sobre su influencia en los diferentes escenarios. A nivel individual, la influencia se tradujo en términos de significado personal del trabajo (“El trabajo que hago es importante para mí”), de auto-eficacia (“Domino las habilidades necesarias para desarrollar mi trabajo”) y de autodeterminación (“Puedo decidir por mí mismo/a cómo hacer mi trabajo”). En cuanto a la influencia en organizaciones y comunidades, se desarrollaron tres ítems para cada uno de los niveles, con igual redacción, pero cambiando el tipo de escenario. Estos fueron: “Mi trabajo es importante para el funcionamiento de mi organización/este barrio”, “Tengo suficiente influencia sobre lo que ocurre en mi organización/este barrio” y “Mi trabajo ayuda a transformar mi organización/este barrio”. El formato de respuestas fue tipo *Likert* de 5 puntos, desde 1 (“muy en desacuerdo”) a 5 (“muy de acuerdo”).

Esta medida mostró una consistencia interna con valor alfa de Cronbach de .827, la cual no aumentaba si se eliminaban elementos. El valor de la fiabilidad por dimensiones fue de .517 para el empoderamiento en el trabajo individual, de .756 para el organizacional y de .795 para el comunitario.

2.3.4. Medida de características socio-demográficas y laborales

Con el objetivo de conocer algunas características socio-demográficas y laborales de la muestra, se incluyeron preguntas relativas al género, a la edad, al nivel educativo y al tiempo de trabajo/colaboración dentro de la organización.

2.4. Procedimiento

Durante todo el proceso de investigación se tuvo muy presente la inclusión de la comunidad, con el objetivo de generar conocimiento desde los propios colectivos implicados en la provisión de servicios públicos. Para ello, se desarrollaron lazos de colaboración con informantes clave de la comunidad, que participaron en numerosas fases del estudio. Primero, en el proceso de diseño del cuestionario, velando por la sensibilidad cultural de la medida y su comprensión. Segundo, en la identificación y

selección de las organizaciones objeto de estudio. Tercero, en la recogida de datos, facilitando la predisposición de las organizaciones y sus proveedores para participar. Cuarto, en la interpretación crítica de los resultados, a través de un foro comunitario que se llevó a cabo en cada contexto—en *Resultados* se detalla el procedimiento seguido en dichos foros. Finalmente, la participación de agentes comunitarios en el estudio ha facilitado la difusión de los resultados en la comunidad y su aplicabilidad o traducción en acciones concretas en cada contexto.

Para formalizar esta colaboración con las organizaciones, se firmó un documento con los datos oficiales del estudio, donde se establecían los términos de la colaboración solicitada y se garantizaba la confidencialidad y los fines exclusivamente investigadores de los datos obtenidos (Apéndice 1).

La recogida de datos se realizó durante marzo-junio de 2014, dejando a cada organización aproximadamente un mes para rellenar los cuestionarios—ampliable a dos en aquellas donde no se tuvo éxito en primera instancia. Para maximizar la tasa de respuesta, se asignó a una persona responsable dentro de cada organización para que motivara a participar a sus compañeros. Asimismo, esta persona garantizaba la custodia de los cuestionarios en la organización. La investigadora visitó periódicamente cada organización y realizó llamadas telefónicas para supervisar el proceso de encuesta y motivar a aquellas organizaciones donde había poca tasa de respuesta.

El cuestionario de auto-respuesta fue cumplimentado de manera individual y anónima, no existiendo incidentes. La duración aproximada para responder el instrumento fue de 15 minutos y cada proveedor podía elegir el momento y lugar donde lo completaba.

2.5. Análisis de datos

Los análisis de datos desarrollados se han guiado por los estándares para validación en Psicología y Educación (AERA, APA y NCME, 2014). Estos incluyen una serie de evidencias que deben ser aportados en los estudios para apoyar la validez de los modelos e instrumentos de medida utilizados. Estas tienen que ver, principalmente, con la estructura interna y con la relación con otras variabas.

En este estudio las evidencias de validez basadas en la estructura interna se obtuvieron mediante la confirmación de la dimensionalidad del constructo (mediante análisis factorial confirmatorio) y la comprobación de su consistencia interna (mediante análisis de fiabilidad y correlaciones entre ítems) (Lozano y Rojas, 2005;

Navas, 2001). Las evidencias de validez basadas en la relación de la CCC con otros constructos se obtuvieron mediante la comprobación de modelos de ecuaciones estructurales. Siguiendo a Byrne (1998), este tipo de modelos implica un enfoque confirmatorio de análisis multivalente aplicado a una teoría estructural relacionada con un fenómeno determinado.

Los análisis de datos se han realizado mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 15.0 y el programa Mplus7. Con el primero se realizaron los análisis descriptivos, contrastes de medias mediante las pruebas *T de student* y ANOVAS, correlaciones de Pearson y análisis de fiabilidad (mediante el valor Alpha de Cronbach). Con el programa Mplus7 se llevaron a cabo los análisis factoriales confirmatorios y los modelos de ecuaciones estructurales.

Para la estimación de la matriz de covarianzas de los modelos probados, se empleó el método MLR. Este método se eligió porque es robusto frente a datos que no siguen los parámetros de normalidad (Yuan y Bentler, 2000). Para comprobar el ajuste de los modelos de estructuras de covarianzas propuestos se han seguido las recomendaciones de Hu y Bentler (1995), empleando dos indicadores básicos.

Por un lado, se utilizó el RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), que aporta una estimación del intervalo de confianza al 90% del valor de ajuste poblacional. Según Diamantopoulos y Siguaaw (2000), este índice es uno de los más informativos, debido a su parsimonia y su sensibilidad ante el número de parámetros estimados en el modelo. Se considera como criterio de un ajuste adecuado un intervalo que tenga como límite inferior un valor igual o inferior a 0.06 (Hu y Bentler, 1995) y como ajuste aceptable valores inferiores o iguales a 0.08 (Arbuckle, 2016).

Por otro lado, se empleó el CFI (*Comparative Fit Index*) como índice de ajuste global. Siguiendo a Fan, Thompson y Wang (1999), este es uno de los índices más usados para valorar los modelos de ecuaciones estructurales debido a que es de los que menos les afecta el tamaño de la muestra. Este valor se obtiene comparando el ajuste entre el modelo nulo y el modelo propuesto. Su valor oscila entre 0 (mínimo ajuste) y 1 (máximo ajuste). Valores superiores a .90 sugieren un ajuste satisfactorio entre las estructuras teóricas y los datos empíricos, mientras que valores iguales o superiores a .95 indican un ajuste óptimo (Hu y Bentler, 1995).

3. Resultados

En esta sección se presentan los resultados del estudio, en el orden de los objetivos planteados. En primer lugar, se exponen las evidencias de validez basadas en la estructura interna de la CCC. En segundo lugar, se aportan evidencias de validez basadas en la relación de las dimensiones de CCC con otras variables (i.e. bienestar ocupacional, creencias sobre justicia social e influencia percibida en los contextos de trabajo). En tercer lugar, se valora la adecuación del *ICCC* como instrumento de medida de la CCC. En cuarto lugar, una vez apoyado el modelo de CCC y *el ICCC*, se hace una descripción del nivel de competencia de la muestra, examinando su distribución según algunas variables socio-demográficas y laborales (i.e. sexo, tipo de contexto y tipo de servicio público ofrecido). Finalmente, estos resultados son representados gráficamente y contextualizados en un mapa para facilitar su interpretación y la estimulación de líneas de acción comunitaria.

3.1. Evidencias de validez basadas en la estructura interna de la CCC

En este apartado se comprueba la estructura interna del constructo de CCC. Primero se presentan los resultados de los ítems utilizados para medir la CCC, así como las correlaciones entre ellos. Posteriormente, se ofrecen los resultados del análisis factorial confirmatorio por el que se ha comprobado su estructura.

3.1.2. Resultados descriptivos y correlaciones entre ítems

A modo de presentación de los ítems que evalúan la CCC, en la tabla 7 se ofrecen sus resultados descriptivos, donde pueden verse sus valores promedio y desviaciones estándar.

Tabla 7 **Resultados descriptivos de los ítems de CCC**

Ítems	M	DT
CC1. Creo que es importante para un/a proveedor/a como yo saber diferenciar los grupos culturales que existen en el barrio.	3.98	0.92
CC2. Los/as proveedores/as debemos ser efectivos/as para proveer servicios comunitarios para todas las personas, independientemente de su posición sociopolítica, étnica o procedencia.	4.23	0.81
CC3. Muestro mi aprecio por sus normas culturales cuando interactúo con personas de otro origen étnico	4.06	0.82
CC4. Soy sensible para valorar y respetar las diferencias entre mi entorno cultural y el de los/as usuarios/as inmigrantes.	4.14	0.74
HH1. Soy competente cuando trabajo con personas inmigrantes.	4.19	0.70
HH2. Soy efectivo/a en mi comunicación con usuarios/as inmigrantes.	4.06	0.79
HH3. En mi forma de trabajar se aprecia mi sensibilidad cultural.	4.03	0.79
HH4. Puedo adaptar mi trabajo a las necesidades de las personas inmigrantes.	4.05	0.80
CAO1. Mi organización me proporciona formación suficiente para ser competente en mi trabajo con usuarios/as inmigrantes.	3.26	1.19
CAO2. En mi organización tengo acceso a intérpretes cuando el/la usuario/a inmigrante habla un idioma que no domino.	2.92	1.44
CAO3. En mi organización dispongo de información (demográfica, cultural, y epidemiológica) actualizada sobre la población inmigrante con la que trabajo.	2.67	1.25
CAC1. Tengo acceso a los líderes políticos para solicitarles los recursos necesarios para desarrollar programas comunitarios.	2.05	1.11
CAC2. Participo en las actividades comunitarias que se realizan en el barrio donde trabajo (fiestas, encuentros, etc.)	2.60	1.24
CAC3. Conozco a la mayoría de las personas que trabajan para mejorar el barrio donde yo trabajo (profesionales, líderes comunitarios, informantes clave).	2.69	1.21

Nota: CC=conciencia crítica; HH= habilidades para gestionar la diversidad; CAO= capacidad de acción en la organización; CAC=capacidad de acción en la comunidad

La tabla 8 ofrece el valor de las correlaciones de Pearson entre los ítems de CCC. Todos aquellos pertenecientes a la misma dimensión presentan correlaciones estadísticamente significativas ($p < .01$) y relaciones más fuertes que con ítems del resto de dimensiones.

3.1.1. Estructura factorial del constructo de CCC

A continuación, se presentan los resultados de los análisis factoriales confirmatorios que apoyan la estructura interna propuesta en la hipótesis 1.1. Esta establece que la CCC está formada por cuatro dimensiones: (a) conciencia crítica, (b) habilidades para gestionar la diversidad, (c) capacidad de acción en la organización y (d) capacidad de acción en la comunidad.

Tabla 8 Correlaciones entre los ítems de CCC

	CC1	CC2	CC3	CC4	HH1	HH2	HH3	HH4	CA01	CA02	CA03	CAC1	CAC2	CAC3
CC1	1													
CC2	.568**	1												
CC3	.275**	.314**	1											
CC4	.281**	.354**	.487**	1										
HH1	.236**	.390**	.240**	.239**	1									
HH2	.146**	.323**	.234**	.243**	.754**	1								
HH3	.284**	.411**	.325**	.314**	.518**	.494**	1							
HH4	.200**	.349**	.339**	.291**	.616**	.611**	.558**	1						
CA01	.111*	.097*	.168**	.146**	.347**	.405**	.315**	.398**	1					
CA02	.079	.048	.071	.035	.131**	.151**	.134**	.146**	.438**	1				
CA03	.129**	.104*	.155**	.098*	.158**	.169**	.252**	.267**	.476**	.572**	1			
CAC1	-.042	-.093*	.054	.013	-.089*	-.007	.070	.046	.241**	.219**	.281**	1		
CAC2	.049	.033	.172**	.191**	.081	.137**	.164**	.194**	.236**	.238**	.304**	.408**	1	
CAC3	.119*)	.113*	.172**	.208**	.126**	.216**	.210**	.199**	.296**	.240**	.310**	.442**	.614**	1

Nota: CC=conciencia crítica; HH= habilidades para gestionar la diversidad; CAO= capacidad de acción en la organización; CAC=capacidad de acción en la comunidad

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Mediante un análisis factorial confirmatorio, se probaron dos estructuras diferentes para conocer cuál encajaba mejor con la naturaleza del constructo. Se comparó un modelo de primer orden (en el que las cuatro dimensiones se relacionan entre sí), frente a un modelo de segundo orden (en el que las cuatro dimensiones conforman un constructo de orden superior). Como se aprecia en la tabla 9, el modelo de primer orden obtiene mejores resultados. La razón de chi-cuadrado entre los grados de libertad tuvo un valor menor de 5, cercano a 3. El valor de RMSEA fue de .07 (en un intervalo al 90% de .06-0.08) y el valor de CFI superó el valor criterio de .90.

Tabla 9 Comparación entre la bondad de ajuste del modelo de primer orden y el modelo de segundo orden

Índice	Modelo primer orden	Modelo segundo orden
Chi-Square Test of Model Fit (SB_x^2)	242.31	289.77
gl	70	72
<i>p</i>	<0.01	<0.01
RMSEA	0.07	0.08
Intervalo al 90%	0.06 - 0.08	0.07 - 0.09
<i>p</i>	<0.01	<0.01
CFI	0.90	0.88

Se debe señalar que para obtener estos resultados se asumió una correlación entre el ítem HH1 y HH2. Sin esta correlación el ajuste del modelo no cumplía con los criterios establecidos—ni en su estructura de primer orden ni de segundo. Tras analizar los índices de modificación, se encontró un error de covarianza elevado entre ambos ítems. Asumiendo dicho error, los resultados mejoraron notablemente. En futuros estudios deberá comprobarse si este error persiste o se debe a las características de la muestra.

La figura 5 representa el constructo de CCC en su estructura de primer orden. En ella aparecen detallados los pesos factoriales estandarizados de cada ítem en cada dimensión (todos superior a .50), los cuales resultaron estadísticamente significativos en todos los casos ($p < .001$). La figura representa las correlaciones entre las dimensiones de CCC, que también fueron estadísticamente significativas en todos los casos ($p < .005$). Hubo dos relaciones que presentaron valores mayores a .50. Por un lado, la relación entre conciencia crítica y habilidades para la gestión de la diversidad y, por otro, la relación ente capacidad de acción en la organización y en la comunidad. Esto tiene sentido puesto que se relacionan a niveles ecológicos más cercanos entre sí. Siguiendo esta idea, también se puede comprobar cómo la relación entre conciencia crítica (nivel individual) y capacidad de acción en la comunidad (nivel comunitario) obtuvo los valores más bajos.

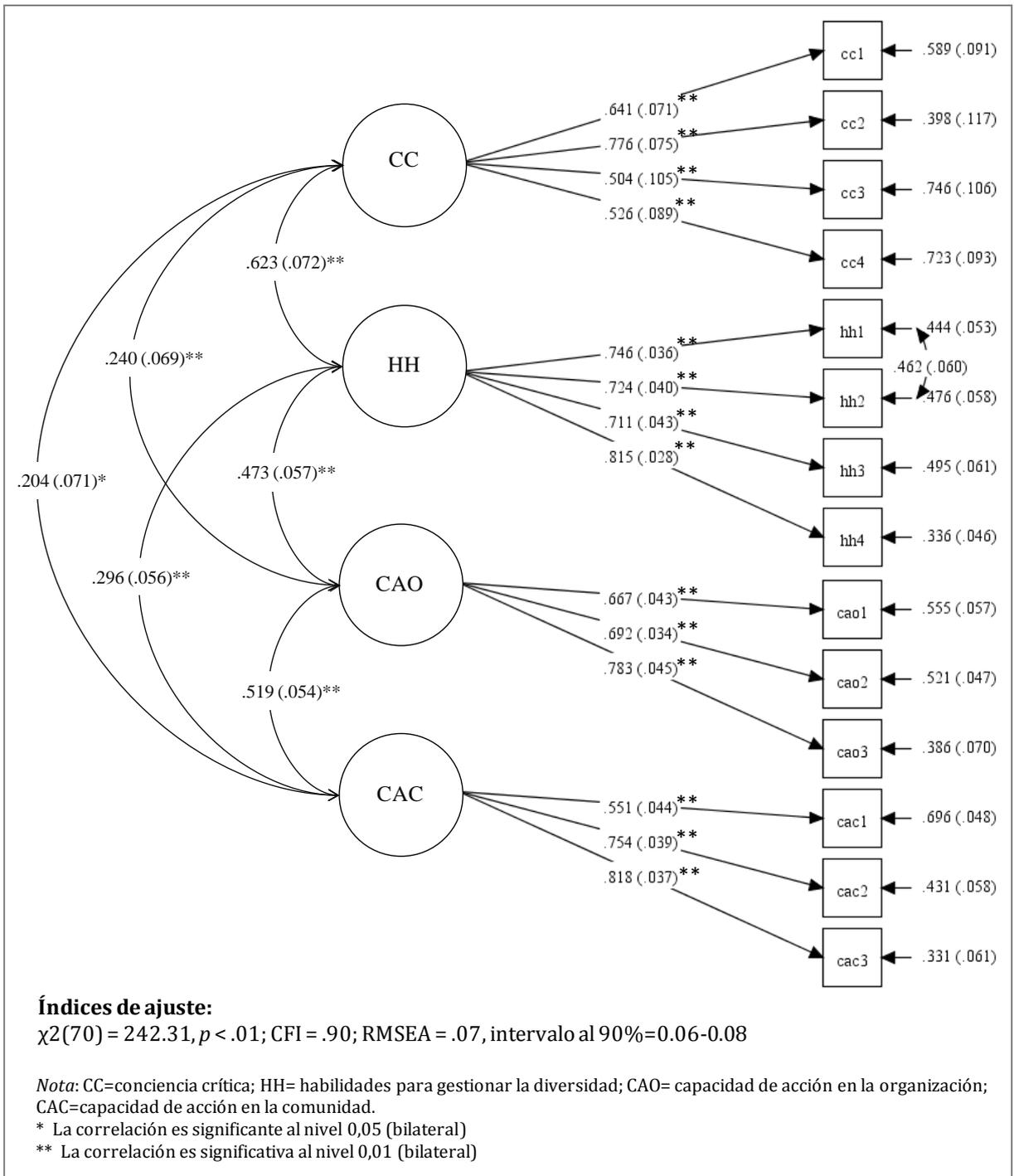


Figura 5 Modelo de competencia cultural comunitaria

3.2. Evidencias de validez basada en la relación de la CCC con otros constructos

Los resultados de esta sección se presentan en el orden de las hipótesis planteadas. Para poner a prueba cada una de ellas, primero se detallan los resultados descriptivos de cada variable relacionada con la CCC. Posteriormente, se comprueban las relaciones mediante modelos de ecuaciones estructurales. Es de señalar que se probaron las relaciones entre todas las dimensiones de la CCC con las variables criterio, no solo aquellas relaciones predichas en las hipótesis. El objetivo fue abrir la posibilidad a conocer otras relaciones no predichas.

Los modelos se presentan mediante figuras. Para simplificarlas, no se han representado las relaciones entre las dimensiones de CCC y sus ítems, dado que ya se han mostrado en la figura 5 en la sección 3.1.1. *Estructura factorial del constructo de CCC*.

3.2.1. Relación entre CCC y Creencias sobre justicia social

En cuanto a las *creencias sobre justicia social*, los proveedores obtuvieron un valor elevado. Recordemos que esta variable se evaluó a través de un solo ítem, el cual obtuvo una media de 4.36 ($SD=0.93$).

La figura 6 ofrece los resultados estandarizados del modelo estructural que relaciona las dimensiones de CCC con las creencias sobre justicia social. El modelo ajustó adecuadamente a los datos. El RMSEA obtuvo un valor de 0.06 (con un intervalo al 90% de 0.06-0.08) y el CFI fue de .91.

En cuanto a las relaciones entre las variables, sólo resultó estadísticamente significativo ($p<.01$) el impacto de la conciencia crítica en la creencia sobre la justicia social. Este resultado apoya la *hipótesis 2.1*.

3.2.2. Relación entre CCC y bienestar ocupacional

Como se detalló en el apartado Instrumentos, el bienestar ocupacional de los proveedores fue medido a través del agotamiento emocional. Por tanto, mayores valores indican menor nivel de bienestar. El promedio de agotamiento emocional de la muestra obtuvo un valor medio ($M=2.326$, $dt=.90$). La tabla 10 ofrece los resultados de los análisis descriptivos de los ítems, donde destaca el esfuerzo que les supone trabajar con población diversa como un elemento que limita el bienestar ocupacional.

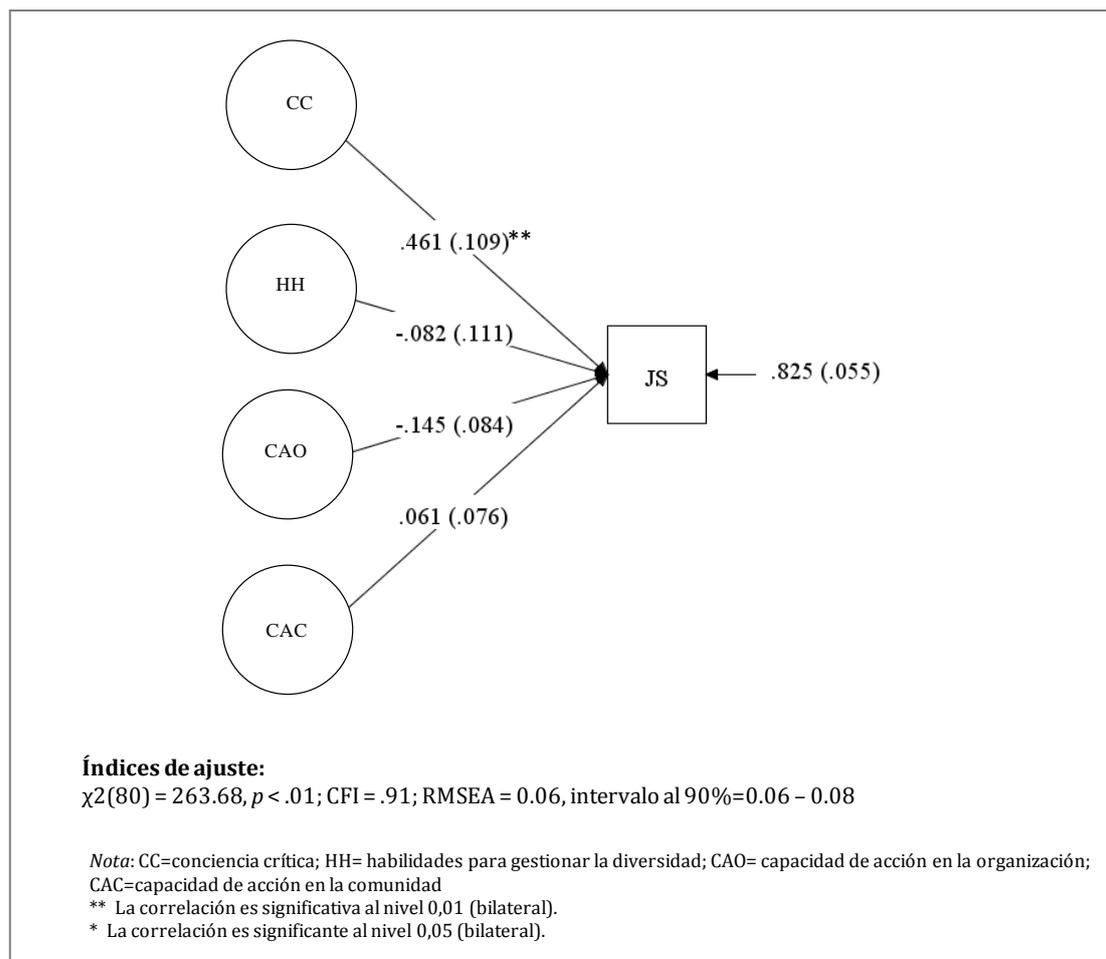


Figura 6 Modelo de relación entre CCC y Creencias sobre Justicia Social

Tabla 10 Estadísticos descriptivos de los ítems de Agotamiento Emocional (Bienestar Ocupacional)

Ítem	M	Dt
BU1. Trabajar todo el día con poblaciones diversas representa para mí un gran esfuerzo	2.91	1.21
BU2. Trabajar en contacto directo con los/as usuarios/as me resulta estresante	2.34	1.17
BU3. Me siento agobiado/a emocionalmente por mi trabajo.	2.05	1.07
BU4. Estoy "quemado/a" por mi trabajo.	1.95	1.15

La figura 7 ofrece los resultados estandarizados del modelo estructural que relaciona las dimensiones de CCC con el indicador de bienestar ocupacional. Como se aprecia en la figura, el modelo ajustó adecuadamente a los datos. El valor del RMSEA fue de 0.06 (con un intervalo al 90% de 0.60-0.80) y el valor de CFI fue de .90. En la figura también pueden apreciarse los pesos factoriales estandarizados de cada ítem de agotamiento emocional, que en todos los casos fueron superiores a .40 ($p < .01$).

En cuanto a las relaciones encontradas, solo hubo una estadísticamente significativa ($p < .05$). Concretamente, una relación negativa entre capacidad de acción en la organización y agotamiento emocional. Esto apoya parcialmente la hipótesis 2.2., dado que

la influencia de las habilidades para gestionar la diversidad no ha resultado estadísticamente significativa ($p > .05$).

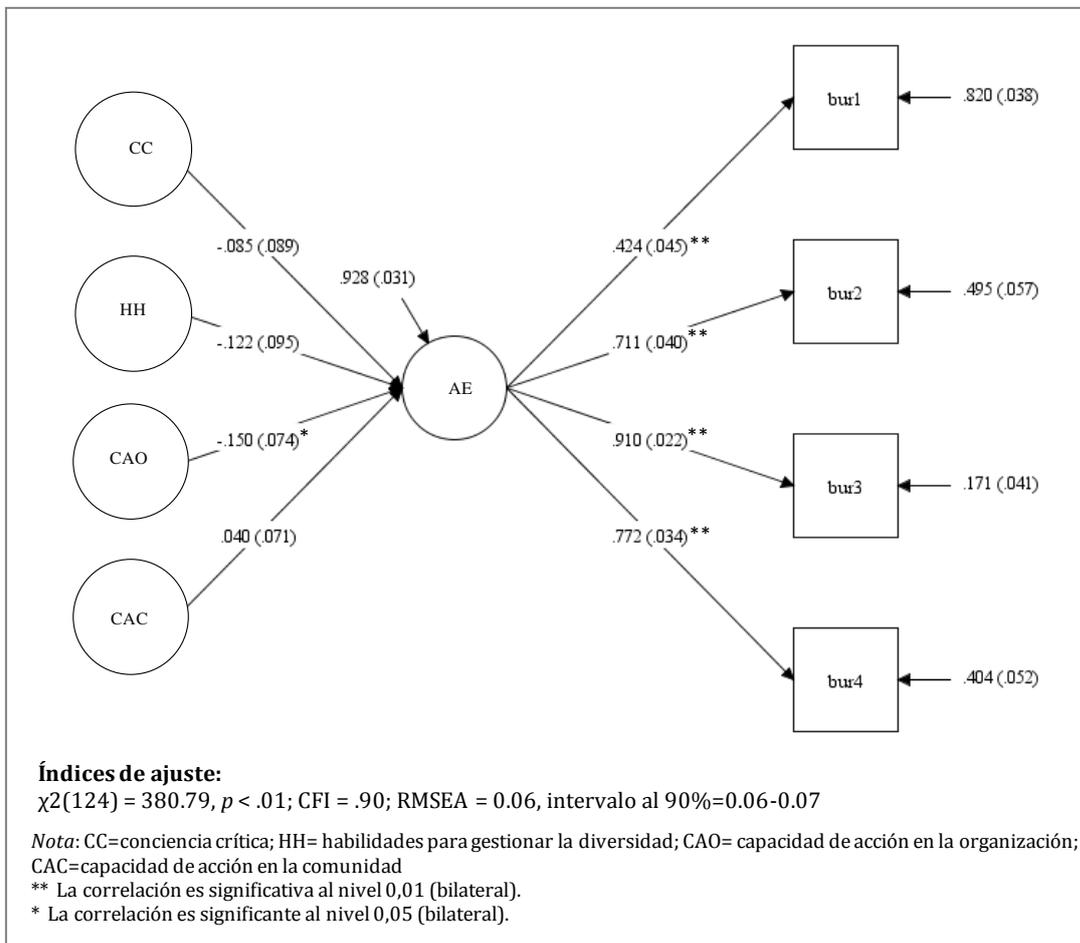


Figura 7 Modelo de relación entre CCC y Bienestar Ocupacional

3.2.3. Relación de la CCC con la influencia percibida en los contextos de trabajo

Finalmente, la variable influencia percibida en los contextos de trabajo tuvo una puntuación total alta ($M=3.76, SD=.59$). La tabla 11 ofrece los resultados descriptivos de sus ítems, divididos por nivel de actuación. Destaca el ítem “El trabajo que hago es importante para mí” por su elevado valor, que muestra la alta motivación por el trabajo que presentan los proveedores de servicios públicos.

En la figura 8 pueden observarse los resultados estandarizados del modelo estructural que relaciona las dimensiones de CCC con la influencia percibida en los contextos de trabajo. El modelo ajustó adecuadamente a los datos. El valor del RMSEA fue de .06 (con un intervalo al 90% de 0.50-0.60) y el valor de CFI fue de .90. En la figura también se han representado los pesos factoriales estandarizados de los ítem de medida de la influencia, que en todos los casos fueron superiores a .50 ($p < .01$).

Tabla 11 Estadísticos descriptivos de los ítems de influencia percibida en los contextos de trabajo

Ítem	M	SD
EI1. El trabajo que hago es importante para mí.	4.60	.61
EI2. Domino las habilidades necesarias para desarrollar mi trabajo.	4.37	.62
EI3. Puedo decidir por mí mismo/a cómo hacer mi trabajo.	3.99	.92
EO1. Mi trabajo es importante para el funcionamiento de mi organización.	4.19	.80
EO2. Tengo suficiente influencia sobre lo que ocurre en mi organización.	3.26	1.06
EO3. Mi trabajo ayuda a transformar mi organización.	3.48	1.01
EC1. Mi trabajo es importante para el funcionamiento de este barrio.	3.81	.97
EC2. Tengo influencia sobre lo que ocurre en este barrio.	2.87	1.09
EC3. Mi trabajo ayuda a transformar este barrio.	3.21	1.07

Nota: EI=influencia a nivel individual; EO=influencia a nivel organizacional y EC=influencia a nivel comunitario

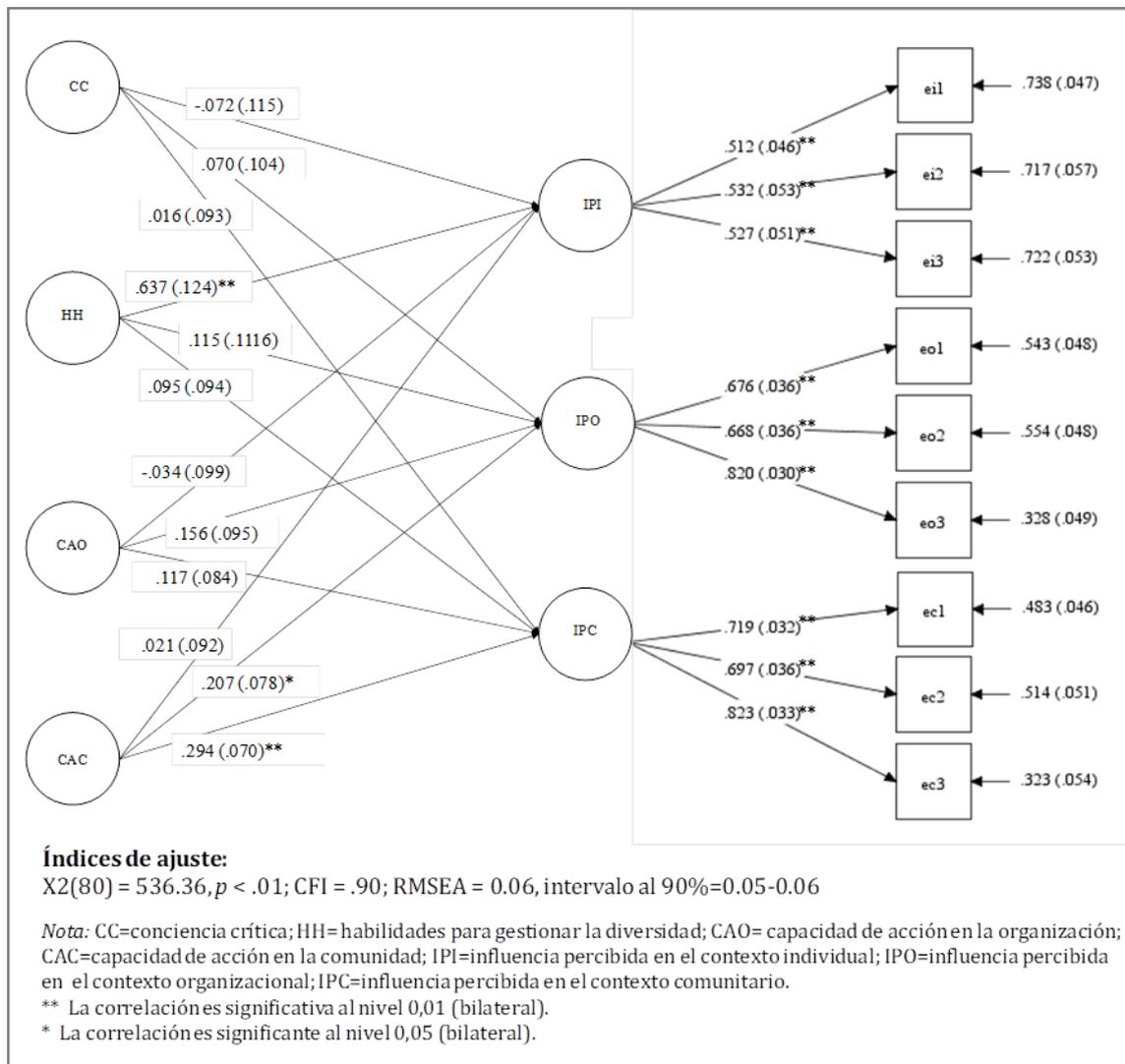


Figura 8 Modelo estructural de relaciones entre CCC e Influencia percibida en los contextos de trabajo

Las relaciones que resultaron estadísticamente significativas ($p < .05$) y que apoyan la hipótesis 2.3 fueron las encontradas entre habilidades para gestionar la diversidad y la influencia a nivel individual por un lado, y entre capacidad de acción en la comunidad e influencia en la comunidad. Sin embargo, no resultó significativa la relación esperada entre capacidad de acción en la organización e influencia en la organización. También se encontró una relación no esperada, que muestra el impacto de la capacidad de acción en la comunidad sobre la influencia a nivel organizacional. En todos los casos señalados, las relaciones fueron positivas, lo que lleva a pensar que a mayor CCC, mayor influencia percibida en el contexto.

3.3. Garantías psicométricas y conceptuales del ICCC

Para poner a prueba el *ICCC* se utilizaron los criterios propuestos por Krentzman y Townsend (2008) para la valoración de los instrumentos de medida de competencia cultural. Estos criterios combinan condiciones psicométricas con cuestiones teóricas y han sido aplicados previamente a numerosos instrumentos—ver detalles en Krentzman y Townsend (2008). Por cada uno de los nueve criterios, los autores proponen una serie de indicadores que determinan si la calidad del instrumento es alta, adecuada o baja. A continuación se justifican cada uno de los criterios, resumidos y valorados en la tabla 12.

Primero, el *ICCC* ofrece numerosas evidencias de validez. En términos de los autores, presenta “validez de contenido”, ya que diferentes expertos confirmaron que los ítems representan el constructo medido. Su “validez de constructo” viene apoyada por la claridad en el diseño de la estructura del constructo y por su comprobación empírica mediante análisis confirmatorios. En cuanto a la “validez criterio”, se basa en la confirmación de la relación de la CCC con otras variables teóricamente asociadas (bienestar ocupacional, creencias sobre justicia social e influencia percibida en los contextos de trabajo).

Segundo, el cuestionario ha sido completado por 526 proveedores de servicios públicos con perfiles muy variados en cuanto a edad, profesión, tipo de servicios o enclave territorial. Esta es una de las características diferenciales del *ICCC* frente a otros instrumentos de medida de CCC, que suelen centrarse en un perfil profesional concreto (i.e. médicos, enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales, etc.).

Tercero, el *ICCC* ha presentado un valor de fiabilidad adecuado, tanto en su conjunto (Alfa de Cronbach de .795) como por dimensión (valores superiores a .70 en todos los casos).

Tabla 12 Evaluación del ICCC según los criterios de Krentzman y Townsend (2008)

Criterio a valorar	Resultado del ICCC
(1) Evidencias de validez	<i>Alto</i> : Aporta numerosas evidencias de validez de varios tipos (constructo, contenido, etc.)
(2) Diversidad de los participantes que han respondido al instrumento	<i>Alto</i> : Un miembro de cualquier grupo podría responder las preguntas de igual forma, sin sesgos derivados a la pertenencia a un grupo determinado
(3) Fiabilidad (consistencia interna)	<i>Adecuado</i> : Valor Alpha de Cronbach entre .70 y .79
(4) Justicia social	<i>Adecuado</i> : Hace referencia implícita al racismo, la discriminación y la opresión; tiene en cuenta aquellos factores socioculturales que influyen en la necesidad de los/as usuarios/as
(5) Claridad de los ítems	<i>Alto</i> : Cada ítem está enunciado de forma clara y utiliza un vocabulario comprensible
(6) Amplia definición de diversidad	<i>Adecuado</i> : Aunque la escala está dirigida a un grupo cultural concreto (población migrante), tiene en cuenta otros tipos de diversidad.
(7) Coherencia	<i>Alto</i> : Formato de respuesta uniforme y claro
(8) Deseabilidad social	<i>Bajo</i> : La mayoría de ítems conllevan respuestas que pueden ser sensibles al sesgo de deseabilidad social
(9) Aplicabilidad al campo de los servicios públicos	<i>Alto</i> : El uso del ICCC es apropiado para los diferentes sectores y disciplinas que ofrecen servicios públicos en sus diferentes contextos, no necesariamente restringido al campo de la sanidad.

Cuarto, dado que ha sido diseñado desde la perspectiva de la Psicología comunitaria, tiene un especial interés por cuestiones relacionadas con la justicia social. Contiene ítems relacionados con racismo, opresión o discriminación, especialmente aquellos relativos a la dimensión de conciencia crítica. Estos inducen a los proveedores a reflexionar sobre los factores sociopolíticos que afectan a su trabajo y al comportamiento y los problemas de las personas usuarias.

Quinto, todos los ítems son claros, unidimensionales y contienen un vocabulario sencillo. Estos fueron sometidos al juicio de expertos pero también de miembros de la comunidad. Asimismo, se sometieron a un estudio piloto. Todo ello ayudó a depurarlos y garantizar su comprensión.

Sexto, el ICCC parte de una conceptualización de cultura basada en la diversidad y la interseccionalidad. Dado el carácter del estudio, enfocado al trabajo de los proveedores con poblaciones migrantes, la mayoría de ítems hacen referencia al trabajo con este colectivo. No obstante, consideramos que el ICCC es fácilmente adaptable para valorar la competencia cultural de los proveedores en relación a otras poblaciones (i.e. colectivo LGTBI, personas con diversidad funcional, etc.).

Séptimo, el formato de respuesta del ICCC es coherente y claro. Utiliza un formato tipo *Likert* de grado de acuerdo, ordenado en cinco puntos, desde totalmente en

desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Este formato se consideró el más adecuado para evaluar la CCC en proveedores de servicios públicos por su perfil formativo y madurez. Además, el instrumento iba acompañado de unas instrucciones básicas y claras que explicaban el funcionamiento de dicho formato para aquellas personas que no estaban familiarizadas con el mismo.

Octavo, es de reconocer que la deseabilidad social puede sesgar las respuestas de los participantes. A pesar de ello, no se incluyó ninguna escala sobre deseabilidad social ni se tomó ninguna medida para corregir este posible sesgo. Por ello, en este criterio el *ICCC* obtiene la menor valoración.

En último lugar, Krentzman y Townsend (2008) propusieron como criterio la adaptabilidad del instrumento al campo del trabajo social. El *ICCC* fue diseñado para los servicios públicos, por lo que consideramos que cumple este criterio. De hecho, es el primer instrumento que evalúa la CCC de forma intersectorial y multidisciplinar.

3.4. Herramientas gráficas para la interpretación y contextualización de los resultados

Una vez validado empíricamente el modelo de CCC y el *ICCC* se diseñaron herramientas gráficas para facilitar la interpretación y difusión de los resultados en las comunidades. Se tuvo un especial interés en la localización geo-espacial de la CCC, así como en la estimulación de planes de acción comunitaria.

Por un lado, se generó un tipo de gráfico-resumen de CCC que permite representar de forma sencilla los resultados de la evaluación del *ICCC*. Se utilizó un cuadrado cuyos vértices simbolizan cada una de las cuatro competencias de CCC: conciencia crítica, habilidades para gestionar la diversidad, capacidad de acción en la organización y capacidad de acción en la comunidad. Cada dimensión se representa en un punto del eje de cada vértice, en función de la puntuación obtenida (entre 0, mínimo nivel de competencia, y 5, máximo nivel). Los cuatro puntos que indican el nivel de competencia se unen por una línea; por tanto, cuanto mayor sea el área dibujada por dichas líneas, más competente será la CCC. En la figura 9 se presenta un ejemplo de gráfico-resumen de CCC, donde se comparan los resultados de dos proveedores de servicios públicos de Algeciras. Como puede apreciarse, el maestro (en rojo) obtiene mejores resultados que el médico (en azul) en la evaluación, especialmente en relación a su capacidad de acción en la organización y en la comunidad. Este sencillo gráfico es aplicable tanto a un proveedor para conocer su nivel de CCC a nivel individual, como a la totalidad de una plantilla de una organización

para valorar cuán competentes son en conjunto y cuáles son las áreas de mejora. Estos gráficos facilitarán el diseño de programas de formación y capacitación.

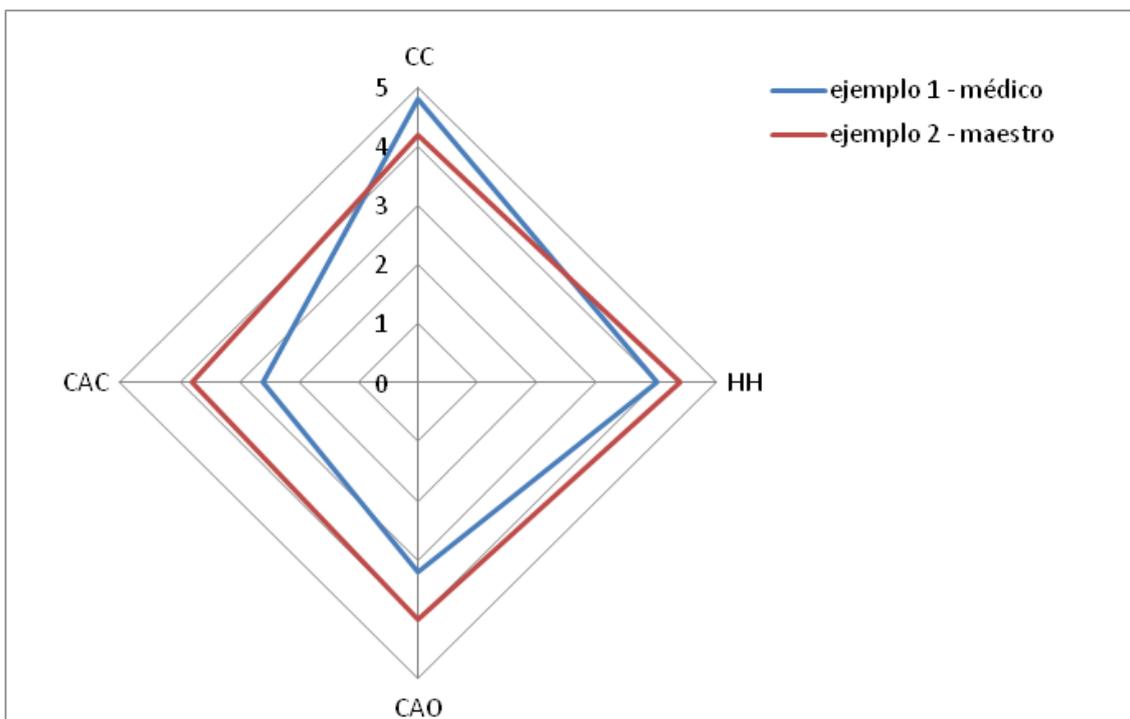


Figura 8 Gráfico-resumen de CCC: Comparación entre dos proveedores

Por otra parte, se elaboraron mapas virtuales mediante la herramienta virtual *mapbox* (www.mapbox.com) para visualizar su distribución la geográfica de las organizaciones estudiadas en cada enclave. Estos mapas permitieron geo-especializar la provisión de servicios públicos, dando relevancia al contexto (Luke, 2005; Nicotera, 2007). En la siguiente dirección web se puede acceder al mapa completo: <https://a.tiles.mapbox.com/v3/mapasurbanos.ihhg9864/page.html#14/37.2452/-6.8432>. En cada comunidad aparecen las organizaciones coloreadas según el tipo de servicio que ofrecen. Pinchando sobre cada una de ellas aparece un resumen de sus características básicas y los datos de contacto (ejemplo en la figura 10). De esta forma, se puede valorar qué tipo de servicios están cubiertos en una comunidad concreta. Por ejemplo, en la figura 11 se puede ver una captura de pantalla del mapa en la zona de Huelva estudiada. Aparecen los servicios situados en los pueblos estudiados, pero también en los asentamientos ilegales de migrantes en los bosques que existen entre los campos agrícolas (abajo a la derecha). Estos mapas fueron puestos a disposición de las organizaciones colaboradoras y está sujeto a ampliación. Asimismo, cualquier persona puede acceder a él, pues ha sido creado como un recurso de libre acceso.

Finalmente, se diseñó un mapa piloto—solo del distrito Macarena—que integraba todos los resultados gráficos. Sobre un mapa base que indicaba la densidad poblacional de migrantes en la zona, se localizó cada organización colaboradora y se incorporó su gráfico-resumen de CCC. En la figura 12 aparece el mapa resultado del estudio. A simple vista, puede apreciarse cómo se distribuyen los diferentes tipos de servicio en relación a los barrios. Por ejemplo, es de destacar que en barrio de El Cercezo (coloreado con un tono más oscuro porque alberga mayor densidad de población migrante) existen pocos servicios en comparación con otros barrios y que los que existen son ONGs o asociaciones vecinales. También puede apreciarse rápidamente cómo casi todas las entidades presentan un bajo nivel de capacidad de acción en la comunidad en comparación con otras dimensiones de CCC. Este gráfico facilita la valoración de la dotación de servicios públicos y su nivel de CCC en una comunidad concreta, lo que consideramos y esperamos que impulse el diseño de planes de acción comunitaria.



Figura 9 Mapa de los servicios públicos estudiados en el distrito Macarena

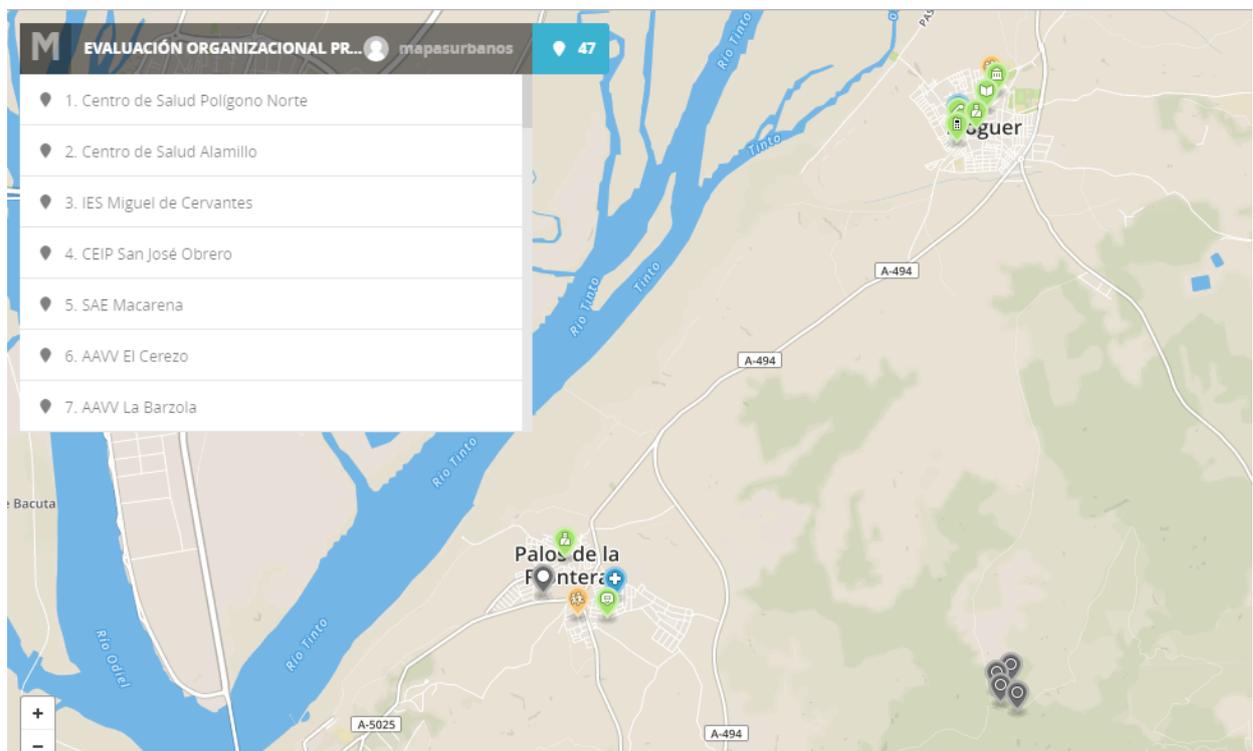
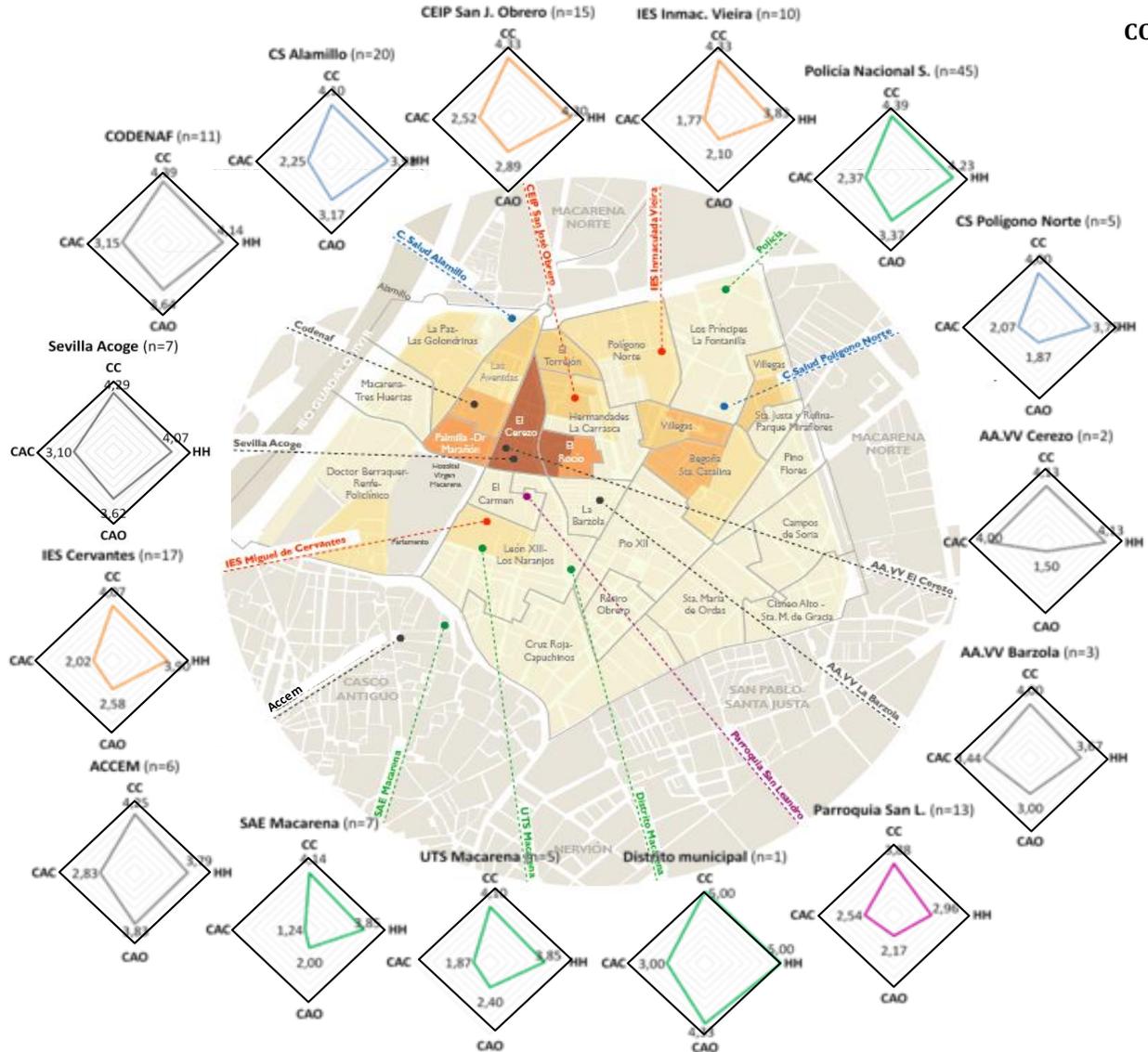


Figura 10 Mapa de los servicios ofrecidos en el contexto rural de Huelva

COMPETENCIA CULTURAL CONTEXTUAL EN PROVEEDORES/AS DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL DISTRITO MACARENA (SEVILLA)



DIMENSIONES EVALUADAS:

- CC: Conciencia crítica
- HH: Habilidades para gestionar la diversidad
- CAO: Capacidad de acción en la organización
- CAC: Capacidad de acción en la comunidad

Se representa la puntuación media de los/as proveedores/as de cada organización en un baremo con puntuación de 0 a 5, donde 5 es el máximo de competencia (que equivale a la mayor área del cuadrado posible).

TIPOLOGÍA DE ORGANIZACIONES:

- Centro de salud
- Centro educativo
- Administración pública
- Asociación u ONG
- Parroquia

PORCENTAJE DE POBLACIÓN EXTRANJERA:

(calculada por secciones censales, 2012. Fuente: Padrón Municipal de habitantes)

- Hasta 5%
- 5-10%
- 10-15%
- 15-20%
- 20-25%
- 25-30%
- Más de 30%

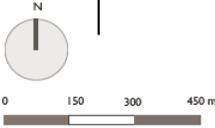


Figura 11. Mapa de CCC del distrito Macarena (Sevilla)

3.5. Recomendaciones para la transferencia de los resultados a acciones locales

En este apartado, primero se presentan los resultados cuantitativos encontrados en los proveedores de servicios que han formado la muestra, ofreciendo un “diagnóstico” de sus competencias, así como el análisis de su varianza en función de las características socio-demográficas y laborales. Estos resultados fueron devueltos a la comunidad en cada contexto mediante tres foros comunitarios. El objetivo de los foros fue interpretar los resultados junto con agentes clave y realizar recomendaciones para facilitar su transferencia a acciones locales. La última sección de este apartado corresponde con los resultados de los foros comunitarios.

3.5.1. Resultados de la CCC de la muestra y su distribución según características socio-demográficas y laborales

Los proveedores obtuvieron valores mayores a 4 en conciencia crítica y en habilidades para gestionar la diversidad, lo que indica un nivel alto en dichas competencias. Frente a promedios menores a 3 en capacidad de acción en la organización y en capacidad de acción en la comunidad. Esta tendencia también se presenta en los valores promedio de cada ítem (ver tabla 7 arriba). En la tabla 13 se presentan los estadísticos descriptivos totales de las dimensiones de CCC, así como su distribución según las variables socio-demográficas y laborales de la muestra.

Tabla 13 Estadísticos descriptivos de las dimensiones CCC en función de las variables socio-demográficas y laborales

		CC			HH			CAO			CAC		
		N	M	SD									
Sexo	Mujer	268	4.18	0.60	268	4.05	0.74	267	2.91	1.06	258	2.53	0.96
	Hombre	244	4.09	0.62	244	4.11	0.62	244	3.04	1.09	243	2.36	0.97
Enclave	Asentamiento	171	4.23	0.52	171	3.98	0.77	170	2.96	1.03	165	2.38	0.89
	Tránsito	125	4.05	0.65	125	4.02	0.61	125	2.87	1.11	123	2.81	1.15
	Recepción	226	4.10	0.64	226	4.18	0.64	226	3.05	1.09	223	2.29	0.87
Servicio	Educación	122	4.16	0.56	122	4.05	0.70	122	2.67	0.98	119	2.23	0.82
	Sanidad	74	4.08	0.54	74	3.96	0.51	74	2.59	0.89	74	1.99	0.95
	ONGs y AV	85	4.32	0.49	85	4.12	0.55	85	3.49	0.92	84	3.15	0.76
	Soc y Mun	58	3.91	0.76	58	4.09	0.68	58	2.56	1.05	57	2.60	1.22
	FSE	163	4.12	0.65	163	4.19	0.62	163	3.33	1.07	162	2.37	0.89
	Religioso	20	4.14	0.60	20	3.43	1.40	19	2.42	1.13	15	2.58	1.07
Total			4.13	0.61		4.08	0.68		2.98	1.07		2.44	0.97

Nota: AV=Asociaciones vecinales; Soc y Mun=Sociolaboral y municipal; FSE=Fuerzas de Seguridad del Estado

3.5.1.1. Distribución de la CCC según el sexo

Según el sexo, los promedios de CCC son similares en todas las dimensiones (tabla 14). Como se presenta en la tabla 15, la prueba *T de student* para muestras independientes (asumiendo varianzas iguales) indicó que el hecho de ser hombre o mujer no influye en ninguna dimensión de CCC de forma significativa ($p < .005$). No obstante, hay que señalar que la dimensión capacidad de acción en la comunidad tuvo un valor $p = .05$, indicando una tendencia a mayores puntuaciones en esta dimensión en mujeres.

Tabla 14 Comparación de medias en CCC según el sexo de los proveedores de servicios públicos

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Superior	Inferior
CC	1.78	510	0.08	0.10	0.05	-0.01	0.20
HH	-0.91	510	0.36	-0.06	0.06	-0.17	0.06
CAO	-1.38	509	0.17	-0.13	0.10	-0.32	0.06
CAC	1.96	499	0.05	0.17	0.09	0.00	0.34

Nota: CC=conciencia crítica; HH= habilidades para gestionar la diversidad; CAO= capacidad de acción en la organización; CAC=capacidad de acción en la comunidad

3.5.1.2. Distribución de la CCC según contexto o enclave territorial

En cuanto a la influencia que ejerce el contexto sobre la CCC, la tabla 15 muestra los resultados del análisis de varianzas (ANOVA). Se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones, excepto en la capacidad de acción en la organización.

Tabla 15 ANOVA de CCC según contexto o enclave territorial

		SC	gl	MC	F	Sig.
CC	Inter-grupos	2.69	2	1.35	3.65	0.03
	Intra-grupos	191.23	519	0.37		
	Total	193.92	521			
HH	Inter-grupos	4.52	2	2.26	4.94	0.01
	Intra-grupos	237.86	519	0.46		
	Total	242.38	521			
CAO	Inter-grupos	2.58	2	1.29	1.12	0.33
	Intra-grupos	595.08	518	1.15		
	Total	597.65	520			
CAC	Inter-grupos	23.01	2	11.51	12.72	0.00
	Intra-grupos	459.70	508	0.90		
	Total	482.71	510			

Nota: CC=conciencia crítica; HH= habilidades para gestionar la diversidad; CAO= capacidad de acción en la organización; CAC=capacidad de acción en la comunidad]

Realizando comparaciones múltiples mediante la prueba *post hoc* Bonferroni (tabla 16), se comprobó que en la dimensión conciencia crítica existen diferencias ($p=.03$) entre los proveedores de Sevilla (contexto de asentamiento/enclave urbano) frente a los de Huelva (contexto de tránsito/enclave rural) a favor de los primeros. Asimismo, las personas que ofrecen servicios públicos en Algeciras (contexto de recepción/enclave fronterizo) obtienen mayor puntuación que las que trabajan en Sevilla (contexto de asentamiento/enclave urbano) en la dimensión habilidades para gestionar la diversidad de forma significativa ($p=.01$). Con respecto a la capacidad de acción en la comunidad, se encuentran diferencias significativas ($p<.01$) a favor de los proveedores de Huelva (contexto de tránsito/enclave rural) frente al resto.

Tabla 16 *Análisis de comparaciones múltiples (Bonferroni, ANOVA) de las dimensiones de CCC según contexto*

Variable dependiente	(I) Contexto	(J) Contexto	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite superior	Límite inferior
CC	Asentamiento	Tránsito	.18*	0.07	.03	0.01	0.35
HH	Recepción	Asentamiento	.20*	0.07	.01	0.04	0.37
CAC	Tránsito	Asentamiento	.44*	0.11	.00	0.17	0.71
		Recepción	.53*	0.11	.00	0.27	0.78

Nota: CC=conciencia crítica; HH= habilidades para gestionar la diversidad; CAO= capacidad de acción en la organización; CAC=capacidad de acción en la comunidad. Solo han sido representadas las diferencias positivas y estadísticamente significativas ($p<.05$) para simplificar la tabla.

3.5.1.3. Distribución de la CCC según tipo de servicio

Por otro lado, se comprobó que existían diferencias significativas en la CCC de los proveedores según el tipo de servicio que ofrecen (Tabla 17). Analizando los resultados de las comparaciones múltiples mediante la prueba *post hoc* Bonferroni, destacan algunos resultados (ver detalles en la Tabla 18). Por ejemplo, es llamativo el caso de los proveedores de ONGs y asociaciones vecinales, que suelen diferenciarse positivamente del resto en la mayoría de dimensiones de CCC. Destacan también los proveedores asociados a servicios religiosos en la dimensión de conciencia crítica, pues obtienen resultados inferiores al resto de proveedores. También es de señalar que los proveedores asociados a fuerzas de seguridad del Estado obtienen mayor puntuación en la dimensión capacidad de acción que los proveedores de otros servicios.

Tabla 17 Análisis de varianza (ANOVA) de las dimensiones de CCC según tipo de servicio

		SC	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CC	Inter-grupos	6.21	5	1.24	3.42	.01
	Intra-grupos	187.71	516	.36		
	Total	193.92	521			
HH	Inter-grupos	11.97	5	2.40	5.36	.00
	Intra-grupos	230.41	516	.45		
	Total	242.38	521			
CAO	Inter-grupos	81.41	5	16.28	16.24	.00
	Intra-grupos	516.25	515	1.00		
	Total	597.65	520			
CAC	Inter-grupos	65.77	5	13.15	15.93	.00
	Intra-grupos	416.95	505	.83		
	Total	482.71	510			

Nota: CC=conciencia crítica; HH= habilidades para gestionar la diversidad; CAO= capacidad de acción en la organización; CAC=capacidad de acción en la comunidad.

Tabla 18 Análisis de comparaciones múltiples (Bonferroni, ANOVA) de las dimensiones de CCC según tipo de servicio

Variable dependiente	(I) Tipo Servicio	(J) Tipo Servicio	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite sup.	Límite inf.
CC	ONGs y AV	Soc y Mun	0.41	0.10	0.00	0.11	0.71
HH	Educación	Religioso	0.63	0.16	0.00	0.15	1.11
	Sanidad	Religioso	0.54	0.17	0.02	0.04	1.03
	ONGs y AV	Religioso	0.70	0.17	0.00	0.21	1.19
	Soc y Mun	Religioso	0.66	0.17	0.00	0.15	1.18
	FSE	Religioso	0.77	0.16	0.00	0.30	1.24
CAO	ONGs y AV	Educación	0.82	0.14	0.00	0.40	1.24
	ONGs y AV	Sanidad	0.91	0.16	0.00	0.44	1.38
	ONGs y AV	Soc y Mun	0.93	0.17	0.00	0.43	1.44
	ONGs y AV	Religioso	1.07	0.25	0.00	0.32	1.82
	FSE	Educación	0.66	0.12	0.00	0.30	1.01
	FSE	Sanidad	0.74	0.14	0.00	0.33	1.16
	FSE	Soc y Mun	0.77	0.15	0.00	0.32	1.22
	FSE	Religioso	0.91	0.24	0.00	0.19	1.62
CAC	ONGs y AV	Educación	0.92	0.13	0.00	0.54	1.30
	ONGs y AV	Sanidad	1.17	0.14	0.00	0.74	1.60
	ONGs y AV	Soc y Mun	0.56	0.16	0.01	0.10	1.02
	ONGs y AV	FSE	0.79	0.12	0.00	0.43	1.15
	Soc y Mun	Sanidad	0.61	0.16	0.00	0.14	1.08
	FSE	Sanidad	0.38	0.13	0.04	0.01	0.76

Nota: AV=Asociaciones vecinales; Soc y Mun=Sociolaboral y municipal; FSE=Fuerzas de Seguridad del Estado; CC=conciencia crítica; HH= habilidades para gestionar la diversidad; CAO= capacidad de acción en la organización; CAC=capacidad de acción en la comunidad.

Solo han sido representadas las diferencias estadísticamente significativas y positivas ($p < .05$) para simplificar la tabla.

3.5.1.4. Distribución de la CCC según los años trabajados en el servicio

Finalmente, se comprobó si existirán diferencias significativas en la CCC de los proveedores según los años trabajados en el puesto actual. Solo se obtuvo una correlación estadísticamente significativa. Esta indicaba que cuanto más tiempo lleva trabajando un proveedor en su puesto, menor capacidad de acción en la organización presenta ($r=-.11$, $p<.01$).

3.5.1. Resultados de los foros comunitarios

Los resultados del estudio fueron expuestos en tres foros comunitarios desarrollados en los tres contextos o enclaves territoriales objeto de estudio. El objetivo de estos foros fue triple: (1) difundir los principales hallazgos en las comunidades donde se realizó el estudio, (2) hacer partícipe a la comunidad de la interpretación de los resultados y (3) facilitar la aplicabilidad de los resultados y su traducción a acciones comunitarias locales (Garrido et al., 2014).

Los foros comunitarios estuvieron formados por proveedores de servicios públicos, personas usuarias (autóctonas y migrantes), líderes políticos y personal investigador. En concreto, en el foro de Algeciras, celebrado en el Ayuntamiento (26/06/2015), participaron siete personas: representantes de la administración pública, servicios sociales, servicios de salud, ONGs y de la Universidad de Cádiz. En el foro de Huelva, celebrado en el centro de Servicios Sociales de Moguer (24/06/2015), participaron 12 personas: representantes de la administración pública, servicios de salud, servicios sociales, asociaciones culturales de migrantes, biblioteca, ONGs, mundo empresarial y de la Universidad de Huelva. En Sevilla el foro se celebró en el CEIP San José Obrero (30/06/2015) y participaron 17 personas: representantes de servicios educativos, servicios de salud, asociaciones vecinales, policía ONGs y de la Universidad de Sevilla. En las figuras 13-15 se presentan fotografías de los tres foros.



Figura 12 Fotografía del foro comunitario celebrado en el distrito Macarena (Sevilla)



Figura 13 Fotografías del foro comunitario celebrado Algeiras



Figura 14 Fotografía del foro comunitario celebrado en Moguer (Huelva)

El procedimiento de los foros siguió la misma estructura en todos los casos. Primero se justificó el estudio, reflexionando sobre la necesidad de redefinir la competencia cultural. Se prestó especial atención a la influencia del momento de crisis sociopolítica sobre la distribución de recursos y sobre la titularidad de derechos de ciertas poblaciones. Segundo, se explicó el modelo de CCC, detallando sus dimensiones y su relación con las variables de bienestar ocupacional, creencias sobre justicia social e influencia en los contextos de trabajo. Tercero, se presentaron el ICCC y las herramientas de representación gráfica de resultados (gráfico-resumen de CCC y mapas de contextualización de CCC). Cuarto, se ofreció la evaluación obtenida en sus comunidades concretas, realizando un “diagnóstico” participativo de CCC, identificando sus puntos fuertes y elementos a mejorar. Finalmente, se abrió un debate en torno a la aplicabilidad de estas herramientas a sus prácticas profesionales y sus entornos concretos de trabajo.

A continuación se presenta, a través de tablas-resumen, las principales aportaciones recogidas en los foros comunitarios. Los discursos de los participantes de los foros se han clasificado por cada una de las dimensiones del modelo (Tabla 19-22), según las necesidades resueltas gracias al modelo de CCC y las recomendaciones prácticas para mejorar su impacto. Como puede apreciarse, se corroboran los indicadores elaborados en el modelo y su justificación.

Tabla 19 *Aportaciones a la dimensión de Conciencia crítica*

Necesidad a la que responde	Valoración y recomendaciones para mejorar su impacto
Concienciar a los proveedores de la situación real de muchas personas migrantes y de las duras condiciones en que viven. Es decir, de los determinantes sociales y condiciones de opresión que determinan su salud.	Desvincular las migraciones de las situaciones de marginación social, siendo lo segundo lo problemático y no lo primero, como muchas veces se estigmatiza. Prestar especial atención a situaciones de vulnerabilidad (ej. inmigrantes indocumentados) que generan conflictos en las comunidades (ej. “pisos patera”). Reflexionar sobre los elementos comunes entre autóctonos e inmigrantes, en aumento con la situación de crisis socioeconómica que atraviesan las comunidades españolas.
Fomentar la empatía entre proveedores para ayudarles a comprender mejor a personas de otras culturas, desmontando estereotipos y la percepción de ser tan diferentes.	Concienciar a los proveedores de que trabajan con personas, no con números. Promover el diálogo con el usuario, el conocimiento de su realidad migratoria y la confianza. Es preciso atender a la peculiaridad de cada inmigrante, pues hay mucha variabilidad entre esta población. Recordar que España ha sido un pueblo inmigrante y que actualmente estamos volviendo a serlo.

Tabla 19 *Aportaciones a la dimensión de Conciencia crítica (cont.)*

Necesidad a la que responde	Valoración y recomendaciones para mejorar su impacto
Sensibilizar a los proveedores para superar algunas actitudes negativas y poder poner en práctica aquello que saben de la forma más eficaz posible, independientemente de las características del usuario.	Tener cuidado con los estereotipos asociados a la etnia de las personas, pues no todas las personas de un grupo étnico tienen los mismos valores o actúan igual. Reflexionar sobre la necesidad de desarrollar conciencia crítica en vez de conocimiento cultural. Fomentar valores multiculturales en las organizaciones y sancionar conductas racistas si es necesario. Concienciar a los proveedores de que ofrecen un servicio público y, por tanto, una de sus funciones es tratar al público de la mejor forma posible, siguiendo siempre unos principios basados en el respeto y la tolerancia.
Tomar conciencia de que se trabaja para poblaciones heterogéneas y en una realidad cambiante.	Ofrecer formación continua a los proveedores en materia de migraciones, dados los numerosos cambios administrativos y legislativos a los que está sometida esta área. Aumentar la flexibilidad y adaptación al cambio de los proveedores, especialmente de personas funcionarias.

Tabla 20 *Aportaciones a la dimensión de Habilidades para gestionar la diversidad*

Necesidad a la que responde	Recomendaciones para mejorar su impacto
Destacar la importancia de la comunicación y de contar con personal formado en mediación intercultural.	Aumentar el apoyo por parte de las organizaciones y administraciones públicas para contar con recursos de calidad. Por ejemplo, se indica que, a falta de personal formado en mediación intercultural. En ocasiones se utiliza a menores para traducir consultas médicas o escolares—lo cual dificulta la comunicación y puede generar problemas mayores.
Mejorar las habilidades socio-emocionales de los proveedores.	Resaltar la importancia del trato que se da a las personas usuarias para ofrecer un buen servicio y generar confianza en las relaciones de ayuda. Mejorar las condiciones para que los proveedores puedan expresar dichas habilidades. Por ejemplo, en términos de aumentar el tiempo de consulta en la práctica sanitaria, pues el tiempo disponible es incompatible con ofrecer un trato personalizado, sensible culturalmente y de calidad.
Poner en valor la tarea de redefinir el rol de los proveedores para adaptar sus organizaciones a las nuevas comunidades	Entender la crisis como una oportunidad para replantear aquellas cuestiones que no funcionaban en nuestro modelo socio-económico y ofrecer respuestas alternativas más sostenibles y sensibles a las necesidades de la ciudadanía.

Tabla 21 *Aportaciones a la dimensión de Capacidad de acción en la organización*

Necesidad a la que responde	Recomendaciones para mejorar su impacto
Orientar a las organizaciones hacia principios basados en la equidad y el empoderamiento de la ciudadanía.	Ampliar las funciones propias del servicio e incorporar el apoyo a la comunidad y la generación de empoderamiento de la ciudadanía como objetivo transversal en todas las organizaciones.
Aumentar la formación recibida en cuestiones de diversidad cultural y migraciones.	Evaluar las necesidades de los proveedores en torno a su trabajo diario, especialmente ante situaciones complejas para las que no están preparadas, como la atención a población migrante. Indican la falta de programas formativos ofrecidos por sus organizaciones en relación a la competencia cultural. También indican la necesidad de incorporar estos elementos en las formaciones universitarias o de formación profesional.
Aumentar la autonomía de los proveedores en sus organizaciones, dado que muchas veces son los que conocen realmente la eficacia de determinados servicios o las necesidades no cubiertas.	Aumentar las evaluaciones de los servicios, pero revisando los criterios de calidad. El principio de equidad debe ser el fundamento de los servicios públicos (ej. oportunidad de acceso y recursos). Hacer partícipe a los proveedores en dichas evaluaciones, incluso a la población que se atiende. Minimizar los trámites burocráticos que deben cumplimentar los proveedores y que les quita tiempo y energía.
Ofrecer más retroalimentación sobre la eficacia del trabajo de los proveedores y su influencia en los contextos.	Realizar una evaluación anual, como mínimo, que ayude a diseñar los planes de formación y los sistemas de incentivos. Se considera que el <i>ICCC</i> puede ser útil en la evaluación de competencias, ya que es fácil de aplicar y de interpretar gracias a los gráficos.
Reducir las barreras de acceso a ciertas organizaciones (e.g. Centros de salud).	Formar al personal de entrada a los servicios, especialmente sobre derechos para recibir ciertos servicios. Se exponen casos donde se negaron citas médicas a personas migrantes por estar en el paro o por no tener tarjeta sanitaria. Facilitar los trámites burocráticos que deben seguirse para recibir un servicio público.

Tabla 22 *Aportaciones a la dimensión de Capacidad de acción en la comunidad*

Necesidad a la que responde	Recomendaciones para mejorar su impacto
Aumentar el conocimiento entre entidades. Esto facilitaría la optimización de recursos y la rapidez en la respuesta a las necesidades.	Tener una guía exhaustiva de los recursos existentes en la zona por sectores, donde se explicita cuál es su misión, actividades y servicios que ofrecen, etc. Tener una información exhaustiva de qué hace cada entidad facilitará no duplicar esfuerzos. Además, esto reduciría las posibles amenazas que genera el “conocimiento a medias”. El mapa-piloto se valora como una herramienta de gran utilidad para esto.
Fomentar el trabajo en red y la colaboración entre diferentes entidades de una misma zona.	Dar a conocer buenas prácticas llevadas a cabo en otras localidades y otras experiencias vividas en otros lugares con una elevada tasa de población migrante. Revisar la lista de actuaciones de los distintos agentes y establecer estrategias de intervención de los servicios (individualmente y en colaboración unos con otros). Complementar el trabajo. No solaparse. Proponen como estrategias mantener reuniones periódicas y de un modo más informal, así como utilizar los enlaces que cada profesional conoce en otros servicios.
Fomentar la colaboración entre los múltiples agentes de la comunidad, con el objetivo de compartir problemas, aportar ideas y soluciones, acercar realidades, etc.	Mejorar la planificación de acciones conjuntas y la coordinación del trabajo en red. El mapa-piloto se valora como una herramienta de gran utilidad para lograrlo. Se proponen algunos centros clave como coordinadores de los demás y distribuidores de servicios (centros educativos o servicios sociales, dependiendo del enclave). Crear espacios públicos comunes y organizar eventos culturales y deportivos en el barrio con el fin de fomentar el encuentro y la convivencia entre vecinos y diversas culturas, especialmente para fomentar las redes de los recién llegados. Crear nuevas plataformas de movilización y colaboración intersectorial. Generar un banco de recursos comunes, creación de coaliciones, reuniones periódicas, agenda común de actuación, etc.
Entender a los proveedores como mediadores de procesos comunitarios y gestores de las diferencias culturales en la población.	Ganar reconocimiento por parte de la comunidad. Un proveedor de servicios públicos debe considerarse como parte de la comunidad (en caso de que no lo sea) y ganarse su confianza. Esto es especialmente complejo cuando población inmigrante con bajo nivel socio-educativo convive con población autóctona con bajo nivel socio-educativo.
Ayudar a las personas migrantes a familiarizarse con la organización y la estructura de los servicios, especialmente aquellas recién llegadas.	Mejorar la alfabetización de la población migrante, fundamentalmente sobre sus derechos y sobre la utilización correcta de los recursos. Los mapas presentados pueden ser de utilidad para ayudar a situarse a las personas migrantes en los contextos (que muchas veces desconocen, incluso a nivel geográfico).

Además, los participantes de los foros reflexionaron en torno a los resultados relativos a la relación entre las dimensiones de CCC y las otras variables (i.e. bienestar ocupacional, creencias sobre justicia social e influencia percibida en los contextos). Como muestra la tabla 23, en todos los enclaves se destacó la necesidad de reforzar la atención al bienestar ocupacional, especialmente desde las propias organizaciones. También se debatió en torno a la urgencia de recuperar los principios básicos de equidad desde los servicios públicos. Los participantes criticaron la tendencia de los servicios públicos a la privatización y su orientación cada vez mayor hacia la productividad. Finalmente, reflexionaron profundamente sobre el grado de influencia del trabajo de los proveedores sobre los contextos de trabajo. Concluyeron con la necesidad de aumentar la evaluación de los servicios, la transparencia institucional y la promoción de buenas prácticas. También señalaron que la ciudadanía debería participar más de la vida pública y política y exigir a los gobiernos que rindan cuenta sobre el costo-beneficio de los servicios públicos.

Estas aportaciones han permitido validar el modelo de forma participativa y orientarlo a la acción. Además, el *ICCC* y las herramientas gráficas tuvieron una gran aceptación entre los participantes. Las encontraron muy útiles, tanto para su trabajo en la comunidad, como para su difusión entre las personas usuarias. Subrayaron especialmente la utilidad de los mapas para ayudar a potenciales usuarios a conocer y acceder a los servicios—por ejemplo, migrantes recién llegados a contextos de recepción. Consideramos que los foros comunitarios han enriqueciendo la discusión de resultados notablemente, así como el alcance del estudio y su aplicabilidad.

Tabla 23 *Aportaciones en torno a la relación de la CCC con otras variables*

Necesidad a la que responde	Recomendaciones para mejorar su impacto
Apoyar el bienestar ocupacional y psicológico de los proveedores.	<p>Aumentar el apoyo organizacional, formándolos con estrategias, generando espacios de bienestar y recuperación, ofreciendo incentivos, etc.</p> <p>Proteger a los proveedores ante situaciones de riesgo y sobrecarga. Consideran que a veces se ven sobrepasados por las demandas del contexto (culturales o no) y por la falta de recursos (humanos y materiales). Señalan que a veces deben afrontar situaciones de riesgo, como en la frontera de Algeciras ante recepciones masivas y en los asentamientos de migrantes de los campos de Huelva.</p> <p>Aumentar o recordar la motivación por el trabajo. Señalan que su motivación actúa como factor protector ante el estrés. Pero indican su doble filo, pues las personas usuarias tienden a preferir ser atendidos por los proveedores que más sensibilidad muestran, lo que las acaba sobrecargando.</p>
Defender valores de justicia social y equidad sobre otros relacionados con la productividad y la reducción de gastos.	<p>Aumentar la defensa de servicios universales y gratuitos para todos y todas. Indican su preocupación por la privatización de los servicios públicos y la necesidad de reorientar sus principios y fines básicos hacia la equidad—frente a tendencias capitalistas. Promover el activismo social de la ciudadanía. A la vez que es necesario proponer acciones y ofrecer soluciones de “abajo-arriba”, se debe mantener el discurso y reclamar o reivindicar a los gobiernos y poderes públicos para que velen por el bienestar social. En este sentido, se aboga por un gasto público coherente, la redefinición estructural del Estado y la necesidad de aumentar el conocimiento de los derechos y deberes de la ciudadanía, así como mejorar su inclusión en la toma de decisiones.</p>
Ampliar la influencia de los proveedores sobre sus campos de trabajo	<p>Disponer de herramientas para valorar el impacto real de su trabajo en las organizaciones y las comunidades. Consideran que esto debería atenderse más desde las instituciones, especialmente en aquellos servicios que son financiados con dinero público.</p> <p>Los servicios públicos deberían rendir cuentas a la ciudadanía sobre cómo y cuánto mejoran el bienestar social.</p>

4. Discusión

En este estudio se ha desarrollado teóricamente y probado empíricamente el modelo de Competencia Cultural Comunitaria (CCC). Diseñado desde la perspectiva de la Psicología comunitaria, este modelo ha permitido redefinir el concepto de competencia cultural para ajustarlo a la provisión de servicios públicos de la Europa global. Este estudio introduce el concepto de CCC, definido como el proceso por el cual los proveedores adquieren capacidades y generan oportunidades que les permiten ser efectivos ante la diversidad en los diferentes contextos donde se desenvuelven (i.e. intrapersonal, interpersonal, organizacional, comunitario). Se especificaron las dimensiones del constructo, estableciendo que está formado por conciencia crítica, habilidades para gestionar la diversidad, capacidad de acción en la organización y capacidad de acción en la comunidad. Además, se identificaron las relaciones existentes entre dichas dimensiones con otros constructos como el bienestar ocupacional de los proveedores, sus creencias sobre de justicia social y la influencia percibida en sus contextos de trabajo.

El modelo de CCC fue puesto a prueba en una muestra de proveedores de los servicios públicos en tres enclaves territoriales representativos de las comunidades migrantes de Andalucía. Estos enclaves fueron elegidos de acuerdo a la fase migratoria predominante de la población de la zona (i.e. llegada, tránsito o asentamiento) y la naturaleza territorial (i.e. fronteriza, rural y urbana). Específicamente, se llevó a cabo en Algeciras como enclave fronterizo de llegada, en la zona de Moguer y Palos de la Frontera (Huelva) como enclave rural de tránsito y en el distrito Macarena (Sevilla) como enclave urbano de asentamiento. En cada enclave se seleccionaron alrededor de 15 organizaciones que prestaban diferentes servicios públicos (i.e. educación, sanidad, ONGs y asociaciones vecinales, servicios socio-laborales y municipales, fuerzas de seguridad del Estado y servicios religiosos). En ellas se pidió colaboración a las personas que formaban su plantilla (tanto personal laboral como voluntario), de las cuales, finalmente, participaron 526 anónima y voluntariamente.

Para la recogida de datos se diseñó, *ad hoc*, un instrumento para medir la CCC, el cual aportó evidencias que apoyaban su fiabilidad y validez. También se han diseñado nuevas herramientas gráficas dirigidas a facilitar la interpretación, contextualización y transferencia del modelo de CCC y el *ICCC*.

Asimismo, durante todo el diseño del estudio se ha tratado de involucrar a los diferentes agentes comunitarios de los enclaves estudiados, con el objetivo de garantizar su participación en el diseño del estudio y recogida de datos, así como en la interpretación y difusión de resultados. Esto otorga mayor validez ecológica al estudio y amplifica la

posibilidad de transferir los hallazgos científicos a la sociedad, contribuyendo a dar respuesta a los problemas de las comunidades migrantes.

Esta sección se estructura del siguiente modo: en primer lugar se discuten los principales hallazgos con la literatura científica y las narrativas de los participantes en los foros comunitarios. A continuación se indican sus contribuciones teóricas, tanto al estudio de la competencia cultural, como al campo de la Psicología comunitaria. Posteriormente, se detallan las implicaciones prácticas de nuestro estudio. Finalmente se enuncian sus limitaciones y se hacen sugerencias para investigaciones futuras.

4.1. Principales hallazgos

Este estudio ha desarrollado conceptualmente la CCC como un constructo multidimensional formado por conciencia crítica, habilidades para gestionar la diversidad, capacidad de acción en la organización y capacidad de acción en la comunidad.

La conciencia crítica representa el elemento cognitivo del constructo, que habilita a los proveedores para situarse en una posición reflexiva desde la que abarcar la complejidad e interseccionalidad de la identidad cultural de las personas migrantes. Gracias a la conciencia crítica, los profesionales identificarán los elementos individuales y sociopolíticos que influyen en el comportamiento de sus usuarios, tomarán conciencia de cómo su propia visión del mundo puede sesgar su aproximación y desarrollarán empatía con las personas migrantes.

La mayoría de modelos de competencia cultural incluyen esta dimensión—que suelen combinar con la adquisición de conocimiento de las culturas (e.g. Campinha-Bacote, 1999; Papadopoulos y Lees, 2002; Steenbarger, 1993; Sue et al., 1992; Suh, 2004; Teal y Street, 2009; Willis, 1999). Según McPhatter (1997), el conocimiento permite a los proveedores anticipar el comportamiento de alguien según su etnia u origen. Sin embargo, esta dimensión ha recibido críticas porque puede estereotipar a las personas, simplificando su identidad y sus necesidades (Weaver, 2008). Por ello, el modelo de CCC no incluye la dimensión de conocimiento, considerando que puede obstaculizar la toma de conciencia crítica sobre la complejidad de la realidad. Lo importante no es conocer una cultura, sino estar en disposición de aprender lo que ayuda a conocer a los usuarios. Los resultados de los foros comunitarios apoyaron también esta idea, indicando la necesidad de reconocer la heterogeneidad de las poblaciones migrantes, desarrollar una visión de los servicios-centrados-en-personas y prevenir estereotipos (ver tabla 19).

Las habilidades para gestionar la diversidad capacitan a los proveedores para ser efectivos a nivel interpersonal. Facilitan la comunicación con las personas usuarias y el

trabajo con intérpretes o mediadores. También genera mayor flexibilidad y capacidad de adaptar sus prácticas a las nuevas realidades. De esta forma, los proveedores desarrollarán nuevos roles profesionales y propiciarán cambios en los contextos de trabajo. Esta dimensión está presente en todos los modelos de competencia cultural revisados (e.g. Campinha-Bacotte, 2002; Moffit y Wuest, 2002; Poole, 1998; Thomas et al., 2008; Kupka y Everett, 2007; Steenbarger, 1993), dado que se consideran la traducción conductual o materialización de las demás dimensiones (McPhatter, 1997). En esta dirección, en los foros comunitarios se señaló la importancia del desarrollo de habilidades—especialmente, las socioemocionales—para crear un clima de confianza, ofrecer un trato personalizado al usuario y desarrollar oportunidades para actuar en los diferentes contextos (ver tabla 20).

La capacidad de acción en la organización hace que los proveedores sean efectivos a este nivel y se traduce en autonomía y lograr apoyo organizacional, en términos de formación, liderazgo y dotación de recursos. Esto, facilitará la transformación de las propias estructuras y dinámicas organizacionales. Aunque algunos modelos de competencia cultural hacen referencia al contexto organizacional, sin embargo, muy pocos introducen dimensiones relativas a ello. Concretamente, esta dimensión de la CCC coincide con la del modelo de Suarez-Balcazar et al. (2011) relativa al apoyo organizacional. En este modelo se destaca la importancia de tener en cuenta los diferentes niveles ecológicos para el desarrollo profesional de los individuos. En los foros comunitarios se destacó la importancia de los elementos organizacionales para el desarrollo de la CCC (ver tabla 21). Destacaron la necesidad de recibir retroalimentación sobre su práctica y de aumentar la capacidad para tomar decisiones que afectan a su trabajo. También incidieron la importancia de la formación en servicio sobre diversidad cultural en sus organizaciones

La capacidad de acción en la comunidad aporta a los proveedores un conocimiento profundo sobre la comunidad y se convierten en agentes reconocidos y valorados, tanto por los usuarios como para los proveedores de los otros servicios. Aunque algunos modelos de competencia cultural incluyen como dimensión la participación en encuentros interculturales (Campinha-Bacotte, 2002; Kupka y Everett, 2007; Overall, 2009), generalmente, no se hace referencia a la eficacia de los proveedores en la comunidad. En los foros comunitarios se valoró notablemente la familiarización con la comunidad como una competencia de los proveedores de los servicios que les permite propiciar cambios dirigidos a la equidad. Como puede observarse en los resultados que se incluyen en la tabla 22, Los proveedores fueron definidos en los foros como catalizadores de los procesos comunitarios, a través de la promoción del trabajo en red de los servicios y el empoderamiento de las comunidades.

Por todo ello, la CCC es un constructo de naturaleza ecológica que, a través de sus diferentes dimensiones, permite a los proveedores ser efectivos en los diferentes niveles en los que desarrollan su trabajo (i.e. intrapersonal, interpersonal, organizacional, comunitario). Los principios propuestos por Kelly (1966, i.e. interdependencia, ciclo de recursos, adaptación y sucesión), ayudan a comprender esta naturaleza. La *interdependencia* sitúa a los proveedores como parte de los sistemas sociales, los cuales ejercerán influencia sobre sus competencias (fomentándolas si existe apoyo organizacional o dificultándolas si el proveedor no es un miembro reconocido en la comunidad). Según este principio, los proveedores también influirán sobre los contextos, dependiendo de su capacidad para generar cambios en las organizaciones y comunidades. El segundo principio permite entender la CCC, además de cómo un recurso, como un proceso que potencia el *ciclo de recursos*. A través del principio de *sucesión*, la CCC potenciará cambios en las organizaciones y las comunidades, orientando su *adaptación* a la creciente diversidad de las sociedades. La CCC es—por tanto—un proceso por el cual los proveedores adquieren capacidades para facilitar el bienestar y la equidad de las comunidades. Utilizando los términos de la Psicología Transcultural (Berry, 1997), la CCC de los proveedores de servicios facilita los procesos de aculturación de las personas migrantes, dirigiendo a las comunidades receptoras hacia el multiculturalismo y a las poblaciones migrantes hacia la adopción de estrategias aculturativas de éxito.

En otro orden de cosas, este estudio ha puesto a prueba de forma empírica el concepto de la competencia cultural comunitaria, y ha obtenido evidencias que apoyan su validez de diferentes formas. Por un lado, hemos comprobado que la CCC funciona mejor en una estructura factorial de primer orden—donde las cuatro dimensiones aparecen interconectadas entre sí pero sin formar un constructo de orden superior unitario. Estos resultados ofrecen luz a otros estudios empíricos (Capell et al. 2008) que subrayaban la necesidad de explorar la estructura interna de la competencia cultural al encontrar resultados confusos que no se correspondían con un constructo unitario de segundo orden. En cualquier caso, los modelos de competencia cultural más relevantes presentan también una estructura factorial de primer orden (Campinha-Bacote, 1999; Balcazar et al., 2009; Sue et al., 1992).

Nuestra propuesta teórica también ha obtenido evidencias de validez basadas en su relación con otros constructos. En primer lugar, este estudio ha demostrado que la conciencia crítica impacta directamente en *las creencias sobre justicia social* de los proveedores. Desde las profesiones de ayuda—especialmente desde los servicios públicos—es fundamental que exista una conexión explícita entre la promoción del bienestar y la defensa de los derechos humanos como un compromiso ético que guía la

práctica profesional (Whaley y Davis, 2007; Ratts, 2011). Esto se considera especialmente relevante en contextos de diversidad cultural; por ello, cada vez surgen más voces que defienden la necesidad de incluir la justicia social en el estudio de la competencia cultural (Constantine, Hage, Kindaichi y Bryant, 2007; Ivey y Collins, 2003; Nassar-McMillan, 2014; Vera y Speight, 2003). En los foros comunitarios también se debatió en torno a esta cuestión. Los participantes indicaron la urgente necesidad de reorientar los servicios públicos hacia valores positivos que respondan a las múltiples demandas y necesidades de una sociedad heterogénea. Los participantes criticaron la tendencia imperante en los servicios públicos basada en valores capitalistas o neoliberales, que mide el trabajo en función de la reducción de costes o la productividad y que han incrementado las desigualdades sociales. Tal y como puede observarse en la tabla 23, estos proponen un cambio de paradigma hacia la equidad y la justicia social como alternativa.

En la literatura científica este es un abordaje que ahora empieza a recibir más atención. El *Multicultural and Advocacy Model* (Ratts, 2011) combina algunas de las dimensiones que nosotros hemos incluido en la competencia cultural comunitaria—tales como la conciencia crítica y las habilidades para gestionar la diversidad—con competencias orientadas a la justicia social—como la capacidad de defender derechos y la promoción del empoderamiento personal, organizacional, comunitario y sociopolítico. Aunque este modelo supone un puente entre ambas corrientes, no ha logrado aún concretar cómo se materializan dichas dimensiones ni sus relaciones. Nuestro estudio representa una aproximación empírica preliminar de esta propuesta, dado que ha observado la relación entre conciencia crítica y justicia social. No obstante, hay que tener en cuenta las advertencias de Capell et al. (2008) sobre la necesidad de discernir el grado de solapamiento entre ambos constructos, dado que están muy vinculados y pueden generar problemas metodológicos de colinealidad o, incluso, confusión conceptual.

En segundo lugar, hemos comprobado que la capacidad de acción en la organización protege el bienestar ocupacional de los proveedores—tal y como se esperaba. Sin embargo, las habilidades para gestionar la diversidad no presentaron una relación significativa con dicho constructo—no apoyando la hipótesis planteada al respecto. Estos resultados plantean una interesante reflexión en torno a la importancia de la organización en el desarrollo de CCC y en el bienestar de los proveedores. Según los estudios sobre estrés ocupacional, cuando las capacidades de un profesional se ven superadas por las demandas del ambiente, se genera una valoración negativa que hace disminuir su bienestar y su rendimiento (Albar, 2009; Schaufeli, Maslach y Marek, 2017). Por ello, de acuerdo con otros estudios (Choenarom, Williams y Hagerty, 2005; Cordes y Dougherty, 1993; Findler, Wind y Barak, 2007), se propuso que contar con habilidades

para manejar la diversidad sería una competencia fundamental para mantener el bienestar ocupacional de los proveedores de servicios públicos. Sin embargo, los resultados han mostrado que lo importante es tener capacidad de acción en la organización, es decir, capacidad para generar oportunidades para poner en práctica las habilidades de las que se disponen. Otros estudios también apoyan esta premisa, marcando el apoyo organizacional como un factor protector ante síntomas relacionados con burnout, ansiedad o depresión (Bennett et al., 2001; Choenarom et al., 2005; Zapf, 2002). Igualmente, se han encontrado sus efectos directos sobre el bienestar, dado que produce satisfacción en los profesionales, cubriendo necesidades de afiliación y pertenencia (Findler et al., 2007; Garcia-Ramirez et al., 2015). Esto fue corroborado en los foros comunitarios, donde los participantes hicieron hincapié en la responsabilidad de la organización para proteger el bienestar de su plantilla—ofreciendo, además, varias recomendaciones. Como puede observarse en la tabla 23, algunas de las acciones de mejora que propusieron fueron el aumento de la formación recibida, la generación de espacios de bienestar y recuperación y el incremento de los incentivos.

En tercer lugar, las dimensiones de la CCC han mostrado un impacto positivo sobre la influencia percibida en los contextos de trabajo (i.e. individual, organizacional y comunitario). Las habilidades para gestionar la diversidad impactaron positivamente sobre la influencia de los proveedores sobre su propia práctica profesional. Esto apoya la hipótesis planteada y coincide con los resultados obtenidos en estudios sobre empoderamiento psicológico en el trabajo—recordemos que los ítems utilizados se basaron en un instrumento utilizado para medir este constructo. Es decir, la dotación de habilidades en proveedores de servicios públicos contribuye a que tengan mayor control, autodeterminación y auto-eficacia (Albar, 2009; Laschinger y Leiter, 2006), otorgando un sentido positivo a su trabajo diario y al impacto generado en los contextos (Conger y Kanungo, 1988; Thomas y Velthouse, 1990).

De igual forma, la capacidad de acción en la comunidad tuvo un impacto positivo sobre la influencia percibida en la comunidad y sobre la influencia percibida en la organización—esta última relación no fue predicha. Estos resultados apoyan que la CCC sitúa a los proveedores en una posición de aprendizaje que facilita el desarrollo de nuevos roles profesionales, los cuales los convierten en agentes de cambio, tanto organizacional como comunitario (Vera y Speight, 2003). Este resultado también fue apoyado en los foros comunitarios, que destacaron la importancia de trabajar codo a codo con la comunidad para ser eficaces y generar impacto en los contextos (ver tabla 23).

La CCC capacita a los proveedores e incrementa la eficacia de las organizaciones para planificar y desarrollar programas, evaluar sus resultados y promover la

participación y empoderamiento de usuarios y comunidades (Fawcett, Boothroyd, Schultz, Francisco, Carson y Breiby, 2003; Ristau 2001). Estos resultados entran en consonancia con la propuesta de Suarez-Balcazar, Balcazar, Iriarte y Taylor-Ritzler (2008) sobre capacitación, desde un enfoque basado en empoderamiento, culturalmente adaptado y contextualmente fundamentado. Ellos hacen hincapié en la relación entre profesionales y organizaciones, diferenciando la capacitación para construir (*capacity building*) de la construcción de capacidad (*building capacity*). Defienden la primera, que se centra en reforzar las fortalezas y activos de una organización, sus profesionales y la comunidad donde se sitúan, teniendo en cuenta su contexto social, histórico, económico y político. La segunda, sin embargo, parte de las limitaciones, por lo que se orienta a la dotación de competencias que están ausentes o son mejorables, las cuales son útiles desde una visión experta, pero no tienen en cuenta la realidad del contexto. Frente a los modelos tradicionales de competencia cultural, orientados hacia esta segunda opción, el modelo de CCC se dirige hacia la capacitación para construir.

Suarez-Balcazar y Taylor-Ritzler (2014) resaltan la necesidad de contar con recursos para evaluar la capacitación y su impacto en las comunidades. En este estudio hemos diseñado y validado el *ICCC*, un instrumento de auto-registro que permite evaluar la CCC en proveedores de servicios públicos de forma sencilla y rápida. Está compuesto por 14 ítems distribuidos en las cuatro dimensiones de la CCC. Para su diseño se siguieron los pasos propuestos por Clark y Watson (1995): (1) revisión bibliográfica, (2) definición de las dimensiones de CCC e identificación de los indicadores para su medida, (3) diseño de una batería de ítems, algunos adaptados de otras escalas y otros de creación propia, (4) sometimiento de los ítems a un juicio de expertos para seleccionar los más idóneos por su contenido y forma, (5) estudio piloto y depuración del instrumento. Tras analizar las características psicométricas y conceptuales propuestos por Krentzman y Townsend (2008) para valorar de los instrumentos de competencia cultural, se puede concluir que el *ICCC* es un instrumento fiable y válido, dado que cumple la mayoría de criterios de calidad.

El *ICCC* fue diseñado con el objetivo de promover su uso en la evaluación de necesidades y el diseño de acciones locales. Para ello, se acompaña de dos herramientas gráficas que facilitan la interpretación de sus resultados y su contextualización. Por un lado, un gráfico-resumen de CCC en forma de cuadrado, donde cada vértice representa una dimensión evaluada. Así, puede apreciarse a simple vista el nivel de CCC de una persona concreta o de la plantilla de una organización en su conjunto (que será mayor o menor en función del tamaño del área perfilada). Por otro lado, se diseñó un mapa-piloto donde se situaron geográficamente las organizaciones participantes, acompañadas de su gráfico-resumen de CCC. El mapa tuvo como base la proporción de población migrante por barrio

(en función de la intensidad del color), por lo que representa la CCC de las organizaciones que trabajan en una comunidad, teniendo en cuenta su localización y la distribución de la diversidad cultural. En este estudio también se exploraron las diferencias en CCC de los proveedores en función de sus características socio-demográficas y la naturaleza de sus organizaciones. Siguiendo otros estudios, no se han encontrado diferencias en torno al sexo (Lampley, Little, Beck-Little y Xu, 2008; Wilbur, 2008) y la diferenciación según la experiencia en el servicio, fue mínima (Doorenbos y Schim, 2004; Findley, 2008). Tan solo se encontraron diferencias significativas que indicaban que a mayor tiempo trabajado en el servicio, menor capacidad de acción en la organización. A pesar de la evidencia a favor encontrada en otros estudios (Lampley et al., 2008), nuestros resultados apoyan la premisa de que, para desarrollar CCC, no es tan importante la experiencia profesional como la formación específica en cuestiones relacionadas con la cultura (Sargent, Sedlak y Martsolf, 2005) o las habilidades socioemocionales (Chrobot-Mason y Leslie, 2012).

Se encontraron también diferencias en CCC según el enclave territorial donde trabajan los proveedores. Se encontraron diferencias en el nivel de conciencia crítica a favor de los proveedores del enclave urbano de asentamiento frente a los del rural de tránsito. Estas pueden deberse a que el distrito Macarena es uno de las comunidades pluriculturales más antiguas y consolidadas de Andalucía. Consecuentemente, sus proveedores han tenido más tiempo y oportunidades para reflexionar en torno a la cultura, a los determinantes sociales que generan los problemas de las personas migrantes. También a que ya han tenido tiempo para adaptar las prácticas organizacionales a las realidades migrantes.

Asimismo, se encontró un mayor nivel de habilidades para gestionar la diversidad en el entorno fronterizo de recepción frente al urbano de asentamiento. Esto puede ser explicado por el perfil de los proveedores que atienden a la población en cada contexto. En las fronteras, los proveedores se preparan para la recepción de los recién llegados y la atención de sus necesidades básicas, por lo que controlar habilidades de comunicación e interacción es una de sus principales tareas. Además, frecuentemente, cuentan con formación específica o apoyo externo para desarrollarlas adecuadamente.

También se encontraron diferencias en el nivel de CCC de los proveedores según el tipo de servicio que ofrecen, obteniendo mayores puntuaciones los proveedores de ONGs y asociaciones vecinales. Este hecho merece especial atención, dado que este perfil se caracteriza por mayor involucramiento en actividades solidarias y defensa de los derechos humanos, muchas veces de forma voluntaria y siendo miembro de la propia comunidad por la que se trabaja, frente a otros perfiles cuyas motivaciones pueden ser muy diferentes. Este resultado apoya los modelos que incluyen la disposición para ser

culturalmente competente como dimensión fundamental (Campinha-Bacote, 1999; Buchum; 2002; Deardorff, 2006; Earley, 2002; Fantini, 2006; Poole, 1998). También podría explicarse en torno a que este tipo de proveedores suelen ser vecinos de las comunidades (migrantes y no migrantes), lo cual apoyaría los modelos que incluyen como dimensión la participación en encuentros interculturales (Campinha-Bacotte, 2002; Kupka y Everett, 2007; Overall, 2009). Ser parte de la comunidad facilita la influencia en el contexto, así como que este tipo de servicio presenta una mayor flexibilidad y adaptación al cambio, frente a grandes entidades (Paloma y Manzano, 2011; Maton, 2008).

4.2. Contribuciones teóricas

Este trabajo ha puesto de manifiesto que la aplicación de valores y principios de la Psicología comunitaria contribuye notablemente al avance del estudio de la competencia cultural, como ya apuntaban algunos autores (Abe, 2012; Suarez-Balcazar et al., 2014). A continuación se resumen sus principales aportaciones—ya detalladas en anteriores secciones.

Nuestro estudio ha puesto de manifiesto que adoptar una visión dinámica de la cultura ayuda a entender al “otro” y a poner el foco en todos los escenarios implicados en la tarea de cuidar. Segundo, defiende la atención de las necesidades de las poblaciones migrantes como un trabajo multisectorial y propone competencias comunes en la provisión de servicios públicos desde múltiples áreas profesionales (i.e. educación, sanidad, ONGs y asociaciones vecinales, servicios socio-laborales y municipales, fuerzas de seguridad del Estado y servicios religiosos). Tercero, entiende a los proveedores de servicios públicos como parte del engranaje de un sistema ecológico que actúa a diferentes niveles o contextos, ofreciendo así competencias para ser efectivos en cada uno de ellos. Cuarto, visibiliza que la provisión de servicios se da en contextos en los que existen inequidades que conculcan el bienestar de los grupos más vulnerables. La incorporación del análisis del poder como un elemento clave facilita relaciones horizontales y transaccionales, desde las que explorar las fortalezas de las comunidades. Quinto, orienta los modelos de competencia cultural hacia la práctica. Concretamente, hacia el desarrollo de acciones multinivel y contextualizadas dirigidas a la promoción de la equidad y el bienestar.

Nuestra propuesta también ha realizado contribuciones para la evaluación de la competencia cultural. Valora las competencias que los proveedores deben desarrollar para ser efectivos en cada uno de los niveles a los que desarrollan su trabajo. Por otra parte, aunque enfatiza las dimensiones que se orientan al trabajo con personas migrantes, su

enfoque basado en la interseccionalidad y la complejidad facilita su adaptación a otras realidades poblacionales (i.e. orientación sexual, diversidad funcional, etc.). El *ICCC* es el primer instrumento de carácter intersectorial que toma los proveedores de los servicios comunitarios como referente, por lo que es aplicable a cualquier ámbito de actuación y nivel de formación. Igualmente, el *ICCC* se acompaña de indicadores de equidad y bienestar probados, que indican la influencia de la competencia de los proveedores en sus organizaciones y comunidades. Finalmente, también dispone de herramientas gráficas y cartográficas que facilitan la transferencia de los resultados a acciones concretas.

El abordaje de la competencia cultural desde la perspectiva de la Psicología comunitaria también enriquece a ésta última. El estudio de la cultura ha sido un tema central para esta disciplina y ha contribuido a su consolidación—tomar como ejemplo los números especiales de la *American Journal of Community Psychology*, tales como *Culture and Community Psychology*, editado por Ramirez-Garcia y Kral (2011); *Stories of Diversity*, editado por Bond y Harrel (2006) o el *Multi-level Community-based Culturally Situated Interventions*, editado por Schensul y Trickett (2009). Sin embargo, la Psicología comunitaria suele abordar la cultura desde la visión de la población migrante o minorías oprimidas (Balcázar, García-Iriarte y Suarez-Balcázar, 2009; Kral, Ramírez-García, Masood, Dutta y Todd, 2011; O'Donell, 2006). En este estudio se ofrecen contribuciones teóricas desde la visión de los proveedores de servicios públicos que atienden a dicha población, lo cual complementa y amplía la comprensión de las comunidades pluriculturales.

El estudio de la competencia cultural desde la perspectiva de la Psicología comunitaria hace aportaciones para la consolidación de los modelos de empoderamiento. Siguiendo a Rappaport (1984), la teoría, la investigación y la intervención sobre empoderamiento vincula el bienestar individual con los sistemas sociales. Los individuos desarrollan competencias individuales, capacidad en los sistemas naturales de ayuda y conductas proactivas dentro de las comunidades, dirigidas a redistribuir el poder y facilitar el bienestar y la equidad. La CCC es un proceso de empoderamiento vinculado a la provisión de servicios en comunidades diversas.

Los resultados cuantitativos de este estudio y su discusión posterior en los foros comunitarios invitan a repensar el constructo mismo de empoderamiento, en los términos que proponen Brodsky y Cattaneo (2013). Estos plantean un modelo transconceptual, por el cual, en función de las características del contexto, los individuos desarrollan estrategias que les llevarán al empoderamiento o a la resiliencia. Como propusimos en nuestro modelo, a raíz del desarrollo de conciencia, habilidades y recursos comunitarios, los proveedores desarrollan procesos—de empoderamiento—dirigidos a cambiar las relaciones de poder y generar cambios en los contextos que generen equidad y bienestar.

Pero, tal y como indicaron los agentes comunitarios de los foros, esto no siempre es posible dada las condiciones de opresión en las que algunos proveedores realizan su trabajo—como, por ejemplo, los enclaves fronterizos de recepción masiva de migrantes, organizaciones que ofrecen condiciones laborales precarias, o aquellas otras organizaciones muy jerarquizadas y autoritarias—como es el caso de los guardias de fronteras. En estas situaciones de riesgo, la competencia cultural comunitaria de los proveedores tendrá mucho más que ver con competencias de resiliencia que les ayuden a generar nichos de resistencias y a generar alianzas para proteger su bienestar y el de los usuarios. El trato que reciben los refugiados en las fronteras del sur de Europa por parte de los guardias de fronteras es un ejemplo tristemente actual (García-Ramírez, Garrido, et al., 2005; Hollings, Samuilova y Petrova-Benedict, 2012).

Esta interdependencia de los proveedores y las características del contexto, guarda relación también con la propuesta de Prilleltensky (2012) que vincula el bienestar al grado de justicia del contexto (*wellness as fairness*). Según las condiciones de justicia del contexto, los individuos deberán desarrollar estrategias para lograr adaptarse a ellos, que irán desde el desarrollo/florecimiento, afrontamiento, confrontación o sufrimiento—desde condiciones más óptimas a más opresoras (Paloma, 2010). La CCC es una herramienta para construir niveles óptimos de justicia. En condiciones óptimas de justicia, los proveedores podrán lograr el empoderamiento de ellos mismos y de las poblaciones que atienden, trabajando desde promoción y la prevención. Ante niveles no óptimos de justicia, desarrollarán procesos de resiliencia que les ayude a adaptarse a los contextos e intervenir sobre las condiciones de opresión para reducirlas. En contextos en riesgo de vulnerabilidad, será fundamental que se centren en el desarrollo de conciencia crítica para identificar las condiciones de injusticia y cómo les afecta a su práctica profesional y la vida de sus usuarios, intentando desarrollar acciones de mejora. Finalmente, bajo condiciones persistentes de injusticia, la CCC ayudará a los proveedores a mantener el marco de referencia dentro de la defensa de los derechos humanos y trabajar para romper las condiciones de opresión—tanto objetivas como internalizadas. La CCC protegerá la autoeficacia de los proveedores, su bienestar y las creencias sobre justicia social.

Por otro lado, aunque el modelo de CCC está centrado en la capacitación de los proveedores, su naturaleza ecológica lleva a considerar las características que deben tener las organizaciones para promover la CCC en su plantilla. Esto contribuye al desarrollo conceptual de los modelos sobre escenarios comunitarios empoderadores (*empowering community settings*, Maton, 2008) en comunidades diversas. Para ello, consideramos interesante combinar las características básicas de estos escenarios con los estándares de equidad en salud diseñados para atender a población migrante o minorías étnicas

(Cattachi et al., 2013). En este sentido, proponemos que a través de la CCC, los proveedores estarán en condiciones de producir cambios en sus estructuras organizacionales para lograr: (a) una misión multicultural, (b) accesibilidad, (c) participación y horizontalidad en las relaciones, (d) adaptación de los servicios y (e) promoción de cambios enfocados a la equidad y el bienestar.

Primero, la misión multicultural hará que se adopte la equidad y la diversidad como valores organizacionales, asumiendo modelos de atención centrada en la persona. Así, se reconocen las necesidades específicas que generan los diferentes estatus migratorios y su interseccionalidad con otras dimensiones, así como los diferentes bagajes culturales y lingüísticos. Las organizaciones asumen la reciprocidad, el compromiso y la colaboración como principios estratégicos. Segundo, se debe velar por la accesibilidad de todas las poblaciones a todos los servicios, independientemente de sus características socio-demográficas o localización. Tercero, se genera un clima organizacional que facilita la participación y las relaciones horizontales. Cuarto, los servicios y procesos organizacionales se adaptan a la diversidad para responder a las necesidades reales y cambiantes de las comunidades. Asimismo, ofrecen evidencias positivas de la eficacia de sus prácticas, integrando en ellas múltiples perspectivas y modificando aquellas acciones menos eficaces. Finalmente, la promoción de cambios enfocados a la equidad y el bienestar deriva en la promoción de oportunidades para desarrollar nuevos roles, liderazgo y alianzas con otros agentes, instituciones y entidades comunitarias.

Siguiendo a Maton (2008), los escenarios comunitarios empoderadores tienen también un impacto positivo sobre las comunidades, principalmente siguiendo tres tendencias. La primera se refiere al aumento del empoderamiento y el bienestar de la ciudadanía. La segunda implica el aumento de la capacidad y los niveles de influencia de los agentes clave de la comunidad. Finalmente, se ha encontrado evidencia a favor del incremento del número de actividades organizacionales externas, desarrolladas en la comunidad (i. e. programas de educación, diseminación, acciones comunitarias, movilización de recursos y servicios y acciones de abogacía y activismo).

En el ámbito comunitario, la CCC también realiza contribuciones de interés. Este estudio destaca la importancia de los servicios públicos en momentos de crisis, que operan como nexos entre los individuos y sus comunidades protegiendo su bienestar—especialmente de aquellas poblaciones más vulnerables. Los proveedores de servicios públicos jugarán un importante rol en generar cambios políticos transformadores. Para ello, participarán como expertos en el diseño y evaluación de políticas y abogarán por la participación de los grupos oprimidos en la promoción de políticas dirigidas a superar las inequidades que sufren. Estos deben trabajar para (a) aumentar la visibilidad pública y

política de las poblaciones migrantes, (b) generar oportunidades para que participen activamente y se comprometan en las políticas que les atañe, (c) asegurar la rendición de cuentas en la implementación de las políticas, y (d) sensibilizar a los líderes políticos sobre los efectos que tienen las políticas a diferentes sectores sobre la salud y la equidad (Bishop, Vicary, Browne y Guard, 2009; Nelson, 2013). De esta forma, se podrán transformar las realidades sociales desde la asunción—defendida desde la Psicología comunitaria—de que estas se conforman por políticas públicas mediadas por comunidades e individuos (Bishop et al., 2009).

4.3. Transferencia de resultados y aplicaciones prácticas

Como se ha indicado, el modelo de CCC surge con una clara vocación aplicada. Este estudio ha mostrado un marcado interés para ofrecer resultados que sean útiles para la sociedad. Concretamente, orientado a su transferencia en acciones que fomenten el bienestar y la equidad a diferentes niveles ecológicos. A continuación se exponen sus potenciales aplicaciones prácticas y se detallan las acciones concretas donde los resultados de este estudio han sido transferidos.

A nivel individual, los resultados de este estudio ayudan al diseño de los programas de formación en CCC de proveedores de servicios públicos desde un enfoque basado en los derechos humanos. El modelo de CCC no solo define operativamente un conjunto de competencias que deben ser reforzadas, sino que las enfoca hacia la promoción de bienestar ocupacional, las creencias sobre justicia social e influencia y la influencia en los contextos de trabajo. Este enfoque cobra especial interés en aquellos contextos de riesgo donde es necesario velar por la salud, no solo de las poblaciones migrantes, sino también de aquellas que las atienden. Actualmente, cobra especial atención la formación de los proveedores que atienden a las personas desplazadas que llegan en condiciones de extrema vulnerabilidad a los contextos fronterizos del Mediterráneo (IOM, 2016). Esta situación de crisis humanitaria está desbordando la capacidad de las sociedades de recepción para atenderlos adecuadamente, encontrándose cada vez más casos de violencia y violación de derechos fundamentales (Amnesty International, 2016; Human Rights Watch, 2015; Ingleby, 2005). Hollings et al. (2012) destacan la urgencia de dotar a los guardias de frontera de competencias orientada a la equidad y el bienestar.

En esta dirección, el modelo de CCC ha contribuido al estudio desarrollado por la autora de este trabajo y su equipo de investigación (García-Ramírez, Garrido, et al., 2015) dentro del proyecto *EquiHealth: Fostering health provision for migrants, the Roma, and*

other vulnerable groups, puesto en marcha por la Organización Internacional para las Migraciones. El objetivo fue explorar los factores que afectaban al bienestar ocupacional de los guardias civiles que trabajan en la frontera sur de España, así como las fortalezas que desarrollan para hacerles frente. Tras realizar 34 entrevistas en profundidad, se encontró que estos profesionales trabajan bajo una gran presión que los sitúa en una situación de vulnerabilidad psicológica, organizacional y social. En respuesta, se propusieron una serie de medidas para mejorar su bienestar (y el de las personas que reciben), entre las que destacaba la promoción de su CCC como forma de resiliencia (García-Ramírez, Luque, et al., 2015). Concretamente, se recomendó el desarrollo de conciencia crítica y habilidades en los agentes, el fortalecimiento del apoyo organizacional y la generación de una imagen pública más positiva.

La CCC de los proveedores debe ser un producto del buen funcionamiento de las organizaciones en sociedades pluriculturales y una responsabilidad de los Estados. Pero además de este proceso que actúa arriba-abajo, consideramos que la CCC también es el proceso por el cual los proveedores van ganando en capacidad de construir y de generar cambio en dichas estructuras (abajo-arriba). En este sentido, el modelo de CCC ha contribuido a comprender mejor el papel de los proveedores en la definición de los estándares de equidad de las organizaciones sanitarias (Cattachi et al., 2013). Concretamente, tuvo relación con el *Project to Develop Standards for Equity in Health Care for Migrants and other Vulnerable Groups*, realizado por la *Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent Health Care* (2012). Esta red compuesta por 12 grupos de investigación—dentro de la cual está el de la investigadora—ha trabajado conjuntamente para proponer una serie de estándares orientados al fomento de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Asimismo, se desarrolló un instrumento de medida—que se diseñó paralelamente al *ICCC*, con el que tuvo ciertas sinergias.

Igualmente, el análisis de la CCC de las organizaciones y su contextualización abre numerosas posibilidades a la intervención comunitaria. Facilita la coordinación y el trabajo en red multisectorial. Asimismo, suministra una evaluación de necesidades, no solo en relación a la CCC de las organizaciones, sino también de las necesidades de las poblaciones migrantes. Permite identificar lagunas en la provisión de servicios o la distancia hacia los barrios con mayor diversidad. También facilita la accesibilidad de personas recién llegadas o potenciales usuarios con bajo conocimiento sobre los recursos disponibles y sus formas de acceso. Concretamente, estas herramientas han sido transferidas al proyecto “La Gobernanza de la salud de la población gitana en el Polígono Sur (Sevilla, España)”, financiado por la Organización Internacional de las Migraciones. Su

finalidad es asegurar que todas las acciones en el ámbito de la salud desarrolladas en este barrio tengan suficiente sensibilidad hacia las características de la población gitana residente. En concreto, la adaptación del *ICCC* se está utilizando para evaluar la CCC de los proveedores y la sensibilidad cultural de sus servicios. Además, los resultados del *ICCC*—junto con otros indicadores—están permitiendo mapear los activos para la salud para la población gitana que sufre condiciones de vulnerabilidad en diferentes enclaves andaluces.

Estos mapas permitirán generar modelos de diseño, planificación y evaluación de servicios públicos más participativos. Actualmente, los mapas se han convertido en herramientas de uso diario de la ciudadanía gracias a aplicaciones como *google map*, que son sencillas y están al alcance de la mano. Esto abre la puerta a convertir nuestros mapas sobre CCC en herramientas interactivas que amplíen su campo de acción y aplicabilidad. Un buen ejemplo de ello es la app *e-saludable*, desarrollada por investigadoras de la Universidad de Cádiz (<http://www.appesaludable.com/>) con el objetivo de facilitar la navegación por el sistema sanitario de las personas migrantes y mejorar su alfabetización en salud.

Finalmente, la aplicación del modelo de CCC puede extenderse también al desarrollo de políticas locales que respondan a la diversidad de las comunidades. En primer lugar, este estudio fomenta la reflexión en torno al concepto de servicio público. Frecuentemente se define como aquellos servicios que ofrece el gobierno de un Estado, dentro del modelo de bienestar, financiados con dinero público y accesibles para la ciudadanía—en los términos en que la defina el mismo Estado, que suele excluir a algunas personas aunque vivan en el territorio, como el caso de migrantes en situación irregular. La crisis socio-política que afronta actualmente la Unión Europea (y, especialmente, España) está conduciendo al desarrollo de políticas neoliberales que ponen en entredicho esta concepción de servicio público y restringen la titularidad y la accesibilidad de ciertos colectivos en situación de vulnerabilidad (MIPEX, 2015). En este estudio, recordamos el objetivo final para el que se diseñaron los servicios públicos, que es la promoción de la equidad y el bienestar de todas las personas—sean o no reconocidas como ciudadanía (Bauchamp, 2013; Navarro, 2009; Whaley y Davis, 2007).

En este estudio se ha incluido como servicio público todo aquel que ofrece un servicio a la comunidad, independientemente de su naturaleza institucional. Los resultados han puesto de manifiesto que los servicios más accesibles para la ciudadanía son, frecuentemente, aquellos que han surgido de las propias comunidades. De acuerdo con Wilson, Lavi y Guta (2012), las organizaciones de base comunitaria tienen una posición privilegiada en la atención de la salud de las comunidades, dado que forman parte

del contexto local y surgen para dar respuesta a sus necesidades concretas. Asimismo, sirven como puente entre la población y otras entidades, aumentando la participación comunitaria, especialmente de aquellas poblaciones más excluidas (Wilson et al., 2012). Esto es especialmente importante para comprender la relación de la población migrante con los servicios públicos. Siguiendo a Paloma et al. (2010), cuanto más integrado está un colectivo, más participa en la comunidad y mayor empoderamiento alcanza, siendo uno de sus máximos indicadores la constitución de sus propias organizaciones. Las organizaciones llamadas “de-migrantes” suelen responder a necesidades a las que no se atiende desde las “organizaciones institucionales” (Paloma y Manzano, 2011). Por ejemplo, aquellas dirigidas a la conservación de su cultura de origen o religión o aquellas enfocadas a la promoción de su participación social.

En definitiva, los resultados de nuestro trabajo invitan a repensar la distribución de la financiación pública de los servicios, siendo necesario quizás un mayor apoyo institucional hacia organizaciones de migrantes o asociaciones de base comunitaria, que muchas veces sobreviven desde el esfuerzo personal, el voluntariado y la caridad.

4.3. Limitaciones y sugerencias para investigaciones futuras

A continuación se señalan las limitaciones del estudio, la cuales deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar y generalizar sus resultados. Asimismo, se sugieren posibles mejoras que orienten futuras investigaciones en este campo.

En primer lugar, debido al diseño del estudio (transversal no experimental), no se pueden hacer inferencias causales. Es decir, aunque en nuestro modelo aparecen relaciones directas entre variables, no se puede afirmar que la CCC causa ninguna de ellas. En futuras investigaciones se deberán realizar estudios longitudinales experimentales. Especialmente, será necesario tras aplicar programas de formación o medidas organizacionales que promuevan la equidad, comprobando cómo evoluciona la CCC en el tiempo y cuál es su diferencia con respecto a un grupo control.

Otra limitación está relacionada con la generalización de los resultados, dado que la selección de la muestra no fue aleatoria. No obstante, se siguió una estrategia basada en varios pasos con el objetivo de formar una muestra diversa de proveedores de servicios públicos. Se seleccionaron enclaves territoriales de diferente naturaleza y se eligieron organizaciones que ofrecían servicios públicos muy diversos. Por ello, aunque no podemos afirmar que la muestra sea estadísticamente representativa, consideramos que los resultados obtenidos pueden generalizarse—siempre con cautela—a otros proveedores u otras zonas con características similares (Hughes, Seidman y Williams, 1993).

Igualmente, la voluntariedad de la participación ha podido conformar una muestra con algunos sesgos y limitar la capacidad para hacer inferencias (Groves, Cialdini y Couper, 1992). Probablemente, aquellas personas con actitudes xenófobas—y por tanto, menor nivel de competencias—hayan decidido no participar. Igualmente, en cuanto a la medida de bienestar ocupacional, puesto que un criterio de inclusión fue que los proveedores estuvieran en activo, aquellos que estuvieran de baja laboral por *burnout*, no han participado en nuestro estudio. Todo ello ha podido contribuir a los elevados niveles de CCC y bajo nivel de agotamiento emocional de los participantes. En este sentido, para evitar estos sesgos en futuras investigaciones, sería interesante contabilizar el índice de rechazos y conocer el perfil de las personas que no participaron para compararlo con aquellas que sí lo hicieron (Werner, Praxedes y Kim, 2007).

Por otro lado, en futuras investigaciones se debería profundizar en la dimensionalidad y la estructura de la CCC (de primer vs. de segundo orden). Sería especialmente interesante explorar su funcionamiento bajo modelos formativos vs. reflectivos. Tradicionalmente, en Psicología los constructos (y por tanto, sus medidas) han presentado una naturaleza reflectiva. Es decir, han estado formados por diferentes indicadores/ítems que representan sus diferentes manifestaciones, los cuales son intercambiables, están altamente correlacionados y se relacionan de la misma forma con otras variables (Diamantopoulos y Sigauw, 2006). Sin embargo, es cada vez más común encontrar críticas a estos modelos, surgiendo alternativas basadas en construcciones formativas (MacKenzie, Podsakoff y Jarvis, 2005). En estas, los constructos están formados por indicadores que representan sus diversas características, por lo que no son intercambiables, no tienen por qué estar necesariamente correlacionados y pueden relacionarse con otras variables de forma dispar (Diamantopoulos y Sigauw, 2006). Analizando desde esta óptica los resultados de nuestro estudio, cabe pensar que la CCC pueda tener una naturaleza formativa. Especialmente por la variedad y heterogeneidad de indicadores que contiene (a múltiples niveles) y por su forma diferente de relacionarse con otras variables. Como precedente, encontramos estudios que apoyan la naturaleza formativa del constructo de empoderamiento, el cual guarda bastante relación con la CCC (Peterson, 2014; Peterson y Zimmerman, 2004). Se abre así una vía metodológica innovadora y de gran interés para la Psicología comunitaria y el estudio de la competencia cultural en esta dirección.

Por otra parte, existen limitaciones asociadas al *ICCC*, dado que los auto-informes conllevan algunos sesgos de medida. En este sentido, los elevados niveles de CCC pueden deberse a un sesgo de sobre-estimación de los participantes sobre su capacitación, bien de forma deliberada o inconsciente. Además, en este estudio no se han tomado medidas de

control frente a la deseabilidad social (Huang, Liao y Chang, 1998). Este hace que las personas tienden a elegir aquellas respuestas socialmente más adecuadas, bien para auto-protegerse o bien por ausencia de reflexión sobre sus propias características (Crowne y Marlowe, 1960). No obstante, tal y como afirma Nunnally (1978), a pesar de los problemas que presentan los inventarios auto-administrados, son la mejor herramienta posible para medir actitudes y valores, puesto que suministran información de forma fácil, rápida y directamente desde los propios protagonistas.

De igual forma, la medida de la justicia social presenta serias limitaciones porque se ha llevado a cabo a través de un solo ítem. Esta decisión se tomó intencionalmente durante la fase de construcción del cuestionario. Esta formaba parte de un instrumento estandarizado (Rasinski, 1987) y, junto a los colectivos implicados en el estudio, se consensuó que era un buen indicador de la creencia específica que queríamos medir (la justicia social relativa a los servicios públicos). De acuerdo con Paloma et al. (2014), “la necesidad de encontrar un equilibrio entre hacer uso de herramientas válidas, adaptadas a la población local, y cómodas de manejar durante el trabajo comunitario se convierte en un reto a confrontar por la comunidad científica” (p. 114).

En cualquier caso, tras los resultados obtenidos, se puede afirmar que el *ICCC* y los demás instrumentos de medida utilizados en el estudio son fiables y válidos. Además, los foros comunitarios corroboraron su utilidad y permitieron profundizar en algunos elementos que mejoraron la interpretación de resultados.

Finalmente, otra limitación de este estudio—compartida por la mayoría de investigaciones en competencia cultural—es que no se incluyeron indicadores objetivos para medir el impacto real de la CCC. No obstante, se analizó el impacto positivo de la CCC sobre otros constructos relativos a los proveedores (i.e. bienestar ocupacional, creencias sobre justicia social) y sobre la percepción que tienen de su influencia en los contextos de trabajo. Consideramos que, dada la escasa capacidad de un estudio transversal para captar la naturaleza de los cambios estructurales y comunitarios (que operan a medio-largo plazo), esta puede ser una aproximación a los resultados de la CCC a diferentes niveles.

En futuras investigaciones, tal y como proponen numerosos autores (Alizadeh y Chavan, 2016; Beach et al., 2005; Lie et al., 2010; Renzaho et al., 2013), deben incluirse variables objetivas relativas al funcionamiento de las organizaciones (i.e. eficacia del funcionamiento del servicio, satisfacción con el servicio) y a las personas usuarias y sus comunidades (i.e. salud, equidad, empoderamiento). Esto reforzará la perspectiva de *personas-en-contextos* (Trickett, 2009) y permitirá realizar análisis multinivel. A través de este tipo de análisis se puede modelizar explícitamente la variabilidad entre grupos naturales relevantes (por ejemplo, agrupando proveedores según el tipo de enclave

territorial o según el servicio). Además, controla la influencia sobre la CCC de variables contextuales, que pueden ocasionar relaciones espúreas (Abela, 2011). Los análisis multinivel trabajan no solo con las percepciones subjetivas de los individuos sobre elementos del contexto (como los ofrecidos aquí), sino también con indicadores objetivos de salud o equidad en los diferentes contextos, ofreciendo así una visión más realista (Sánchez-Cantalejo y Ocaña-Riola, 1999; Snijders y Bosker, 2011). Esto abre numerosas posibilidades a la hora de comprobar teorías desde la perspectiva de la Psicología comunitaria, así como para diseñar acciones mucho más contextualizadas y operativas.

5. Conclusión

La migración de grandes poblaciones de desplazados por la guerra o la pobreza en varias regiones del mundo es probable que siga aumentando. El cambio climático está obligando a miles de agricultores con bajos recursos a abandonar las zonas rurales para dirigirse a las ciudades. Dichas ciudades no tienen la capacidad de absorber tanta mano de obra de estas características, por lo que aumenta la presión para abandonar sus países de origen en busca de mejores oportunidades. En consecuencia, los países en desarrollo tendrán que adaptarse a este nuevo orden mundial de diferentes maneras y hacer frente a un futuro incierto. A pesar de que los países desarrollados implementan políticas migratorias conservadoras y liberales, la realidad es que miles de personas desplazadas y sus familias ya reubicadas presentan múltiples necesidades y realizan nuevas demandas a los servicios públicos. Los gobiernos europeos, como el español, presentan una tendencia de reducción de la financiación pública y de reducción del acceso a los servicios a ciertos colectivos, incluyendo a grandes sectores de ciudadanos autóctonos y a poblaciones migrantes. Seguir proporcionar servicios de salud a aquellas personas que lo necesitan se ha convertido en un desafío para las personas que proveen los servicios públicos y, en ocasiones, en un acto de desobediencia.

Los crecientes y complejos flujos migratorios actuales van a requerir modelos para la formación en competencia cultural de los proveedores de servicios, así como instrumentos válidos para su evaluación. Este trabajo ofrece el modelo de Competencia Cultural Comunitaria, desarrollado desde la perspectiva de la Psicología comunitaria. Igualmente, aporta un instrumento para su medida (el *ICCC*) y otras herramientas diseñadas para facilitar su aplicación práctica y la transferencia de los resultados a acciones de mejora. La *CCC* ayuda a ampliar la comprensión de los factores personales y contextuales que afectan la prestación de servicios en diferentes áreas y tipos de servicios.

Los resultados de este estudio también destacan la gran presión que muchos proveedores de servicios comunitarios están experimentando en sus esfuerzos por ayudar a sus usuarios. Parece que cuanto más implicación presenta un proveedor en la comunidad, aumenta su riesgo de sufrir burnout. Esto se debe, principalmente, al limitado apoyo organizacional que recibe. Los proveedores se frustran al tratar de ayudar a muchas personas en instituciones con una baja capacidad para atenderlos, donde cada vez se disminuyen más los recursos o existen normativas que niegan servicios a ciertas poblaciones.

Por otra parte, muchos proveedores defienden valores de justicia social y tienen una conciencia crítica del impacto de su trabajo en las comunidades a las que atienden. Varias de las organizaciones participantes parecen dispuestas a apoyar a su plantilla en la realización de su trabajo con usuarios culturalmente diversos y a sus comunidades, en algunos casos haciendo caso omiso de la política nacional—como ocurre en la provisión de servicios sanitarios a población migrante sin documentación. Los proveedores de servicios están jugando un papel central en la crisis actual, puesto que están en la primera línea de atención a los recién llegados. Muchos están haciendo lo mejor a pesar de las dificultades y la frustración creciente. Las sociedades desarrolladas se enfrentan a difíciles decisiones políticas para apoyar o rechazar la llegada de los migrantes. Desafortunadamente, algunos partidos nacionalistas y racistas parecen estar ganando fuerza en algunas regiones, instigando el temor y la ansiedad sobre el futuro de la ciudadanía. Los proveedores de servicios comunitarios pueden desempeñar un importante papel para combatir esto, promoviendo justicia social y protegiendo el bienestar de los grupos más oprimidos.

En conclusión, los psicólogos comunitarios pueden contribuir notablemente, a través de varias formas, al abordaje de la creciente crisis de migración en el mundo desde una perspectiva que defienda los derechos humanos. Nuestros valores de respeto a la diversidad y justicia social, la perspectiva ecológica, el trabajo desde la prevención, el fortalecimiento de competencias y la promoción de la colaboración interdisciplinaria e intersectorial, puede ayudar en la búsqueda de soluciones. Instrumentos para evaluar competencia cultural desde una perspectiva contextual como el *ICCC*, así como las herramientas dirigidas a su aplicación práctica y transferencia, son un paso en esa dirección. Como las sociedades cambian, los investigadores y proveedores de servicios tienen que adaptarse y cambiar también, siempre en la dirección de lograr un mundo mejor y más justo para todos y todas.

Conclusion

The migration of large populations displaced by war and/or poverty in multiple regions around the world is likely to continue increasing. Climate change is placing thousands of low-income farmers out of the means to survive, forcing them to leave rural areas for cities that do not have the capacity to absorb their labor. This in turn increases pressure to leave their countries in search of better opportunities. Developing countries will have to adapt to this new world order in different ways and the future is uncertain. Whether developed countries implement liberal or conservative migration policies, the reality is that there are thousands of displaced individuals and families already re-located and those people are creating new demands on public services. Like the case of Spain, financial resources are already strained and the consequences are policies that attempt to reduce the access to services to many individuals, including large sectors of Spanish citizens and recent migrant populations. Continuing to provide health care services to those people in need has become a challenge for community service providers, and, sometimes, an act of civil disobedience.

This growing migration is going to continue to require cultural competence trainings and evaluation of service providers. Community-Cultural Competence—and its measurement instrument and other tools developed to transfer its results into improvement actions—is likely to help expand our understanding of the personal and contextual factors that are impacting the provision of services in many different areas and types of services.

The findings of this study also highlight the great pressure that many service providers are experiencing in their efforts to help people under strained financial and personal resources. It appears that the closer a provider gets to a migrant community the more risk he/she experiences of feeling burnout. This is actually not a paradox but the reality and frustration of trying to help many people in need with dwindling resources and/or having to deny services because of lack of institutional capacity to serve.

On the other hand, many providers embrace the values of social justice and have a critical understanding of the impact of their work in the communities they serve. Several of the participating organizations appear willing to support their employees in conducting their work with culturally diverse clients and communities, in some cases in defiance of national policy—as happens in the provision of health services to undocumented migrants. Service providers are playing a central role in the current crisis, as they are in the front lines of attention to new arrivals. Many are trying their best despite the difficulties and the growing frustration. Developed societies are confronted with hard

political choices to either support or reject the influx of migrants. Unfortunately, some opportunistic nationalistic and racist parties appear to be gaining strength in some regions out of people's fear or anxiety about the future. Community professionals can play an important role in continuing to promote our aspirations for social justice and the importance of supporting those in need.

In conclusion, community psychologists can contribute in important various ways to address the growing migration crisis around the world. Our values with regards to prevention, the reinforcement of strengths and competencies, the ecological perspective and our emphasis on promoting interdisciplinary collaboration, empowerment, and social justice can help in the search for solutions. Instruments to assess cultural competence from a contextual perspective like the *ICCC* are a step in that direction. As societies change, researchers and service providers have to adapt and change too, in the direction of achieving a better and more just world for all.

Referencias

- Abe, J. (2012). A community ecology approach to cultural competence in mental health service delivery: The case of Asian Americans. *Asian American Journal of Psychology*, 3(3), 168-180. doi:10.1037/a0029842
- Abbe, A., Gulick, L. M., y Herman, J. L. (2007). *Cross-cultural competence in Army leaders: A conceptual and empirical foundation*. Arlington, VA: US Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences.
- Abela, J. A. (2011). El análisis multinivel: Una revisión actualizada en el ámbito sociológico. *Metodología de Encuestas*, 13(1), 161-176.
- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA) y National Council on Measurement in Education (NCME). (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: AERA. ISBN 978-0-935302-35-6.
- Albar, M. J. (2009). *Poder y Síndrome de Burnout en Enfermeras: Un Modelo Explicativo desde el Enfoque Psicopolítico* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Albar, M.J., Garcia-Ramirez, M., Garrido, R., El Karkri, M., Luque-Ribelles, V., Paloma, V., . . . Sevillano, J.M. (2010). Contribuciones de la Psicología de la Liberación a la Integración de la Población Inmigrante. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 223-234. doi:10.5093/in2010v19n3a3
- Albar, M. J., Garcia-Ramirez, M., Lopez, A. M. L., y Garrido, R. (2012). Spanish adaptation of the Scale of Psychological Empowerment in the Workplace. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 793-800. doi:10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38891
- Albar, M. J., García-Ramírez, M., Pérez, P. J., Luque-Ribelles, V., Garrido, R., y Bocchino, A. (2015). Adaptation to Spanish of an Ethnocultural Empathy Scale. *Texto & Contexto*, 24(3). doi:10.1590/0104-07072015001270014
- Alizadeh, S., y Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: A systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 117-130. doi:10.1111/hsc.12293
- Amnesty International (2016). *Amnesty International Report 2015/16: The State of the World's Human Rights*. Recuperado de <https://www.amnesty.org/en/documents/pol10/2552/2016/en/>
- American Psychological Association (2003). Multicultural guidelines for education and training, research, practice, and organizational development for psychologists. *American Psychologist*, 58(5), 377-402.
- Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. (2015). *Derechos humanos en la frontera sur*. Sevilla: APDHA. Recuperado de http://www.migreurop.org/IMG/pdf/rapport_apdha_es.pdf
- Arasaratnam, L. A. (2006). Further testing of a new model of intercultural communication competence. *Communication Research Reports*, 23(2), 93-99. doi:10.1080/08824090600668923
- Arbuckle, J. L. (2016). *IBM SPSS Amos 24 User's Guide*. Crawfordville, FL: IBM. Amos Development Corporation. Recuperado de ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/24.0/en/amos/Manuals/IBM_SPSS_Amos_User_Guide.pdf

- Arenas, N. (2009). *Los desplazamientos forzosos de población a gran escala: La Directiva Europea relativa al Sistema de Protección Temporal* (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla). Recuperado de <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/1189/los-desplazamientos-forzosos-de-poblacion-gran-escala-la-directiva-europea-relativa-al-sistema-de-proteccion-temporal/>
- Arredondo, P. (1999). Multicultural counseling competencies as tools to address oppression and racism. *Journal of Counseling & Development*, 77(1), 102-108. doi: 10.1002/j.1556-6676.1999.tb02427.x
- Arredondo, P., y Toporek, R. (2004). Multicultural counseling competencies = Ethical practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 26(1), 44-55. doi: 10.17744/mehc.26.1.hw2enjque2p2tj6q
- Balcazar F. E., Suarez-Balcazar Y., y Taylor-Ritzler T. (2009). Cultural competence: development of a conceptual framework. *Disability and Rehabilitation*, 31(14), 1153–1160. doi:10.1080/09638280902773752
- Balcazar, F., Suarez-Balcazar, Y., Willis, C., y Alvarado, F. (2010). Cultural Competence: A review of conceptual frameworks. En F. Balcázar, Y. Suárez-Balcázar, T. Taylor-Ritzler y C. B. Keys (Eds.), *Race, culture and disability: rehabilitation science and practice* (pp. 281-324). Boston, EEUU: Jones and Bartlett Publishers.
- Bastia, T. (2014). Intersectionality, migration and development. *Progress in Development Studies*, 14(3), 237-248. doi:10.1177/1464993414521330
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., . . . Powe, N. R. (2005). Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical care*, 43(4), 356-373.
- Beauchamp, D. E. (2013). Public Health as Social Justice. En M. T. Donohoe (Ed.), *Public Health and Social Justice* (pp.11-19). San Francisco: Jossey-Bas.
- Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M., y Tattersall, A. (2001). Stress in nurses: Coping, managerial support and work demand. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 17(1), 55-63.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied psychology*, 46(1), 5-34. doi: 10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x
- Berry, J.W. (2008). Globalisation and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(4), 328-336. doi: 10.1016/j.ijintrel.2008.04.001
- Betancourt, J. R. (2004). Cultural competence-marginal or mainstream movement?. *The New England journal of medicine*, 351(10), 953-955.
- Betancourt, J. R. (2006). Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Academic Medicine*, 81(6), 499-501. doi:10.1097/01.ACM.0000225211.77088
- Bishop, B. J., Vicary, D. A., Browne, A. L., y Guard, N. (2009). Public Policy, Participation and the Third Position: The Implication of Engaging Communities on their Own Terms. *American Journal of Community Psychology*, 43(1-2), 111–121. doi:10.1007/s10464-008-9214-8
- Brodsky, A. E., y Cattaneo, L. B. (2013). A Transconceptual Model of Empowerment and Resilience: Divergence, Convergence and Interactions in Kindred Community Concepts. *American Journal of Community Psychology*, 52(3-4), 333–346. doi:10.1007/s10464-013-9599-x
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

- Burchum J. L. R. (2002). Cultural competence: an evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37(4), 5-15. doi:10.1111/j.1744-6198.2002.tb01287.x
- Byrne, B. M. (1998). *Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic Concepts, Applications and Programming*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., y Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321(7262), 694-696.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A Model and Instrument for Addressing Cultural Competence in Health Care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207. doi:10.3928/0148-4834-19990501-06
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J. (2010). A culturally conscious model of mentoring. *Nurse educator*, 35(3), 130-135. doi:10.1097/NNE.0b013e3181d950bf
- Capell, J., Dean, E., y Veenstra, G. (2008). The relationship between cultural competence and ethnocentrism of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(2), 121-125. doi:10.1177/1043659607312970
- Carignan, N., Sanders, M., y Pourdavood, R. G. (2005). Racism and ethnocentrism: Social representations of preservice teachers in the context of multi-and intercultural education. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(3), 1-19. doi:10.1177/160940690500400301
- Carr, L. G. (1997). *Color-Blind Racism*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Carr, S.C. (2010). Global mobility, local economy: It's work psychology, stupid! En S.C. Carr (Ed.), *The Psychology of Global Mobility* (pp. 125-151). New York: Springer.
- Carrasquillo, O., Carrasquillo, A. I., y Shea, S. (2000). Health insurance coverage of immigrants living in the United States: differences by citizenship status and country of origin. *American Journal of Public Health*, 90(6), 917-923.
- Cattacin, S., Chiarenza, A., y Domenig, D. (2013). Equity standards for health care organisations: a theoretical framework. *Diversity and Equality in Health and Care*, 10(4), 249-258.
- Chae, D. H., y Kang, K. H. (2013). Review of self-administered instruments to measure cultural competence of nurses-focused on IAPCC & CCA. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 19(1), 48-62. doi:10.11111/jkana.2013.19.1.48
- Chiarenza, A. (2012). Developments in the concept of cultural competence. En D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé, I. Kotsioni (Eds.), *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity* (Vol. 2, pp. 66-81). Garant, Antwerp/Apeldoorn.
- Chippis, J. A., Simpson, B., y Brysiewicz, P. (2008). The Effectiveness of Cultural-Competence Training for Health Professionals in Community-Based Rehabilitation: A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(2), 85-94.
- Chrobot-Mason, D., y Leslie, J. B. (2012). The role of multicultural competence and emotional intelligence in managing diversity. *The Psychologist-Manager Journal*, 15(4), 219-236. doi:10.1080/10887156.2012.730442

- Choenarom, C., Willaims, R.A., y Hagerty, B.M. (2005). The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. *Psychiatric Nursing, 19*(1), 18-29. doi:10.1111/j.1741-6787.2008.00117.x
- Clark, L. A., y Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment, 7*(3), 309-319. doi:10.1037/1040-3590.7.3.309
- Council of Europe (2011). *Recommendation CM/Rec (2011)13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care* (adopted by the Committee of Ministers on 16 November 2011 at the 1126th meeting of the ministers' deputies). Strasbourg: Council of Europe.
- Coles, E., y Buckle, P. (2004). Developing community resilience as a foundation for effective disaster recovery. *The Australian Journal of Emergency Management, 19*(4), 6-15.
- Colvin-Burque, A., Zugazaga, C. B., y Davis-Maye, D. (2007). Can cultural competence be taught? Evaluating the impact of the SOAP model. *Journal of Social Work Education, 43*(2), 223-242.
- Conger, J. A., y Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review, 13*(3), 471-482. doi: 10.5465/AMR.1988.4306983
- Constantine, M. G., Hage, S. M., Kindaichi, M. M., y Bryant, R. M. (2007). Social justice and multicultural issues: Implications for the practice and training of counselors and counseling psychologists. *Journal of Counseling & Development, 85*(1), 24-29. doi:10.1002/j.1556-6678.2007.tb00440.x
- Cooper, C., y Marshall, J. (1991). Sources of managerial and white collar stress. En C. Coopers y J. Marshall (Eds.), *Stress at work* (pp. 81-106). New York: Wiley.
- Cope, D. G. (2015). Cultural Competency in Nursing Research. *Oncology Nursing Forum, 42*(3), 305-308.
- Cordes, C. L., y Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review, 18*(4), 621-656. doi:10.5465/AMR.1993.9402210153
- Crowne, D. P., y Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of consulting psychology, 24*(4), 349-354. doi: 10.1037/h0047358
- Dana, R. H., y Allen, J. (2008). *Cultural Competency Training in a Global Society*. Nueva York, EEUU: Springer.
- Dana, R. H., Behn, J. D., y Gonwa, T. (1992). A checklist for the examination of cultural competence in social services agencies. *Research Social Work Practice, 2*(2), 220-233. doi:10.1177/104973159200200208
- Deardorff, D. K. (2006). Identification and assessment of intercultural competence as a student outcome of internationalization. *Journal of Studies in International Education, 10*(3), 241-266. doi:10.1177/1028315306287002
- De la Mata, M. L., Garcia-Ramirez, M., Santamaria, A., y Garrido, R. (2010). La integración de las personas migrantes: El enfoque de la Psicología Cultural y de la Liberación. En L. Melero (Ed.), *Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp. 115-148). Valencia, España: Fundación Ceimigra.
- Derose, K. P., Escarce, J. J., y Lurie, N. (2007). Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability. *Health Affairs, 26*(5), 1258-1268. doi:10.1377/hlthaff.26.5.1258

- Diamantopoulos, A., y Siguaw, J. A. (2000). *Introducing LISREL*. London, UK: Sage.
- Diamantopoulos, A., y Siguaw, J. A. (2006). Formative versus Reflective Indicators in Organizational Measure Development: A Comparison and Empirical Illustration. *British Journal of Management*, 17(4), 263–282. doi:10.1111/j.1467-8551.2006.00500.x
- Doble, S. E., y Santha, J. C. (2008). Occupational well-being: Rethinking occupational therapy outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 184-190. doi:10.1177/000841740807500310
- Doorenbos, A. Z., y Schim, S. M. (2004). Cultural competence in hospice. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 21(1), 28-32. doi:10.1177/104990910402100108
- Dreachslin, J. L., Gilbert, M. J., y Malone, B. (2012). *Diversity and Cultural Competence in Health Care: A Systems Approach*. Somerset, UK: John Wiley & Sons.
- Dunn, T. W., Smith, T. B., y Montoya, J. A. (2006). Multicultural competency instrumentation: A review and analysis of reliability generalization. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 471-482. doi:10.1002/j.1556-6678.2006.tb00431.x
- Earley, P. C. (2002). Redefining interactions across cultures and organizations: Moving forward with cultural intelligence. *Research in Organizational Behavior*, 24, 271-299. doi:10.1016/S0191-3085(02)24008-3
- Edwards, J. R. (2001). Multidimensional constructs in organizational behavior research: An integrative analytical framework. *Organizational Research Methods*, 4, 144–192. doi:10.1177/109442810142004
- Europa Press. (24 de septiembre de 2016) Desplazados internos, la mayoría silenciosa. *Europa Press*. Recuperado de <http://www.europapress.es/internacional/noticia-desplazados-internos-mayoria-silenciosa-20160924092846.html>
- European Commission. (2014). *Erasmus Facts, Figures & Trends. The European Union support for student and staff exchanges and university cooperation in 2012-2013*. Recuperado de http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/repository/education/library/statistics/ay-12-13/facts-figures_en.pdf
- Eurostat. (2015, a). *People in the EU: who are we and how do we live?* Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7089681/KS-04-15-567-EN-N.pdf/8b2459fe-0e4e-4bb7-bca7-7522999c3bfd>
- Eurostat. (2015, b). *Foreign citizens accounted for fewer than 7% of persons living in the EU Member States in 2014*. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-press-releases/-/3-18122015-BP>
- Fan, X., Thompson, B., y Wang, L. (1999). Effects of Sample Size, Estimation Methods, and Model Specification on Structural Equation Modeling Fit Indexes. *Structural Equation Modeling, A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 56-83. doi:10.1080/10705519909540119
- Fantini A. E. (2006) Exploring and Assessing Intercultural Competence. *World Learning Publication*, 1. Recuperado de http://digitalcollections.sit.edu/worldlearning_publications/1

- Fawcett, S. B., Boothroyd, R., Schultz, J. A., Francisco, V. T., Carson, V., y Bremby, R. (2003). Building capacity for participatory evaluation within community initiative. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 26(2), 21-36. doi: 10.1300/J005v26n02_03
- Fernández, M. (2016). Diseño de un programa de alfabetización en salud para mejorar el acceso y utilización de los servicios sanitarios a población inmigrante (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Cádiz, Cádiz, España.
- Federación Internacional de Derechos Humanos. (2012). *Importación de Mano de Obra para Exportación de Fresas. Condiciones laborales en los cultivos de fresa en Huelva*. Recuperado de https://www.fidh.org/IMG/pdf/informe_fresas_esp.pdf
- Findler, L., Wind, L. H., y Barak, M. E. M. (2007). The challenge of workforce management in a global society: Modeling the relationship between diversity, inclusion, organizational culture, and employee well-being, job satisfaction and organizational commitment. *Administration in Social Work*, 31(3), 63-94. doi:10.1300/J147v31n03_05
- Findley, T. E. (2008). *Cultural competence of nurses at the hospital bedside* (Tesis doctoral). Sapalding University, Louisville, Kentucky, EEUU. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/304322231?pq-origsite=gscholar>
- Fostier, J. P. (2010). *Migrant-Sensitive Health Systems. OMS. Global Consultation on Migrant Health, National School of Public Health*. Madrid, España. Recuperado de http://www.who.int/hac/events/2_migrant_sensitive_health_services_22Feb2010.pdf
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Motevideo: Tierra Nueva.
- Friel, S., Bell, R., Houweling, T., y Marmot, M. (2009). Llamamiento a todos los Don Quijotes y Sancho Panzas: hacer realidad el sueño de la equidad sanitaria a escala mundial a través de medidas prácticas que incidan en los determinantes sociales de la salud. *Global Health promotion*, 16(1), 110-115. doi:10.1177/1757975909103771
- Frontex. (2015). *Annual Risk Analysis 2015*. Recuperado de http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2015.pdf
- García-Ramírez, M., Balcazar, F., y De Freitas, C. (2014). Community psychology contributions to the study of social inequalities, well-being and social justice. *Psychosocial intervention*, 23(2), 79-81. doi:10.1016/j.psi.2014.07.009
- García-Ramírez, M., Garrido, R., Luque, V., y Escobar-Ballesta, M. (2015). *Assessment Report: Health Situation at EU Southern borders: Migrant Health, Occupational Health, and Public Health*. IOM. Recuperado de <http://www.cespyd.es/procomdi/images/a/a7/Sarspain.pdf>
- García-Ramírez, M., Luque, V., Albar, M-J., Paloma, V., y Garrido, R. (2015). *Migraciones Irregulares y Salud Ocupacional de los Guardias Civiles en las Fronteras del Sur de España*. CESPYD. Recuperado de <http://www.cespyd.es/procomdi/images/b/b3/InformeGC.pdf>
- Garrido, R., Luque, V., y García-Ramírez, M. (2013). La investigación-acción participativa como estrategia de intervención psicosocial. En J. Buades Fuster (Ed.) *Manual de Intervención Comunitaria en Barrios* (pp. 102-123). Valencia: Fundación Ceimigra.
- Geniz, D. J. (26 de enero de 2014). Casi la mitad de los inmigrantes de Sevilla residen en la Macarena, Cerro-Amate y el centro. *Diario de Sevilla*. Recuperado de http://www.diariodesevilla.es/sevilla/inmigrantes-Sevilla-residen-Macarena-Cerro-Amate_0_774522587.html

- Glickman, N.J., y Servon, L.J. (2003). By the numbers: Measuring community development corporations' capacity. *Journal of Planning Education and Research*, 22(3), 240-256. doi:10.1177/0739456X02250314
- Glockshuber, E. (2005). Counsellors' self-perceived multicultural competencies model. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 7(4), 291-308. doi:10.1080/13642530500367894
- Gois, W., y Campbell, K. (2013). Stranded migrants: a call to rethink the current labour migration paradigm. *Migration and Development*, 2(2), 157-172. doi:10.1080/21632324.2013.802126
- Govere, L., Fioravanti, M. A., y Tuite, P. K. (2016). Increasing the Cultural Competence Levels of Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 55(3), 155-159. doi:10.3928/01484834-20160216-06
- Gozu, A., Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K., Palacio, A., . . . y Powe, N. R. (2007). Self-administered instruments to measure cultural competence of health professionals: a systematic review. *Teaching and learning in medicine*, 19(2), 180-190. doi:10.1080/10401330701333654
- Green, J. W. (1995). *Cultural awareness in the human serices: A multi-ethnic approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Greenwald, A. G., Brock, T. C., y Ostrom, T. M. (Eds.). (2013). *Psychological foundations of attitudes*. Academic Press.
- Groves, R. M., Cialdini, R. B., y Couper, M. P. (1992). Understanding the decision to participate in a survey. *Public Opinion Quarterly*, 56(4), 475-495. doi:10.1086/269338
- Harris-Davis, E., y Haughton, B. (2000). Model for multicultural nutrition counseling competencies. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(10), 1178-1185. doi:10.1016/S0002-8223(00)00342-4
- Hart, A., Hall, V., y Henwood, F. (2003). Helping health and social care professionals to develop an 'inequalities imagination': a model for use in education and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 480-489. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02555.x
- Hawe, P., y Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine*, 51(6), 871-885. doi:10.1016/S0277-9536(00)00067-8
- Hernandez, M., Nesman, T., Mowery, D., Acevedo-Polakovich, I. D., y Callejas, L. M. (2009). Cultural competence: A literature review and conceptual model for mental health services. *Psychiatric Services*, 60(8), 1046-1050. doi: 10.1176/ps.2009.60.8.1046
- Hernandez, F., y Kose, B. W. (2012). The developmental model of intercultural sensitivity: A tool for understanding principals' cultural competence. *Education and Urban Society*, 44(4), 512-530. doi:10.1177/0013124510393336
- Hollings, J., Samuilova, M., y Petrova-Benedict, R. (2012). Health, migration and border management: analysis and capacity-building at Europe's borders. *International Journal of Public Health*, 57(2), 363-369. doi:10.1007/s00038-011-0319-8
- Hu, L.T., y Bentler, P. (1995). Evaluating model fit. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling. Concepts, Issues, and Applications* (pp. 76-99). London: Sage.
- Huang, C. Y., Liao, H. Y., y Chang, S. H. (1998). Social desirability and the clinical self-report inventory: Methodological reconsideration. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 517-528.

- Huber, J. (Ed.). (2012). *Intercultural competence for all: preparation for living in a heterogeneous world* (Vol. 2). Paris, Francia: Council of Europe. Recuperado de http://www.coe.int/t/dg4/education/pestalozzi/Source/Documentation/Pestalozzi2_EN.pdf
- Huddleston, T., Bilgili, Ö., Joki, A. L., y Vankova, Z. (2015). *Migrant Integration Policy Index 2015*. Barcelona/ Bruselas: CIDOB y MPG. Recuperado de <http://mipex.eu/sites/default/files/downloads/files/mipex-2015-book-a5.pdf>
- Hughes, D., Seidman, E., y Williams, N. (1993). Cultural phenomena and the research enterprise: Toward a culturally anchored methodology. *American Journal of Community Psychology*, 21(6), 687-703. doi:10.1007/BF00942243
- Human Rights Watch (2015). *The Mediterranean Migration Crisis: Why People Flee, What the EU Should Do*. Recuperado de https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/eu0615_web.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Cifras de población y censos demográficos*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p259/&file=inebase>
- Ingleby, D. (2005). *Forced migration and mental health: Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Springer.
- Ingleby, D. (2012). Ethnicity, migration and the 'social determinants of health' agenda. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 331-341. doi: 10.5093/in2012a29
- Ingleby, D., Chimienti, M., Hatziprokopiou, P., Ormond, M., y De Freitas, C. (2005). The role of health in integration. En M.L. Fonseca y J. Malheiros (Eds.), *Social integration and mobility: education, housing and health* (pp. 88-119). Lisboa: Centro de Estudios Geográficos.
- IOM. (2006). Glosario sobre Migración. *Derecho Internacional sobre Migración*, 7. Recuperado de http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf
- IOM. (2016). *Mixed Migration Flows in the Mediterranean and Beyond*. Recuperado de http://migration.iom.int/docs/2016_Flows_to_Europe_Overview.pdf
- IOM. (2014). *Hechos y cifras*. Recuperado de <http://oim.org.mx/hechos-y-cifras-2>
- IOM. (2016). *The Middle East and North Africa. Annual Report*. Recuperado de https://publications.iom.int/system/files/pdf/mena_annual_report_2015.pdf
- Ivey, A. E., y Collins, N. M. (2003). Social justice: A long-term challenge for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 31(3), 290-298. doi:10.1177/0011000003031003004.
- Jezewski, M. A., y Sotnik, P. (2001). *Culture brokering: Providing culturally competent rehabilitation services to foreign-born persons*. Buffalo, NY: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Johnson, J. P., Lenartowicz, T., y Apud, S. (2006). Cross-cultural competence in international business: Toward a definition and a model. *Journal of International Business Studies*, 37(4), 525-543.
- Kagawa-Singer, M., Dressler, W. W., George, S. M., y Elwood, W. N. (2014). *The cultural framework for health: An integrative approach for research and program design and evaluation*. National Institutes of Health, Office of Behavioral and Social Sciences Research.

- Kardong-Edgren, S., y Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural competency of graduating U.S. Bachelor of science nursing students. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 37-44. doi:10.5172/conu.673.28.1-2.37
- Kelly, J. G. (1966). Ecological constraints on mental health services. *American Psychologist*, 21(6), 535-539. doi: 10.1037/h0023598
- Kelly, J. G., Ryan, A. M., Altman, B. E., y Stelzner, S. P. (2000). Understanding and changing Social Systems. An ecological view. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 133-159). New York: Spring Street.
- Kendra, J.M., y Wachtendorf, T. (2003). Elements of resilience after the World Trade Center disaster: Reconstituting New York City's Emergency Operations Centre. *Disasters*, 27, 37-53. doi:10.1111/1467-7717.00218
- Kickbusch, I., y Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Ginebra, Suiza: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century>
- Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P. N., y Barton, L. (2001). A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of advanced nursing*, 35(6), 918-925. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01929.x
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* (Vol. 3). California: University of California Press.
- Kleinman, A., y Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), 1673-1676. doi:10.1371/journal.pmed.0030294
- Kral, M. J., Ramírez, J. I., Aber, M. S., Masood, N., Dutta, U., y Todd, N. R. (2011). Culture and Community Psychology: Toward a Renewed and Reimagined Vision. *American Journal of Community Psychology*, 47, 46-57. doi:10.1007/s10464-010-9367-0.
- Krentzman, A. R., y Townsend, A. L. (2008). Review of multidisciplinary measures of cultural competence for use in social work education. *Journal of Social Work Education*, 44(2), 7-32.
- Kumas-Tan, Z., Beagan, B., Loppie, C., MacLeod, A., y Frank, B. (2007). Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. *Academic Medicine*, 82(6), 548-557. doi:10.1097/ACM.0b013e3180555a2d
- Kupka B., y Everett A. (2007) The rainbow model of intercultural communication competence: a review and extension of existing research. *Intercultural Communication Studies*, 16(2), 20-25.
- Lampley, T. M., Little, K.E., Beck-Little, R., y Xu, Y. (2008). Cultural Competence of North Carolina Nurses: A Journey from Novice to Expert. *Home Health Care Management & Practice*, 20(6), 454-461. doi:10.1177/1084822307311946
- Laschinger, H. K. S., y Leiter, M. P. (2006). The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout Engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.
- Leininger, M. (1993). Towards conceptualization of transcultural health care systems: Concepts and a model. *Journal of Transcultural Nursing*, 4(2), 32-40. doi:10.1177/104365969300400206
- Levine, M. (1981). *The history and politics of community mental health*. New York: Oxford University Press.

- Levine, M. y Perkins, D. V. (1997). *Principles of community psychology*. New York: Oxford University Press.
- Lie, D. A., Lee-Rey, E., Gomez, A., Bereknyei, S., y Braddock, C. H. (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of General Internal Medicine*, 26(3), 317-325. doi:10.1007/s11606-010-1529-0
- Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure and action*. New York: Cambridge University Press.
- Llop-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M. B., y Vázquez Navarrete, M. L. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 715-734.
- López, G. R., y Burciaga, R. (2016). El Legado Problemático del Caso Brown vs. Board of Education. *Educational Administration Quarterly*, 52(2), 1-18. doi:10.1177/0013161X15620115
- Lozano, O. M., y Rojas, A. J. (2005). Validez. En Cangas, A.J., Maldonado, A.L., y López, M. (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y General*, (vol. IV, pp.223-234). Granada: Alborán Editores.
- Luke, D. A. (2005). Getting the big picture in community science: Methods that capture context. *American Journal of Community Psychology*, 35(3-4), 185-200. doi:10.1007/s10464-005-3397-z
- Lum, D. (2000). *Social work practice and people of color: A process stage approach*. Belmont CA: Wadsworth.
- MacKenzie, S. B., Podsakoff, P. M., y Jarvis, C. B. (2005). The problem of measurement model misspecification in behavioral and organizational research and some recommended solutions. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 710-730. doi:10.1037/0021-9010.90.4.710
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163. doi:10.1016/S0140-6736(07)61385-3
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot review*. London: University College London: Institute of Health Equity.
- Marmot, M., y Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126, 4-10. doi:10.1016/j.puhe.2012.05.014
- Martín-Baró, I. (1994). *Writings for a liberation psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Maton, K. I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology*, 41(1-2), 4-21. doi:10.1007/s10464-007-9148-6
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. doi:10.1111/1467-8721.01258
- McPhatter, A. R. (1997). Cultural competence in child welfare: What is it? How do we achieve it? What happens without it. *Child Welfare*, 76(1), 255-278.
- Ministerio del Interior del Gobierno de España. (2016). *La Policía Nacional inicia junto a FRONTEX la operación Minerva'16 en los puertos de Algeciras, Tarifa y Ceuta*. Recuperado de http://www.interior.gob.es/prensa/noticias/-/asset_publisher/GHU8Ap6ztgsg/content/id/6214809

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf
- Ming-Jung Ho, M. J., y Lee, K. J. (2007). Reliability and Validity of Three Cultural Competency Measures. *Medical Education*, 41(5), 519. doi:10.1111/j.1365-2929.2007.02747.x
- Moane, G. (2003). Bridging the personal and the political: Practices for a liberation psychology. *American journal of community psychology*, 31(1-2), 91-101. doi:10.1023/A:1023026704576
- Moffitt, P., y Wuest, J. (2016). Spirit of the drum: The development of cultural nursing praxis. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 34(4).
- Montenegro, R. (17 de diciembre de 2012). La provincia multiplica por cinco su población extranjera en una década. *Huelva Información*. Recuperado de http://www.huelvainformacion.es/huelva/provincia-multiplica-poblacion-extranjera-decada_0_653035078.html
- Montero, M. (1984). La Psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(3), 387-400.
- Montero, M. (1994). Vidas paralelas. Psicología comunitaria en Latinoamérica y en Estados Unidos. *Psicología social comunitaria. Teoría, Método y Experiencia*, 19-46.
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., . . . Macdonald, A. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639. doi:10.1016/S0140-6736(14)61603-2
- Nassar-McMillan, S. C. (2014). A framework for cultural competence, advocacy, and social justice: Applications for global multiculturalism and diversity. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 14(1), 103-118. doi:10.1007/s10775-014-9265-3
- Navarro, V. (2004). *El Estado de bienestar en España*. Madrid: Tecnos. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6750/02cap1.pdf>
- Navarro, V. (2007). Neoliberalism as a class ideology; or, the political causes of the growth of inequalities. *International Journal of Health Services*, 37(1), 47-62. doi:10.2190/AP65-X154-4513-R520
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion*, 16(1), 05-16. doi:10.1177/1757975908100746
- Navas, M. J. (2001). *Métodos, Diseños y Técnicas de Investigación Psicológica*. Madrid: UNED.
- Navas, M., García, M. C., Rojas, A. J., Pumares, P., y Cuadrado, I. (2006). Actitudes de aculturación y prejuicio: la perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Psicothema*, 18(2). 187-193.
- Nelson, G. (2013). Community psychology and transformative policy change in the neoliberal era. *American Journal of Community Psychology*, 52(3-4), 211-223. doi:10.1007/s10464-013-9591-5
- Nelson, G., y Prilleltensky, I. (2005). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. New York: Palgrave MacMillan.

- Nicotera, N. (2007). Measuring neighborhood: A conundrum for human services researchers and practitioners. *American Journal of Community Psychology*, 40, 26-51. doi: 10.1007/s10464-007-9124-1
- Norris, F. H., Stevens S. P., Pfefferbaum, B., Wyche K. F., y Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41(1-2), 127-150. doi:10.1007/s10464-007-9156-6
- Nybell, L. M., y Gray, S. S. (2004). Race, place, space: meanings of cultural competence in three child welfare agencies. *Social Work*, 49(1), 17-26. doi:10.1093/sw/49.1.17
- Nunnally, J. C. (1976). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nussbeck, F. W., Eid, M., y Lischetzke, T. (2006). Analysing multitrait-multimethod data with structural equation models for ordinal variables applying the WLSMV estimator: What sample size is needed for valid results?. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 59(1), 195-213. doi:10.1348/000711005X67490
- Nwachuku, U. T., y Ivey, A. E. (1991). Culture-Specific counseling: An alternative approach. *Journal of Counseling and Development*, 70(1), 106-111. doi:10.1002/j.1556-6676.1991.tb01569.x
- Oliveri, F. (2008). Policies for a fair multicultural society. On the use and abuse of “culture” in relation to migration issues. En Council of Europe, *Reconciling migrants' well-being and the public interest Welfare state, firms and citizenship in transition* (pp. 23-55). Belgium: Council of Europe.
- WHO. (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. 62ª Asamblea mundial de la salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1
- WHO. (2010). *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf
- Oberoi, P., Sotomayor, J., Pace, P., Weekers, J., y Walilegne, Y. T. (2013). *International migration, health and human rights*. Ginebra, Suiza: IOM.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care*. Recuperado de <https://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>
- O'Donnell, C. R. (2006). Beyond Diversity: Toward a Cultural Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 37(1-2), 95-109. doi:10.1007/s10464-005-9010-7
- Olt, H., Jirwe, M., Gustavsson, P., y Emami Z. (2010). Psychometric Evaluation of the Swedish Adaptation of the Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised (IAPCC-R). *Journal of Transcultural Nursing*, 21(1), 55-64. doi:10.1177/1043659609349064
- Overall, P. M. (2009). Cultural competence: A conceptual framework for library and information science professionals. *Library Quarterly*, 79(2), 175-204. doi:10.1086/597080

- Owiti, J. A., Ajaz, A., Ascoli, M., Jongh, B., Palinski, A., y Bhui, K. S. (2014). Cultural consultation as a model for training multidisciplinary mental healthcare professionals in cultural competence skills: preliminary results. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 814-826. doi:10.1111/jpm.12124
- Padilla, B., Azevedo, J., y Olmos-Alcaraz, A. (2015). Superdiversity and conviviality: Exploring frameworks for doing ethnography in Southern European intercultural cities. *Ethnic and Racial Studies*, 38(4), 621-635. doi:10.1080/01419870.2015.980294
- Palacios, M. S., Luque V., y Morales, E. (Septiembre de 2015). Las Mujeres Inmigrantes en los Campos de Fresa de Huelva (Andalucía, España): Condiciones de Opresión. En F. J. García, A. Megías y J. Ortega (Presidencia). *VIII Congreso sobre Migraciones Internacionales en España*. Instituto de Migraciones y Universidad de Granada. Granada.
- Paloma, V. (2010). *Respuestas de los Colectivos Inmigrantes en Contextos de Asentamiento Opresivos desde la Psicología de la Liberación: Determinantes del Bienestar en la Población Marroquí del Sur de España* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Paloma, V., Garcia-Ramirez, M., y Camacho, C. (2014). Well-being and social justice among Moroccan migrants in southern Spain. *American Journal of Community Psychology*, 54(1-2), 1-11. doi:10.1007/s10464-014-9663-1
- Paloma, V., y Manzano-Arrondo, V. (2011). The role of organizations in liberation psychology: Applications to the study of migrations. *Psychosocial Intervention*, 20(3), 309-318. doi:10.5093/in2011v20n3a7
- Papadopoulos, I., y Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 258-264. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02092.x
- Paton, D., y Johnston, D. (2001). Disasters and communities: vulnerability, resilience and preparedness. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 10(4), 270-277. doi:10.1108/EUM0000000005930
- Pedregal, B., y Mendoza, M. (2014). Los comercios de migrantes extranjeros: fuentes de información y pautas de localización. El caso del Distrito Macarena (Sevilla). En A. López, F. et al. (Eds), *XIV Congreso Nacional de Población. Cambio demográfico y socio territorial en un contexto de crisis* (pp. 596-609). Sevilla: Grupo de Población de la AGE. doi: 10.13140/2.1.4498.8167.
- Peterson, N. A. (2014). Empowerment Theory: Clarifying the Nature of Higher-Order Multidimensional Constructs. *American Journal of Community Psychology*, 53(1-2), 96-108. doi:10.1007/s10464-013-9624-0
- Peterson, N. A., y Zimmerman, M. A. (2004). Beyond the individual: Toward a nomological network of organizational empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 129-145. doi:10.1023/B:AJCP.0000040151.77047.58
- Peris, J. J. (2006). Acercamiento a la realidad migratoria de Huelva desde el trabajo de campo del programa de exclusión de Cáritas Diocesana-Huelva. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 171-184. doi:10.14198/ALTERN2006.14.11
- Perng, S. J., y Watson, R. (2012). Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1678-1684. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x
- Perkins, D. D., y Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569-579. doi:10.1007/BF02506982

- Poole, D. L. (1998). Politically correct or culturally competent?. *Health and Social Work, 23*(3), 163-166.
- Prilleltensky, I. (2003). Understanding, resisting and overcoming oppression: Toward psychopolitical validity. *American Journal of Community Psychology, 31* (1-2), 195-201. doi:10.1023/A:1023043108210
- Prilleltensky, I. (2008). Migrant Well-Being is a Multilevel, Dynamic, Value Dependent Phenomenon. *American Journal of Community Psychology, 42*(3-4), 359-364. doi:10.1007/s10464-008-9196-6
- Prilleltensky, I. (2012). Wellness as fairness. *American Journal of Community Psychology, 49*(1-2), 1-21. doi:10.1007/s10464-011-9448-8
- Prilleltensky, I., y Fox, D. R. (2007). Psychopolitical literacy for wellness and justice. *Journal of Community Psychology, 35*(6), 793-805. doi:10.1002/jcop.20179
- Qureshi Burckhardt, A., y Collazos Sánchez, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo, 27*(1), 50-57.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research, and action*. New York: Harcourt School.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15*(2), 121-148. doi:10.1007/BF00919275
- Rasinski, K. A. (1987). What's fair is fair—Or is it? Value differences underlying public views about social justice. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 201-211. doi:10.1037/0022-3514.53.1.201
- Ratts, M. J. (2009). Social justice counseling: Toward the development of a fifth force among counseling paradigms. *The Journal of Humanistic Counseling, 48*(2), 160-172. doi:10.1002/j.2161-1939.2009.tb00076.x
- Ratts, M. J. (2011). Multiculturalism and social justice: Two sides of the same coin. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 39*(1), 24-37. doi:10.1002/j.2161-1912.2011.tb00137.x
- Ratts, M. J., Anthony, L., y Santos, K. N. T. (2010). The dimensions of social justice model: Transforming traditional group work into a socially just framework. *The Journal for Specialists in Group Work, 35*(2), 160-168. doi:10.1080/01933921003705974
- Rechel, B., Mladovsky, P., y Devillé, W. (2011). Monitoring the health of migrants. En B. Rechel (Ed.), *Migration and health in the European Union* (pp. 81-100). Maidenhead, UK: McGraw-Hill. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/centro/sites/default/files/webfiles/fulltext/migrationyhealth_in_eu.pdf
- Reigada, A. (2012). Más allá del discurso sobre la "inmigración ordenada": Contratación en origen y feminización del trabajo en el cultivo de la fresa en Andalucía. *Política y sociedad, 49*(1), 103-122. doi:10.5209/rev_POSO.2012.v49.n1.36524
- Renzaho, A. M. N., Romios, P., Crook, C., y Sønderlund, A. L. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care, 25*(3), 261-269. doi:10.1093/intqhc/mzt006

- Ridley, C. R., y Lingle, D. W. (1996). Cultural empathy in multicultural counseling: A multidimensional process model. En P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, y J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (pp. 21-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Riley, D., Smyer, T., y York, N. (2012). Cultural Competence of Practicing Nurses Entering an RN-BSN Program. *Nursing Education Perspectives*, 33(6), 381-385.
- Rikard, R. V., Hall, J. K., y Bullock, K. (2015). Health literacy and cultural competence: A model for addressing diversity and unequal access to trauma-related health care. *Traumatology*, 21(3), 227. doi:10.1037/trm0000044
- Ristau, S. (2001). Building organizational capacity in outcomes evaluation: A successful state association model. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 82(6), 555-560. doi:10.1606/1044-3894.159
- Rodríguez, J., y Breva, J. M. (2012). Asentamientos e inmigración. El caso de Huelva. En Cáritas, *"Acompañando... Nos" Mirada, Acción y Propuestas de Cáritas con personas que están sin hogar* (pp. 415-441). Madrid: Cáritas Española.
- Rogers-Sirin, L., y Sirin, S. R. (2009). Cultural competence as an ethical requirement: Introducing a new educational model. *Journal of Diversity in Higher Education*, 2(1), 19. doi: 10.1037/a0013762
- Sabnani, H. B., Ponterotto, J. G., y Borodovsky, L. G. (1991). White racial identity development and cross-cultural counselor training: A stage model. *The Counseling Psychologist*, 19(1), 76-102. doi:10.1177/0011000091191007
- Salimbene, S. (1999). Cultural competence: A priority for performance improvement action. *Journal of Nursing Care Quality*, 13(3), 23-35.
- Salt, J. (2011). Trends in Europe' International Migration. En B. Rechel (Ed.), *Migration and health in the European Union* (pp. 17-36). Maidenhead, UK: McGraw-Hill.
Recuperado de http://www.observatoriorh.org/centro/sites/default/files/webfiles/fulltext/migrationyhealth_in_eu.pdf
- Sánchez-Cantalejo, E., y Ocaña-Riola, R. (1999). Los modelos multinivel o la importancia de la jerarquía. *Gaceta Sanitaria*, 13(5), 391-398. doi:10.1016/S0213-9111(99)71390-7
- Sánchez, A. (1991). Psicología comunitaria: origen, concepto y características. *Papeles del psicólogo*, 50, 45-49.
- Sarason, S. B. (1984). Community psychology and public policy: Missed opportunity. *American Journal of Community Psychology*, 12(2), 199-207. doi:10.1007/BF00897043
- Sargent, S. E., Sedlak, C. A., y Martsof, D. S. (2005). Cultural competency among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25, 214-221. doi:10.1016/j.nedt.2004.12.005
- SIMA. (2015). *Sistema de información multiterritorial de Andalucía*. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía: Junta de Andalucía. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/sima/>
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., y Marek, T. (Eds.). (2017). *Professional Burnout: Recent developments in Theory and Research*. New York: Taylor & Francis.
- Society for Community Research and Action. (SCRA, 2016). *The Global Refugee Crisis*. Recuperado de <http://www.scra27.org/what-we-do/policy/rapid-response-actions/global-refugee-crisis>

- Seeleman, C., Essink-Bot, M. L., Stronks, K., y Ingleby, D. (2015). How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC Health Services Research*, 15(1), 510. doi:10.1186/s12913-015-1159-7
- Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: A literature review. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308-321. doi:10.1177/1043659614524790
- Snijders, T. A., y Bosker, R. J. (2011). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling*. Sage.
- Sodowsky, G. R., Taffe, R. C., Gutkin, T. B., y Wise, S. L. (1994). Development of the Multicultural Counseling Inventory: A self-report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 137-148. doi:10.1037/0022-0167.41.2.137
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465. doi: 10.2307/256865
- Spreitzer, G. M. (1997). Toward a common ground in defining empowerment. *Research in Organizational Change and Development*, 10, 31-62.
- Steenbarger, B. N. (1993). A multicontextual model of counseling: Bridging brevity and diversity. *Journal of Counseling & Development*, 72(1), 8-15. doi:10.1002/j.1556-6676.1993.tb02269.x
- Suarez-Balcazar, Y., Balcazar, F., García-Ramírez, M., y Taylor-Ritzler, T. (2014). Ecological theory and research in multicultural psychology: A community psychology perspective. En F. T. L. Leong (Ed.), *APA Handbook of Multicultural Psychology* (pp. 535-552). Washington DC: APA.
- Suarez-Balcazar, Y., Balcazar, F., Iriarte, E. G. y Taylor-Ritzler, T. (2008). Capacity Building and Empowerment: A panacea and a challenge for agency-university engagement. *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*, 1, 179-196. doi:10.5130/ijcre.v1i0.626
- Suarez-Balcazar, Y., Balcazar, F., Taylor-Ritzler, T., Portillo, N., Rodakowsk, J., Garcia-Ramirez, M., y Willis, C. (2011). Development and validation of the cultural competence assessment instrument: A factorial analysis. *Journal of Rehabilitation*, 77(1), 4.
- Suarez-Balcazar, Y., y Taylor-Ritzler, T. (2014). Moving from science to practice in evaluation capacity building. *American Journal of Evaluation*, 35(1), 95-99. doi:10.1177/1098214013499440.
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6):790-821. doi:10.1177/0011000001296002
- Sue, S. (2006). Cultural competency: From philosophy to research and practice. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 237-245. doi:10.1002/jcop.20095
- Sue, D., Arredondo, P., y McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development*, 70(4), 477-486. doi:10.1002/j.1556-6676.1992.tb01642.x
- Suh, E. E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 93-102. doi:10.1177/1043659603262488

- Swartz-Kulstad, J. L., y Martin, W. E. (1999). Impact of culture and context on psychosocial adaptation: The cultural and contextual guide process. *Journal of Counseling and Development*, 77(3), 281-293. doi:10.1002/j.1556-6676.1999.tb02451.x
- Teal C. R., y Street R. L. (2009). Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science and Medicine*, 68(3), 533-543. doi:10.1016/j.socscimed.2008.10.015.
- Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health (2014). *Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups*. Reggio Emilia: HPH Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health.
- The World Bank (2014). *International tourism, number of arrivals*. Recuperado desde <http://data.worldbank.org/indicator/ST.INT.ARVL?end=2014&start=2014&view=bar>
- Thomas, D. C., Elron, E., Stahl, G., Ekelund, B. Z., Ravlin, E. C., Cerdin, J. L., ... y Maznevski, M. (2008). Cultural intelligence: Domain and assessment. *International Journal of Cross Cultural Management*, 8(2), 123-143. doi:10.1177/1470595808091787
- Thomas, K. W., y Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "Interpretive" Model of Intrinsic Task Motivation. *Academy of Management Review*, 15, 666-681. doi:10.5465/AMR.1990.4310926
- Todaro, M. (1980). Internal Migration in Developing Countries: A Survey Michael Todaro. En R.A. Easterlin (Ed.), *Population and Economic Change in Developing Countries* (pp. 361-402). Chicago, USA: University of Chicago Press. Recuperado de <http://www.nber.org/chapters/c9668>
- Torres, F., Galera, V., Fernández, V., Brivio, F., Chioua, J., Díaz, I., y González, A. (2011). *El Distrito Macarena de Sevilla. Migraciones recientes y transformaciones urbanas sociales*. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1_2185_estudio_distrito_macarena.pdf
- Trevino, J. G. (1996). Worldview and change in cross-cultural counseling. *The Counseling Psychologist*, 24(2), 198-215. doi:10.1177/0011000096242002
- Trickett, E. J. (1996). A future for community psychology: The contexts of diversity and the diversity of contexts. *American Journal of Community Psychology*, 24(2), 209-234. doi:10.1007/BF02510399
- Trickett, E. J. (2009). Multilevel community-based culturally situated interventions and community impact: An ecological perspective. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 257-266. doi:10.1007/s10464-009-9227-y
- Trickett, E. J., y Rowe, H. L. (2012). Emerging ecological approaches to prevention, health promotion, and public health in the school context: Next steps from a community psychology perspective. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 22(1-2), 125-140. doi:10.1080/10474412.2011.649651
- UNHCR. (2015). *Forced Displacement in 2014. World at War*. Ginebra, Suiza: UNHCR. Recuperado de <http://www.unhcr.org/556725e69.html>
- Vera, E. M., y Speight, S. L. (2003). Multicultural competence, social justice, and counseling psychology: Expanding our roles. *The Counseling Psychologist*, 31(3), 253-272. doi:10.1177/0011000003031003001

- Vizcaya, M. L. (2016). *La Inmigración en la provincia de Huelva*. Huelva: Diputación de Huelva. Recuperado de http://www.diphuelva.es/portalweb/zonas/53/Ficheros/INFORME_1-2016_web.pdf
- Warren, B. J. (2002). The interlocking paradigm of cultural competence: A best practice approach. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(6), 209-213. doi: 10.1067/mpn.2002.130319
- Weaver, H.N. (2008). Striving for cultural competence: moving beyond potential and transforming the helping professions. En R.H. Dana y J. Allen (Eds.), *Cultural Competency Training in a Global Society* (pp.135-155). Nueva York: Springer.
- Wells, M. I. (2000). Beyond cultural competence: A model for individual and institutional cultural development. *Journal of Community Health Nursing*, 17(4), 189-199. doi:10.1207/S15327655JCHN1704_1
- Werner, S., Praxedes, M., y Kim, H. G. (2007). The reporting of nonresponse analyses in survey research. *Organizational Research Methods*, 10(2), 287-295. doi: 10.1177/1094428106292892
- Whaley, A. L., y Davis, K. E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist*, 62(6), 563-574. doi:10.1037/0003-066X.62.6.563
- Wilbur, V. (2008). *Factors that influence the cultural competence of nurse practitioner students* (Tesis doctoral). Widener University School of Nursing. Pennsylvania, EEUU.
- Willis, W. O. (1999). Culturally competent nursing care during the perinatal period. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 13(3), 45-59.
- William Gois, W., y Campbell, K. (2013). Stranded migrants: A call to rethink the current labour migration paradigm. *Migration and Development*, 2(2), 157-172. doi:10.1080/21632324.2013.802126
- Wilson, M. G., Lavis, J. N., y Guta, A. (2012). Community-based organizations in the health sector: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 10(1), 36. doi:10.1186/1478-4505-10-36.
- Woods, M. D., Kirk, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, T., Harvey, J., ... y Sutton, A. (2005). *Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretative review*. Leicester, UK: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Recuperado de http://www.netscc.ac.uk/netscc/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1210-025_V01.pdf
- Yuan, K. H., y Bentler, P. M. (2000). Three likelihood-based methods for mean and covariance structure analysis with nonnormal missing data. En M. E. Sobel (Ed.), *Sociological Methodology* (pp. 165-200). Washington, DC: American Sociological Association.
- Zapf, D. (2002) Emotion Work and Psychological Well Being: A Review of the Literature and Some Conceptual Considerations. *Human Resource Management Review*, 12(2), 237-268. doi:10.1016/S1053-4822(02)00048-7
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599. doi: 10.1007/BF02506983
- Zimmerman, C., Kiss, L., y Hossain, M. (2011). Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLOS Medicine*, 8(5), doi: 10.1371/journal.pmed.1001034

Apéndices

Apéndice 1. Carta de invitación

ORGANIZACIÓN, ENCLAVE TERRITORIAL

FECHA

Estimado **NOMBRE INVITADO**,

En la presente le invitamos a participar, en su condición de representante de **ORGANIZACIÓN**, en el proyecto PROCOMDI, desarrollado por las universidades de Sevilla y Huelva y financiado por el Plan Nacional de Investigación y Desarrollo del Gobierno de España. Su finalidad es promover la mejora de los servicios públicos en la zona de Moguer y Palos de la Frontera. Es bien conocido que los servicios públicos o comunitarios están siendo transformados para adaptarse a las duras condiciones socio-económicas por las que atraviesa nuestro país. Nuevas ideas, establecer lazos de colaboración y capacidad para generar nuevas respuestas son esenciales para superar esta situación.

Los responsables de este proyecto estamos convencidos de la necesidad de contar en nuestro grupo con personas como Ud. y con organizaciones como la suya, que son un referente en la zona de Moguer y Palos de la Frontera por su conocimiento, labor y experiencia. Le agradecemos tenga a bien aceptar la invitación para colaborar con nuestro proyecto. Dicha colaboración se materializará en permitir a nuestro equipo investigador: (1) entrevistar a un representante de la organización, (2) encuestar a profesionales o proveedores de sus servicios y (3) encuestar a 30 de sus usuarios/as.

Tras su participación le daremos un certificado de colaboración y nuestro más profundo agradecimiento.

Si necesita más información sobre nuestro proyecto y nuestras actividades el invitamos a visitar nuestra página web www.cespyd.es o a ponerse en contacto con nosotros a través de mi correo electrónico magarcia@us.es o teléfono 954557808.

Sin otro motivo y esperando contar con su inestimable colaboración, reciba mis cordiales saludos,

Atentamente,

Manuel García Ramírez
Departamento de Psicología Social
Universidad de Sevilla

Apéndice 2. Datos de las organizaciones participantes

Descripción de las Organizaciones del enclave rural de tránsito

Entidad	Dirección	Nº usuarios / proveedores	Descripción
Centro de salud de Palos de la fra.	Plz. Alcaldesa pilar pulgar fraile, s/n. 21810 Palos de la fra.	15.000 (enero-junio doble) 43 proveedores	Centro de salud público adscrito al servicio andaluz de salud (junta de andalucía)
Centro de salud de Moguer	C/ del castillo 0, 21800. Moguer		Centro de salud público adscrito al servicio andaluz de salud (junta de andalucía)
Servicios sociales comunitarios	C/ daniel vázquez díaz, 4 21800 moguer	30-40 (diarios) 12-15 proveedores	Servicios sociales comunitarios adscritos adscrito a la consejería de igualdad, salud y políticas sociales (junta de andalucía)
SAE Moguer	C/ inca s/n, 21800 moguer	6 proveedores	Servicio andaluz de empleo adscrito a la consejería de economía, innovación, ciencia y empleo (junta de andalucía)
Polideportivo municipal de palos de la fra.	Avda. Bayona la real, s/n 21810 palos de la fra.	2.680 usuarios 50 proveedores	Polideportivo municipal público adscrito al ayuntamiento de palos de la frontera
Biblioteca municipal zenobia y juan ramón jiménez	Avda. Andalucía, 5 21800 moguer	4.558 c/carné 41.890 visitantes 3 proveedores	Biblioteca municipal pública adscrita al ayuntamiento de moguer
C.e.i.p. virgen de montemayor	Avda. De la constitución, 1, 21800 moguer	700 usuarios 42 proveedores	Colegio de educación infantil y primaria “virgen de montemayor” de moguer está adscrito a la consejería de educación (junta de andalucía)
C.e.i.p. san jorge	C/ huelva, 2 21810 palos de la fra.	480 usuarios 34 profesores 7 otros prov.	Colegio de educación infantil y primaria “san jorge” de palos de la frontera está adscrito a la consejería de educación (junta de andalucía)
Asociación senegalesa DIAPPO		92 usuarios 12 proveedores	Asociación cultura senegalesa de carácter privado
Coordinadora de organizaciones de agricultores y ganaderos (COAG)	Recinto ferial – bajo plaza de toros, s/n 21810 palos de la fra.	460 afiliados 900-1300 (temp. Alta) 8 prov. (2 en migraciones)	Coordinadora de organizaciones de agricultores y ganaderos (coag)

Fundación CEPAIM	C/ guillermo pérez, 5 21450 cartaya	11.030 usuarios 9 proveedores	Organizaci3n independiente, que trata de promover una sociedad intercultural, desarrollar políticas de lucha contra la exclusi3n social y colaborar con el desarrollo de los países de procedencia.
Huelva acoge	Avda. Alemania, 94, 1�a, 21002 huelva	3.500 (en 2012) 20 voluntarios + contratados 1 proveedor Voluntarios	Huelva acoge es una organizaci3n de carácter privado adscrita a la federaci3n andalucía acoge
Policía local	Plaza de españa, 21810 palos de la fra.	10.000 usuarios 13 policías 9 vigilantes	cuerpo de policía local de palos de la frontera está adscrito al ayuntamiento de palos de la frontera
Policía local	C/ obispo infante 6, 21800 moguer	36 policías 10 vigilantes	El cuerpo de policía local de moguer está adscrito al ayuntamiento de moguer

Descripción de las Organizaciones del enclave urbano de asentamiento

Entidad	Dirección	Nº profesionales / usuarios	Descripción
Centro de salud polígono norte	Av/ Pueblo Palestino, s/n	59 40000	Es un centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud, del área Hospitalaria Virgen Macarena y dentro de la zona básica y distrito Sevilla
Centro de salud alamillo	c/ Periodista Juan Carlos Vélez Ruíz	44 27000	Es un centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud, del área Hospitalaria Virgen Macarena y dentro de la zona básica y distrito Sevilla
IES inmaculada vieira	Av/ de la Barzona, s/n	31 profesionales (17 profesores más 4 PAS - Personal de Administración y Servicios) 171	Es un centro dependiente de la Consejería de Educación. Categorizado de compensatoria por atender a poblaciones con necesidades socioeducativas diversas. Cuenta con doble línea de 1º a 4º de Educación Secundaria Obligatoria y una clase de PCPI (Programa de Cualificación Profesional Inicial).
IES cervantes	c/ Manzana, nº 9	48 profesores, 3 ordenanzas, 2 administrativos, 4 limpiadores 547 alumnos, de 21 nacionalidades diferentes	El IES Cervantes es un centro dependiente de la Consejería de Educación. Se trata de un centro categorizado de compensatoria por atender a poblaciones con necesidades socioeducativas diversas.
CEIP san josé obrero	c/ Verano s/n	30 profesores + 2 de religión	El CEIP San José Obrero es un centro dependiente de la Consejería de Educación. La mayoría de su alumnado procede de las barriadas de las Hermandades, La Carrasca, El Cerezo, los Príncipes y Polígono Norte de Sevilla. Se realiza un trabajo inclusivo, donde la interculturalidad, el trabajo colaborativo y la participación de toda la comunidad educativa es el objetivo de toda la actividad educativa.
SAE Macarena	c/Macarena, nº 46-48	14 profesionales 14000 usuarios es la población demandante y al día se atiende a 150-200 personas	El Servicio Andaluz de Empleo es una agencia dependiente de la Administración de la Junta de Andalucía. Su competencia principal es la coordinación y el impulso de políticas activas de empleo de calidad y estabilidad, y de intermediación laboral, mediante la orientación en la demanda, así como promocionando el empleo local.
AAVV el cerezo	Plaza de rota, nº 1.	10 voluntarios Variable	Esta Asociación de Vecinos, nació para atender las necesidades de los vecinos. Actualmente, cuenta con un presidente y 8 vocales- voluntarios que realizan actividades de una asociación de vecinos.

AAVV la barzola	C/ Manuel Villalobos s/n	7 voluntarios Variable	Esta Asociación de Vecinos, nació para atender las necesidades de los vecinos. Actualmente, cuenta con un presidente, vicepresidente, tesorero y un vocal, junto a voluntarios que realizan actividades de una asociación de vecinos.
Asociación Sevilla acoge	Plaza de Rota, nº 2	10 profesionales, entre trabajadores, voluntarios y personal en prácticas	Esta fundación es la primera creada en España para trabajar con población inmigrante residente en el país. Su objetivo es ayudar a las personas inmigrantes a insertarse en esta sociedad, sin renunciar a lo que son, dar a conocer sus aportes, sus valores, sus culturas, y considerando su presencia como un hecho positivo socialmente.
Distrito	c/ Manuel Villalobos, s/n	24 300 diarios	El Distrito Macarena es un espacio del ayuntamiento dedicado a la atención de dicha zona. Se realizan diversos talleres y servicios de atención a la ciudadanía: datos censales, plenos de la junta de distrito, talleres, etc.
Policía nacional	c/ Victoria Kent, s/n	75 variable (todas las personas del distrito) Variable	El Cuerpo Nacional de Policía es un organismo nacional que tiene el objetivo de velar por los derechos de los ciudadanos, persiguiendo a los que los vulneran y poniéndolos en manos de la justicia. Se busca garantizar el bien y la seguridad pública.
Parroquia san Leandro	c/ Manzana, nº 2	74 colaboradores 140 miembros de la comunidad	Es una entidad religiosa cristiana que nace en 1956 para atender a la población creciente que se sitúa en los bordes de la Ronda de Capuchinos. Hace una inmensa labor de pastoral, además de albergar y compartir espacio con otras entidades de índole cristiana y talleres varios para atender las demandas de la comunidad.
Asociación CODENAF	Plaza de Otelo, nº 2	10 profesionales casi 300 usuarios, que suelen recibir más de 2 atenciones al año, cada uno. Variable	CODENAF, Cooperación y Desarrollo con el Norte de África es una asociación que desde 1996 trabaja como organización social en el ámbito de la migración y el desarrollo. La labor que desarrollo se enmarca en tres líneas de actuación: apoyo a la población inmigrante, trabajo intercultural en educación y sensibilización, y acción internacional a través de redes y cooperación para el desarrollo
Servicios Sociales Macarena	c/ Fray Isidoro de Sevilla, s/n		Constituyen el equipamiento básico de los servicios sociales comunitarios dotados de los medios técnicos materiales, humanos y financieros para desarrollar las prestaciones básicas comunitarias.

Descripción de las Organizaciones del enclave fronterizo de recepción

Entidad	Dirección	Nº profesionales / usuarios	Descripción
CEIP General Castaños	Av/ Virgen de Europa, nº 2	442 (total) / 60 (inmigrantes) 26	El CEIP General Castaños es un centro dependiente de la Consejería de Educación. Presta servicios, contando con una doble línea, desde infantil de 3 años hasta 6º Educación Primaria. Su equipo de orientación está adaptado a la multiculturalidad.
CEIP Campo De Gibraltar	Av/ La Caña, nº 24 y 26	561 total / 110 (inmigrantes) 26	El CEIP Campo de Gibraltar es un centro dependiente de la Consejería de Educación. Presta servicio desde infantil hasta 6º Educación Primaria. Además proponen actividades extraescolares, aula matinal y comedor.
IES Kursaal	Av/ Virgen de Europa, nº 4	52	El IES Kursaal es un centro dependiente de la Consejería de Educación. Cuenta con Educación Secundaria Obligatoria, Bachiller, Educación de Adultos y Ciclos Formativos.
Parroquia La Palma. Cáritas	c/ Ventura Morón, nº 2	150 aprox. 10 voluntarios/as	Se remonta a 1462, cuando el rey Enrique IV quiere instaurar una ermita en dicha zona ante las sucesivas invasiones moriscas.
Policía Nacional Cies	Av/ del Embarcadero s/n		El Cuerpo Nacional de Policía es un organismo nacional que tiene el objetivo de velar por los derechos de los ciudadanos, persiguiendo a los que los vulneran y poniéndolos en manos de la justicia. Se busca garantizar el bien y la seguridad pública.
Centro De Salud Camilo Menendez	Plaza del General Menéndez Tolosa s/n	36.651 75 (63 profesionales sanitarios)	Es un centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud, de la Zona Básica de Algeciras y área Hospitalaria Campo de Gibraltar
Asociación De Mujeres Progresistas Victoria Kent	c/ Regino Martínez, 3, 3ºB	1.204 aprox 12 contratados/15 voluntarios/as	Entidad sin ánimo de lucro. Desde el 1991, dirige su acción en la defensa de las mujeres afectadas por marginación y pobreza, intolerancia y violencia de cualquier signo (malos tratos, discriminación, acoso sexual, aborto, publicidad sexista, acoso laboral -mobbing, acoso escolar -bullying.
Asociación Algeciras Acoge	c/ Sevilla, nº 35	3contratados/15-20 voluntarios/as	Intenta dar respuesta de manera integral a las demandas y retos planteados por la realidad migratoria; con sentido crítico, denunciando las situaciones de discriminación o susceptibles de ella y favoreciendo la realización del proyecto migratorio individual. Las acciones van dirigidas a la población inmigrante.
Asociación Comité Antisida	c/ de Ruiz Zorrilla,	400 aprox	Grupo de profesionales sanitarios sensibilizados con el problema

	s/n	2 contratados / 7 voluntarios/as	del VIH, con la intención de dar respuesta a las necesidades de las personas afectadas, defender sus derechos y concienciar a la población general de la importancia de esta enfermedad.
Asamblea Cruz Roja (Centro De Acogida)	Carretera de Málaga, km 0.	9 contratados / 5 voluntarios	Pretende dar respuestas integrales a personas vulnerables, con una perspectiva de desarrollo humano. En el ámbito nacional e internacional.
Servicios Sociales Ayuntamiento		40	Servicios Sociales del Ayuntamiento de Algeciras
Policía Local	c/ Ruíz Zorrilla, s/n		El Cuerpo de Policía Local de Algeciras está adscrito al Ayuntamiento de Algeciras
Autoridad Portuaria Bahía De Algeciras	Av/ de la Hispanidad, nº 2.		La Autoridad Portuaria de la Bahía de Algeciras (APBA) gestiona y administra los puertos de Interés General de Bahía de Algeciras y Tarifa. Constituye un punto de especial relevancia en el comercio internacional por su condición de escala estratégica en el tránsito entre el Mediterráneo y el Atlántico.

Apéndice 3. Cuestionario utilizado para la recogida de datos

Instrucciones del cuestionario

El cuestionario que te presentamos a continuación forma parte de un proyecto de investigación, cuyo objetivo es conocer qué factores intervienen en el buen funcionamiento de los recursos y servicios comunitarios de las zonas donde existe una gran diversidad cultural.

Es **totalmente anónimo y las respuestas serán utilizadas con fines exclusivamente investigadores**, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99. El tiempo estimado es de 15-20 min. Por favor, intenta que tus respuestas sean **sinceras** (no existe ninguna respuesta correcta).

Muchas preguntas harán referencia a proveedores/as de servicios públicos. Un/a **proveedor/a** es una persona que, desde su entidad, ofrece servicios y recursos a un barrio o comunidad. Por ejemplo, se entiende como proveedores a profesionales de servicios públicos o privados, presidentes y voluntarios/as de asociaciones, líderes de lugares de culto religioso, promotores de eventos de ocio o socioculturales, empresarios de tiendas o locales de referencia, etc.

¡Muchas gracias por tu participación!

Datos básicos del proveedor/a de servicios:

1. Barrio donde trabajas: _____
2. Organización donde trabajas: _____
3. Puesto que desempeñas: _____
4. Años que llevas trabajando/ colaborando en esta organización: _____

5. Sexo:	6. Edad:	7. Nivel educativo:
Mujer	Menor de 30 años	Sin estudios
Hombre	Entre 31 y 50 años	Estudios primarios / graduado escolar
	Entre 51 y 65 años	Estudios secundarios / Bachillerato
	Más de 65 años	Estudios universitarios

8. ¿En qué barrio/zona vives? _____

A continuación te presentaremos algunas frases sobre diferentes aspectos. Por favor, señala el grado de acuerdo que tienes con todas ellas con las siguientes respuestas:

1-----	2-----	3-----	4-----	5-----
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

9. Sobre tu trabajo...	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo				
El trabajo que hago es importante para mí.										
Domino las habilidades necesarias para desarrollar mi trabajo.										
Puedo decidir por mí mismo/a cómo hacer mi trabajo.										
Mi trabajo es importante para el funcionamiento de mi organización.										
Tengo suficiente influencia sobre lo que ocurre en mi organización.										
Mi trabajo ayuda a transformar mi organización.										
Mi trabajo es importante para el funcionamiento de este barrio.										
Tengo influencia sobre lo que ocurre en este barrio.										
Mi trabajo ayuda a transformar este barrio.										
Trabajar todo el día con poblaciones diversas representa para mí un gran esfuerzo										
Trabajar en contacto directo con usuarios/as me resulta estresante										
Me siento agobiado/a emocionalmente por mi trabajo.										
Estoy "quemado/a" por mi trabajo.										
Los servicios básicos como salud, educación y asistencia legal deben ser proporcionadas por el gobierno de forma gratuita.										

10. Sobre el trabajo con poblaciones diversas culturalmente...	Muy en desacuerdo		Muy de acuerdo	
Creo que es importante para un/a proveedor/a como yo saber diferenciar los grupos culturales que existen en el barrio.				
Los/as proveedores/as debemos ser efectivos/as para proveer servicios comunitarios para todas las personas, independientemente de su posición sociopolítica, étnica o procedencia.				
Muestro mi aprecio por sus normas culturales cuando interactúo con personas de otro origen étnico				
Soy sensible para valorar y respetar las diferencias entre mi entorno cultural y el de los/as usuarios/as inmigrantes.				
Soy competente cuando trabajo con personas inmigrantes.				
Soy efectivo/a en mi comunicación con usuarios/as inmigrantes.				
En mi forma de trabajar se aprecia mi sensibilidad cultural.				
Puedo adaptar mi trabajo a las necesidades de las personas inmigrantes.				
Mi organización me proporciona formación suficiente para ser competente en mi trabajo con usuarios/as inmigrantes.				
En mi organización tengo acceso a intérpretes cuando el/la usuario/a inmigrante habla un idioma que no domino.				
En mi organización dispongo de información (demográfica, cultural, y epidemiológica) actualizada sobre la población inmigrante con la que trabajo.				
Tengo acceso a los líderes políticos para solicitarles los recursos necesarios para desarrollar programas comunitarios.				
Participo en las actividades comunitarias que se realizan en el barrio donde trabajo (fiestas, encuentros, etc.)				
Conozco a la mayoría de las personas que trabajan para mejorar el barrio donde yo trabajo (profesionales, líderes comunitarios, informantes clave).				

¿Deseas hacer alguna observación?

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Proyecto desarrollado por el grupo de investigación CESPYD de la Universidad de Sevilla y financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España. Si desea contactar con el responsable del proyecto (Manuel García Ramírez), puede hacerlo mediante cespyd@us.es o el teléfono 954557808.

Apéndice 3. Fichas-resumen de buenas prácticas*

(Coord. García-Ramírez, M. Escobar, M., Prados, M. M. y Garrido, R.)

*Material generado en el proyecto *PRCOMDI: Profesionales Competentes para Comunidades Diversas*

Competencia Cultural Comunitaria a nivel individual: Profesionales de un Instituto de Enseñanza Secundaria (Caso D)

Background

- 13 profesores y 15 profesoras.
- La antigüedad media de los docentes en el centro es de 4 años con 10 años la más antigua y con un 50% con 5 años o más de antigüedad.
- 85'7 % de profesores fijos (24 de 28) y 14'3% de nuevas incorporaciones por año.

Intervención

Se hicieron 5 entrevistas semiestructuradas y en profundidad con carácter autobiográfico, así como un grupo focal. En las entrevistas se consideraban cuatro niveles ecológicos: individual, interactivo, institucional y comunitario. Éstas fueron realizadas al director, el jefe de estudios, la orientadora, la educadora social y el profesor del Aula Temporal de Atención Lingüística (ATAL). El contenido del grupo focal giraba en torno a una tarea en la que se les pedía reflexionar sobre lo que necesitaría un nuevo profesional que llegase al centro para poder ser competente ante la diversidad cultural. En concreto, qué debería saber o hacer respecto a: los niños, los padres y madres, los compañeros, el centro y el barrio. Participaron 6 profesionales: director, jefe de estudios y secretaria y 3 profesores.

Resultados

A continuación presentaremos las características de los profesionales analizados que creemos están estrechamente conectadas con los requisitos para constituirse en profesionales competentes culturalmente ante la diversidad.

- *Sistema de creencias compartido:*
 - La consideración de lo asistencial como parte de lo educativo.
 - La creencia en fomentar un tratamiento igualitario del alumnado inmigrante, pero adoptándose a las necesidades específicas de cada uno.
 - La creencia en la necesidad de educar no solo al alumnado, sino también a los padres en buenos hábitos educativos (horas de estudio, espacios de trabajo, horas de sueño, etc.) y de respeto a la diversidad.
 - La necesidad de reflexionar y tener una conciencia crítica sobre la propia práctica del día a día.
- *Competencias de autoeficiencia y agencialidad:*
 - Gran capacidad de autogestión ante las nuevas necesidades y conflictos.
 - Sentimiento de competencia, de eficacia profesional basado en el reconocimiento por parte de las familias y compañeros.
 - Creen que repercuten en, que influyen y transforman su medio.
 - Orgullosos de su labor.
 - Responsables e implicados en las acciones educativas.

- *Competencias de comunicación y trabajo en equipo:*
 - Fuerte cohesión entre los compañeros.
 - Fuerte coordinación y trabajo en equipo.
 - Sensibilidad a los problemas de los compañeros y apoyo en su resolución.
 - Se sienten valorados, reconocidos y apoyados por sus compañeros y centro.
 - Mediadores de conflictos.

Competencia Cultural Comunitaria a nivel organizacional: Centro de Salud (Caso A)

Background

El Centro de Salud está ubicado en la zona de mayor densidad de población inmigrante de Sevilla. Es el centro referente del Observatorio de la Inmigración para cuestiones de sanidad. Su área de influencia incluye una Zona de Transformación Social, un albergue y un centro de acogida. Estos enclaves son habitados por inmigrantes y personas mayores autóctonas con un nivel socio-económico muy bajo en riesgo de exclusión social; por lo tanto, es un centro con mucha demanda. A pesar del Real Decreto Ley 16/2012, este centro, sigue atendiendo los problemas de salud de la población inmigrante indocumentada. El centro ha realizado cursos y talleres para población inmigrante (e.g. taller de formación sobre dependencia para cuidadoras inmigrantes de la zona norte de Sevilla).

Intervención

Para la recogida y análisis de la información, se establecieron los siguientes niveles: corporativo, operativo y de cuidados directos. En el primer nivel se utilizó la documentación que define el marco legislativo y normativo que rige actualmente la asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud (S.A.S). Para los niveles operativos y de cuidados directos se realizaron análisis de contenido de las entrevistas realizada a distintos profesionales (la directora y el coordinador del centro, un médico, un enfermero y la trabajadora social). Todo esto fue, además, complementado con la evaluación que se había realizado previamente sobre los estándares de equidad del centro, así como la información obtenida de la observación de las características del centro, noticias, páginas web, etc.

Resultados

Nivel corporativo

Durante las últimas décadas ha existido una creciente universalización del acceso sanitario en el Sistema Nacional de Salud que ha quedado recogido en el *marco legislativo* español:

- Constitución Española.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Estatutos de Autonomía y legislación autonómica de Andalucía, Aragón, Catalunya y Euskadi.

No obstante, el Real Decreto Ley 16/2012 introduce modificaciones: el derecho a la asistencia sanitaria se vincula a la condición de “asegurado” o “beneficiario”, quedando excluidas las personas mayores de 26 años sin cotización previa y las personas migrantes en situación no regulada. En Andalucía, la Consejera de Salud de la Junta de Andalucía ha afirmado públicamente que toda persona residente en Andalucía recibirá la atención sanitaria que precise, presentando un recurso al Tribunal Constitucional para la derogación del decreto.

Por otro lado, el *marco normativo* rige la asistencia a los ciudadanos y está especialmente relacionado con el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante:

- Contrato Programa Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud 2010-2013
- Plan estratégico de Ciudadanía e Inmigración 2007-2010
- Borrador del III Plan Andaluz para la Inmigración

Nivel operativo y de cuidados directos

- Sistema de creencias basado en el grupo:
 - Formalmente, la organización y los profesionales asumen y están comprometidos con los valores de equidad y diversidad que rigen el sistema público de salud.
 - No obstante, estos valores no son asumidos por todos los profesionales, dando lugar a algunas dificultades relacionadas con el trato a población inmigrante. Esto se atribuye a características individuales de cada profesional que escapan de los objetivos de la organización.
- Facilitación/cambio de roles:
 - Desde el centro de salud se promueven acciones destinadas a dar respuesta a las demandas de la población vulnerable. En esta línea se encuentran las actividades de formación e información, destinadas a crear nuevas competencias en los profesionales.
 - Trabajar en zonas deprimidas es un estímulo en sí para que los profesionales adopten nuevos roles.
 - La dirección reconoce que no existe la necesidad de entrenar a los profesionales en habilidades para comunicarse con pacientes, intérpretes y mediadores (no existen planes en competencia cultural, aunque tienen intención de implantarlos), pues no existen problemas a este nivel. No obstante, la atención directa pone de manifiesto dificultades debido a las barreras lingüísticas, teniendo que poner en marcha soluciones y alternativas a nivel individual.
 - Aunque se observan diferentes sensibilidades en los profesionales, no se promocionan líderes para el fomento de la competencia cultural.
- Accesibilidad:
 - Se observa la existencia de problemas culturales y económicos que impiden que se haga efectiva la accesibilidad a los servicios. Aunque algunos profesionales señalan que hay una discriminación positiva hacia los inmigrantes que facilita el acceso de estos frente a la población nacional.
 - No existen mecanismos para garantizar la accesibilidad de grupos autoexcluidos.

- Medidas para facilitar la utilización del centro de salud: a) flexibilización de los horarios de consulta; b) información de las actividades del centro a través de distintas vías (e.g. cartelería, e-mails, asociaciones); c) identificación de barreras de acceso a través de las asociaciones de vecinos y los comités de participación ciudadana.
- La monitorización y evaluación de la accesibilidad no es muy adecuada debido a la falta un censo fiable. Sin embargo, se considera que la población más vulnerable está localizada y atendida.
- Calidad de las actividades:
 - Las actividades claves son los programas de intervención sanitaria de corte asistencial—siendo pocas las intervenciones centradas en la promoción de la salud. La calidad es calificada como óptima en base al descenso en las reclamaciones de los usuarios y la cumplimentación de los indicadores marcados en los programas de salud.
 - Se observa la necesidad de sobrepasar el nivel meramente asistencial, dedicar más personal y recursos a actividades de prevención y promoción, así como revisar el número y la pertinencia de algunos objetivos de la unidad de gestión clínica.
 - Los recursos que dispone el centro para facilitar la comunicación con la población inmigrante son: el servicio de traducción telefónica “Salud responde”, pictogramas y materiales educativos adaptados a otros idiomas que, aunque son escasos, se encuentran accesibles en la página web del distrito. No obstante, reconocen que no se usan.
 - La evaluación de la calidad se realiza en base a la encuesta anual del S.A.S sobre satisfacción de los usuarios (en castellano) y las reclamaciones recibidas. No se cuenta con la participación de representantes o miembros claves de distintos grupos religiosos, étnicos o lingüísticos.
- Participación y ambiente relacional:
 - El Comité de Participación Ciudadana es el mecanismo de representación de las distintas asociaciones de inmigrantes y de vecinos. Es un instrumento de gestión donde se abordan temas de accesibilidad, información de campañas, identificación de necesidades, etc. La participación de personas inmigrantes es escasa, pero se considera un indicador de que no existen problemas con estos colectivos.
 - Se mantiene contacto con asociaciones específicas de inmigrantes y de vecinos, para intervenciones específicas para problemas de salud puntuales.
 - También se mantiene contacto con otras instituciones (e.g. institutos, colegios, área de salud del ayuntamiento).

Competencia Cultural Comunitaria a nivel organizacional: Centro religioso (Caso L)

Background

La parroquia L es una entidad religiosa cristiana que se encuentra ubicada en el distrito Macarena de la ciudad de Sevilla (España). Actualmente, atiende a una población culturalmente diversa ofreciéndole diversas actividades gratuitas y ayuda humanitaria a través de Cáritas.

Intervencion

Se realizó una entrevista semi-estructurada al párroco de la Iglesia, con el objetivo de conocer su misión, estructura y funcionamiento. Se llevó también a cabo un análisis observacional de las instalaciones y de la vida del centro. Por último, se consultaron los documentos relacionados con el funcionamiento interno de la Iglesia en su página web.

Resultados

- **Dimensión cultural:**
 - Los miembros de la comunidad muestran un fuerte sentido de lo comunitario.
 - Uno de sus principales valores es el de compartir tanto a nivel material como a nivel de lo que puede aportar cada persona en función de sus dones: “Nuestra obligación es compartir, se tenga más o se tenga menos”; “Comparte lo que tienes, comparte sobre todo lo que eres”.
 - Entienden que el servicio a los demás debe significar “poner alma, humanidad, calor solidario a una comunidad, a unas personas”. Para ello, los miembros de la comunidad se proponen: (a) dar testimonio de que otro mundo es posible, y (b) recordar con su palabra y su vida que la fe en Dios es necesariamente una fe de servicio y solidaridad.
 - Ser miembros de la comunidad les lleva a sentir empatía hacia la pobreza y los sufrimientos de los empobrecidos.
 - Entienden que el servicio debe prestarse al “ser humano”, independientemente de su condición o no de creyente o de la religión que celebre. De hecho, entre sus usuarios se encuentran personas que practican la religión musulmana.
 - La parroquia considera que deben superar la “rutina”, el “paternalismo” y el “asistencialismo”, para construir un servicio comunitario (a través de Cáritas) “cercano”, “solidario”, siendo “levadura” de fraternidad y justicia.
 - Los miembros de esta comunidad cristiana consideran que la Iglesia debe exigir justicia frente a las realidades que no dignifican al ser humano.

- **Dimensión estructural:**
 - Las decisiones son tomadas por el “Consejo Pastoral”, órgano coordinador formado por un miembro de cada grupo o comisión de trabajo que compone la parroquia (i.e. comisión de Liturgia, de Salud, Tercer Mundo).

- La parroquia se mantiene con el aporte económico que realizan los miembros de la comunidad, a través de una “cuota parroquial”. Actualmente cuentan con 140 personas que contribuyen con esta cuota, haciendo posible la autogestión.
 - El funcionamiento interno es bastante igualitario y todos participan en las actividades que permiten el mantenimiento de la labor parroquial. Por ejemplo, todos los viernes una media de 15 personas colaboran en la limpieza de todas las instalaciones parroquiales. Finalizada la limpieza, desayunan juntos compartiendo café y churros. De igual modo, la preparación de la liturgia—esto es, el desarrollo de las celebraciones—se realiza de manera colaborativa entre los miembros de la comunidad adscritos a la comisión encargada de ello.
 - Entre sus instalaciones cuentan con un templo, un despacho parroquial, un taller de costura, un despacho, una sala de informática, una sala de gimnasia y varios salones de usos múltiples.
- Dimensión relacional
 - Además de los 140 miembros de la comunidad que contribuyen de manera permanente al mantenimiento de la parroquia, se cuenta con 72 personas voluntarias. Estas personas son culturalmente diversas (algunas personas de procedencia africana contribuyen en la tarea de Cáritas), asegurando un servicio más ajustado a las necesidades de la población atendida. Al mismo tiempo, las personas voluntarias son tanto personas que transmiten sus conocimientos profesionales (médicos, enfermeros, etc.) como personas que transmiten su experiencia vital (por ejemplo, una mujer mayor de 89 años que enseña a hacer ganchillo).
 - La parroquia colabora con diversas organizaciones sociales sin ánimo de lucro (económicamente y cediéndoles espacios), entre las que destacan: (a) “Andalucía por un mundo nuevo” (organización aconfesional que trata de llevar el carácter altruista del pueblo andaluz a algunos países de África a través de programas de educación, sanidad y alimentación; véase <http://www.andaluciaporunmundonuevo.org/>); (b) “Llamarada de fuego” (asociación humanitaria perteneciente a la Iglesia Católica, concretamente a la Parroquia de Mairena del Alcor (Sevilla), que se dedica a enviar ayuda a diferentes zonas en desarrollo; véase <http://www.llamarada.org/>); y (c) “Asociación Tal Como Eres” (asociación para el desarrollo y la integración de niños y niñas con distintas discapacidades; véase <http://www.asociaciontalcomoeres.org>).
 - Dimensión instrumental
 - La parroquia organiza diversas actividades puntuales a lo largo del año: convivencias entre los miembros de la comunidad y el vecindario del barrio; “Jornadas de Inmigración” concentración de apoyo a los trabajadores junto a la “Hermandad Obrera de Acción Católica”, etc.
 - De manera permanente, la parroquia realiza una multitud de actividades gratuitas en forma de talleres, dirigidas a todo el vecindario independientemente de su pertenencia o no a la Iglesia: cocina, costura, informática, apoyo escolar, masajes linfáticos, creación de empresas, manualidades, sevillanas y palillos,

alfabetización, francés, teatro y taller de oración. Estos talleres tienen una gran aceptación, incluso asisten personas de otros barrios.

- La actividad fundamental de la parroquia gira en torno a Cáritas, plataforma a través de la cual la Iglesia realiza su labor de ayuda a las personas más cercanas y necesitadas con un talante emancipador. La población atendida tradicionalmente había sido la inmigrante, pero en los últimos años acude también sectores de la población autóctona.
- Otra actividad nuclear de la parroquia es la atención que realizan a las personas enfermas (en sus casas, en la residencia de ancianos y en el Hospital Virgen Macarena). Los miembros de la "Pastoral de la Salud" visitan asiduamente a unos 60-70 enfermos y ancianos, llevándoles el párroco la comunión a los que lo deseen. Su misión es la de acompañar, ayudar y compartir con ellos sus realidades particulares. Entienden que es un trabajo gratificante, porque reciben cariño, ejemplo y agradecimiento.
- Otra actividad permanente que vitaliza la vida parroquial es el trabajo de anunciar y ayudar a profundizar en la fe de cada persona que se muestra interesada. Hay catequesis de niños, de jóvenes y de adultos.
- En la economía parroquial siempre hay unos gastos fijos relacionados con la transmisión de bienes a las personas necesitadas del barrio y a países empobrecidos (han colaborado con diferentes proyectos educativos y sociales desarrollados en Ecuador, Rumanía, Malawi, Honduras, Birmania, Bolivia, Somalia, etc.).

Competencia Cultural Comunitaria a nivel organizacional: Radio cultural (Caso R)

Background

La radio está situada en el distrito Macarena, junto a dos asociaciones pro-inmigrantes. Aunque llevan funcionando un año y medio aproximadamente, esta asociación sin fines de lucro que comenzó como algo experimental, ha conseguido numerosos oyentes en la zona, lo que les lleva a continuar con dedicación. La idea surgió a partir de otra asociación de la comunidad Paraguaya, de la cual era director el actual responsable de la radio Latina. Empezaron con poca potencia pero han ido avanzando más y más para cubrir gran parte de la ciudad de Sevilla.

Intervención

El material recogido y analizado procede fundamentalmente de la transcripción de las entrevistas semi-estructuradas realizadas al director de la radio latina, así como a su principal locutor. Se les preguntó diversas cuestiones sobre el funcionamiento de su organización siguiendo el trabajo de Maton (2008). En concreto, se les pidió su opinión en torno a cuatro grandes cuestiones subdivididas en 11 preguntas que servían de guía al entrevistador.

Resultados

- Dimensión cultural:
 - Su principal misión es acompañar a aquellos paraguayos que residen en Sevilla, acercarlos a su folclore y su música y que se sientan como en casa, respetando el formato de la radio paraguaya, ya que allí la radio forma parte de la familia y es algo muy valorado. Eso se comprueba en el hecho de que desde las 5:30 hasta las 6:00 emite música paraguaya. También pretenden acompañar a la gente que está en su trabajo y a aquella gente que tiene limitaciones, tanto población inmigrante como española, para que éstos últimos conozcan también la cultura paraguaya.
 - La opinión que tienen del barrio es que tanto El cerezo, como la Macarena en general es una zona donde hay muchos inmigrantes, provenientes de una gran diversidad de países; Afirman que los vecinos nativos son muy acogedores, y que de hecho conocen y escuchan la radio.

- Dimensión estructural:
 - De la coordinación y dirección de la asociación se encargan el director y los hermanos de éste. El director se encarga tanto de la parte administrativa como de la emisión de la radio. Su hermano le ayuda en la parte de la emisión y su hermana en la parte administrativa.
 - Son una asociación sin ánimo de lucro, por lo que los recursos materiales con los que cuentan provienen de la publicidad, que les permite cubrir los gastos de funcionamiento; así como aportaciones económicas del director de la radio, para cubrir la luz, agua... No disfrutaban de subvenciones. En cuanto a los recursos de

naturaleza humana, cuentan con la colaboración de seis locutores, además de otros invitados que acuden esporádicamente.

- Dimensión relacional:
 - Actualmente la radio cuenta con 6 locutores. Todos ellos familia del director por lo que todos son de procedencia paraguaya. Ninguno de ellos es profesional de la radio y, dentro de la misma realizan diversas funciones. Son “multiservicio”. Colaboran en algunas ocasiones con otras iniciativas sociales de dentro y fuera del barrio. Por ejemplo, con la Asociación Paraguaya y con Accem colabora en actividades sociales, como talleres, festivales, actividades deportivas, grupos de danza folclórica.
 - Han colaborado en proyectos de la Parroquia. Por ejemplo, durante un periodo de tiempo un grupo de alcohólicos anónimos que trabajaba con la parroquia acudía a la radio a hacer un programa por la tarde, en el que contaban sus experiencias vitales.

- Dimensión instrumental:
 - La principal actividad es la emisión del programa de radio, diariamente en horario de 6 a 14 h. Los tres locutores que presentan las emisiones, además de realizar diversas actividades como presentar canciones, también reciben llamadas. Hace un par de meses emitían un programa infantil los domingos al que acudían chicos de diversa procedencia. Cuentan con una página web que funciona las 24 horas.
 - Realizan también un trabajo de asesoría gratuita, ya que atienden a diversas personas que acuden por temas legales. En este sentido, una vez por semana acude a la emisora un abogado para contestar preguntas en directo.
 - Piensan que pueden contribuir a mejorar el barrio. Se interesan por el factor integración a través de la radio, ya que la gente llama, y se desahoga ya que sienten que nadie les puede contradecir en ese momento.
 - La ayuda que provee es tanto asistencialista como transformadora, ya que están interesados en mejorar el bienestar de sus oyentes y usuarios, pero también luchan por cambiar el barrio, colaborando con otras entidades.

**Competencia Cultural Comunitaria a nivel comunitario:
Experiencia Photovoice: Cómo valoran las jóvenes su barrio (Su Eminencia, Sevilla)**

Background

La técnica del Photovoice fue implementada en la Asociación Juvenil “El Escalón Salesiano”. La actividad de esta asociación está orientada fundamentalmente a niños y adolescentes del barrio “Su Eminencia” con edades comprendidas entre 4 y 18 años, procedentes de ambientes hostiles y de familias desestructuradas. Su objetivo es ofrecer apoyo escolar y actividades recreativas para favorecer la socialización y el crecimiento personal.

El Photovoice es una metodología novedosa de gran utilidad para capturar los contextos. Se trata de una estrategia de intervención-acción que, por medio de las fotos sacada por los participantes, favorece la reflexión de grupo sobre las necesidades y fortalezas de la comunidad. Al contar las historias que hay detrás de las fotos y descubrir sus significados, se pueden observar las realidades sociales y profundizar en las narrativas culturales y comunitarias (Rappaport, 1998).

Sus objetivos son (a) permitir a la gente reflejar sobre los problemas y las fuerzas de su comunidad, (b) animar el diálogo de grupo sobre las cuestiones identificadas, y (c) promover cambios en la comunidad (Wang y Burris, 1997).

Intervención

Se organizó un taller de fotografía llamado “Enseña tu barrio” que tuvo lugar a lo largo de cuatro sesiones en la propia asociación. El objetivo era recoger a través de la técnica del Photovoice las percepciones que los jóvenes tenían de su barrio con el fin de favorecer cambios positivos a diferentes niveles (individual, organizacional, comunitario) para promover el compromiso con el barrio y desarrolla su capacidad de acción en el mismo.

La información recogida de cara a la investigación provenía de diferentes fuentes. Por una parte se diseñó un cuestionario en base a escalas ya validadas y que incluía los siguientes constructos: Sentido de Comunidad; Participación en la comunidad; *Empowerment* individual, organizacional y comunitario; Bienestar y Autoestima. Por otra parte, se obtuvo información cualitativa de las historias asociadas a cada una de las fotos. La tercera fuente de información fueron las fotos y los murales empleados para trabajarlas.

Las participantes del taller fueron 8 chicas de entre 13 y 18 años de diferentes orígenes (5 españolas, 2 marroquíes, 1 peruana).

La estructura de las sesiones fue la siguiente:

- Primer encuentro. Se presentaron los objetivos del proyecto y se entregó el cuestionario para su cumplimentación. Se llevó a cabo una reflexión grupal sobre los aspectos positivos y negativos del barrio. Posteriormente, y de cara a ensayar la metodología del uso de la técnica *photovoice*, se procedió a salir en grupos reducidos para sacar fotos del barrio. Por último, se expusieron las conclusiones y se pidió a los participantes que para la próxima sesión, enviaran tres fotos que recogieran imágenes positivas y tres negativas del barrio, y reflexionasen sobre las mismas.

- Segundo encuentro. A partir de las fotos se generó una discusión sobre los puntos fuertes y débiles del barrio en torno a preguntas tales como “¿Qué ves en la foto?, ¿Por qué la has hecho?, ¿Qué es lo que está pasando en la foto?, ¿Por qué existe (esta situación)?, ¿Cómo influye en tu vida?, ¿Cómo la cambiarías? Se concluyó con un resumen del encuentro y se seleccionó y puso título a las fotos que se trabajarían en el próximo encuentro.
- Tercer encuentro. Se realizó un taller de arte-terapia en el que se modificaron las fotos que denunciaban aspectos negativos del barrio, con el fin de elaborar un mural que incluyese las fotos con los cambios esperados. Para ellos se podían emplear, además de las fotografías realizadas por ellas mismas, cualquier otro material que quisieran incluir (e.g. comentarios, frases y dibujos).
- Una vez elaborados los murales, se presentaron uno por uno, explicándose qué se había hecho y por qué. Además se planificó conjuntamente la exposición final y se volvió a pasar el cuestionario.
- Exposición final y concurso de fotografía. Este evento coincidió con la fiesta de fin de curso de la asociación juvenil “El Escalón Salesiano”. Se invitó a los vecinos del barrio, padres, profesores y representantes de otras asociaciones. Se realizó la exposición de las fotografías originales y los murales trabajados. Todos los asistentes votaron el mejor mural y, finalmente, se hizo entrega de los diplomas de participación, y una cámara fotográfica digital como premio al mural con mayor número de votos recibido.



Resultados

Se recogieron 37 fotos acompañadas de sus respectivas historias sobre la comunidad de pertenencia de las participantes. Por medio de datos cualitativos ha sido posible obtener un diagnóstico detallado de cómo viven las participantes, cómo ven su barrio, cuáles son las fortalezas y los problemas con los que ellas conviven. Los datos cuantitativos han demostrado que a través de las actividades de grupo ha sido posible favorecer la reflexión de grupo y aumentar la participación en la comunidad. Además, las actividades propuestas han reforzado las competencias personales de cada una de ellas permitiéndoles ser agentes promotoras de cambios. Finalmente, a través del momento final de la exposición ha sido posible incluir al resto de la comunidad en la reflexión, favorecer un intercambio de puntos de vista y activar el compromiso de los ciudadanos en las actividades del barrio, promoviendo el desarrollo de toda la comunidad, difundiendo el trabajo de las participantes.

**Competencia Cultural Comunitaria a nivel comunitario:
Mapeo de recursos comunitarios: Los comercios étnicos del Distrito Macarena
(Sevilla)**

Background

El distrito Macarena cuenta con una alta densidad de población inmigrante y, como es de esperar una de las salidas profesionales de estas personas, a la vez que una forma de cubrir y satisfacer sus necesidades, es la creación de comercios en los que se presten estos servicios. Entendemos por comercio étnico aquellas “actividades comerciales gestionadas por los inmigrantes extranjeros que se dedican a satisfacer unas necesidades directas de esos grupos y las derivadas al penetrar en alguna rama de la economía”.

Intervención

El objetivo fue obtener una visión lo más exhaustiva posible de los comercios étnicos del Distrito Macarena. Se han utilizado diversas fuentes de información como son: la guía QDQ que ofrece libre acceso al público de información (dirección física y teléfono) sobre los comercios de la ciudad, el buscador de Internet Google Explorer y la aplicación gratuita para Android Google maps.

La información obtenida a partir de estas fuentes ha sido contrastada con la obtenida mediante la observación participante en el contexto real de ubicación de las mismas, de manera que, aquellas que no estaban recogidas por estos medios fueron registradas, a través de la aplicación gratuita para Android OruxMaps de cara a la elaboración final del mapa de recursos.

Resultados

Como resultado se obtuvieron una serie de mapas cartográficos donde quedaron plasmados los distintos comercios étnicos situados en el distrito Macarena. Los resultados muestran que éstos pertenecían, principalmente, a los negocios de restauración y alimentación, locutorios, y en menor medida, aquellos destinados al comercio textil y de belleza.

Específicamente, se llevó a cabo una clasificación de los comercios en función de los grupos étnicos que los regentaban. De esta forma se comprobó que los negocios de alimentación y comercios textiles y bazares son mayoritariamente gestionados por personas de nacionalidad oriental; los establecimientos de restauración son dirigidos por población oriental o árabe; en gran medida, los locutorios son administrados por personas de procedencia sudamericana; y por último, las peluquerías están repartidas entre población africana y sudamericana.

Además, de este análisis, podemos inferir ciertos patrones de localización según la lógica empresarial de los diferentes grupos étnicos. Por ejemplo, la situación de los comercios orientales suelen localizarse en zonas más visibles y vías principales.

Todo lo expuesto anteriormente, puede posibilitar el desarrollo de una base de datos on-line o aplicación móvil que sirva como recurso para consultar servicios y comercios de estas características.

A continuación, se presenta el mapa final con la localización y descripción según el tipo de actividad de todos los comercios étnicos existentes en el Distrito Macarena en el año 2013.

Tipos de comercios étnicos del Distrito Macarena

