EL MODELO DE COMPETENCIA CULTURAL DE PURNELL: DESCRIPCIÓN Y USO EN LA PRÁCTICA, EDUCACIÓN, ADMINISTRACIÓN E INVESTIGACIÓN

LARRY D. PURNELL

RESUMEN

Si los movimientos migratorios continúan llevándose a cabo en todo el mundo, los enfermeros(as) trabajarán con pacientes de culturas que desconocen. Por lo tanto, es necesario tener un modelo y un marco teórico para asesorar a los pacientes de culturas diferentes a la del profesional. El modelo tiene la ventaja de que puede ser usado por todos los proveedores de cuidados en salud. Este artículo presenta la descripción y el uso del Modelo de Competencia Cultural de Purnell en la práctica, la educación, la administración, y la investigación. Enfermeros(as), médicos(as), y otros practicantes de los cuidados de salud pueden usar este Modelo, que está formado por 12 dominios, en el contexto hospitalario, en el hogar del paciente, o en la comunidad. También se puede emplear el Modelo en médico-quirúrgica, pediatría, obstetricia, y psiquiatría.

THE PURNELL MODEL FOR CULTURAL COMPETENCE: A DESCRIPTION AND USE IN PRACTICE, EDUCATION, ADMINISTRATION AND RESEARCH

SUMMARY

As immigration continues throughout the world, nurses will work with patients from cultures that are unknown to them. Therefore, it is necessary to have a model and theoretical framework to assess a patient from a culture different from that of the nurse. Additionally, it is advantageous to have a model that all healthcare practitioners can use. This article presents a description and use of the Purnell Model for Cultural Competence in practice, education, administration, and research. Nurses, physicians, and other healthcare practitioners can use this Model with the 12 domains in the hospital, in the home, or in the community. Also, they can use the Model in medicine, surgery, pediatrics, obstetrics, or psychiatry.

Key words: Transcultural Nursing. Theory, Methods, Models.

El Modelo de Purnell de Competencia Cultural, que se desarrolla en 1995, es un ejemplo de modelo pertinente para todos los profesionales de los cuidados en salud. Este artículo proporciona la descripción del modelo, sus dominios, los supuestos mayores en los que el Modelo se basa, y el uso de éste en la práctica, la educación, la administración, y la investigación. La filosofía personal del autor de este artículo, que mantiene la postura de que todos los practicantes de las disciplinas de los cuidados en salud necesitan mucha información general sobre la cultura, refuerza la necesidad de desarrollar una teoría amplia y un marco teórico de un modelo centrado en la cultura. El desarrollo del modelo constituye un acercamiento etnográfico que promueve la comprensión cultural de situaciones humanas durante períodos de enfermedades, y el mantenimiento y promoción de la salud. El Modelo enfoca los aspectos *emic* y *etic* mediante las opiniones del paciente, de la familia, y de la comunidad.

EL DESARROLLO DEL MODELO Y SU DESCRIPCIÓN.

EL DESARROLLO DEL MODELO

El desarrollo del Modelo de Purnell de Competencia Cultural emplea sendos razonamientos: deductivo e inductivo, y es un producto de las experiencias, vivencias, observaciones, lecturas personales, prácticas clínicas, investigación formal, y enseñanza, del autor de éste. En la mayoría de comunidades, se observan los destinatarios de cuidados de salud como continuamente intentando adaptarse a una sociedad cambiante, tratando de mantener sus valores y creencias más importantes, mientras que se influyen mutuamente con una sociedad diversificada, tecnológica y global. El proveedor del cuidado de salud tiene la responsabilidad primaria de crear un ambiente adecuado y sincero para recabar información en este contexto. Para ello se puede usar el Modelo en prevención primaria, secundaria y terciaria.

La forma de valorar las influencias y la identificación con su grupo cultural a las que el autor ha denominado características primarias y secundarias de diversidad. Estas características influyen de igual forma que una persona que se aferra, a su vez, a la cultura del propio grupo (Cuadro I: lista de características primarias y secundarias de diversidad).

Tabla I

CARACTERÍSTICAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DE DIVERSIDAD

Características primarias

Nacionalidad	Raza
Color de Piel	Género
Edad	Afiliación Religiosa

Características Secundarias

Estado Socioeconómico	Nivel de Educación
Experiencia en el Ejército	Ocupación
Creencias Políticas	Residencia Urbana contra Residencia Rural
Estado Paternalista	Características Físicas
Orientación Sexual	Estado de Matrimonio
Tiempo fuera el país de origen	Asuntos de Género
Razones de la migración (Sojourner, Inmigrante, o estado indocumentado)	

El Modelo es una conceptualización de múltiples teorías y una investigación basada en teorías administrativas, antropología, sociología, anatomía, fisiología, biología, psicología, religión, historia, lingüística, nutrición, y las escenas de las prácticas clínicas en enfermería y medicina.

El diagrama del Modelo de Purnell es un círculo, con un margen periférico que representa a la sociedad global, un segundo margen representa a la comunidad, un tercer margen representa la unidad familiar, y un margen interno representa a la persona. Se divide el interior del círculo concéntricamente en forma de 12 cuñas-dominios culturales y sus conceptos. Los dominios tienen flechas bidireccionales las cuales indican que cada dominio conduce y se afecta por todos los otros dominios. Bajo cada dominio se dan conceptos múltiples. El centro del Modelo está vacío, que representa aspectos desconocidos sobre el grupo cultural. A lo largo del fondo del Modelo se aprecia una línea dentada que representa el concepto de cultura-conciencia. Ésta no es lineal y se refiere principalmente al profesional del cuidado de salud, aunque también en esta línea no-lineal, según su fase de competencia cultural, puede representarse una organización.

Fases de Competencia de Cultural: La Competencia cultural se aprecia como una progresión no lineal. Una persona gana competencia cultural, progresa, retrocede, y entonces progresa a un nivel más alto cuando él/ella obtiene conocimiento y habilidades adicionales y se encuentra con personas de culturas diversas. El proveedor competente del cuidado de salud necesita tener un conocimiento de su existencia, sensaciones, pensamientos, y ambiente sin permitir que estos factores tengan un efecto indebido en los destinatarios de estos cuidados. La Competencia cultural es, a si mismo, la adaptación del cuidado de salud de manera congruente con la cultura del cliente, y, por consiguiente, es un proceso consciente y no-lineal.

Conceptos del Metaparadigma: Los conceptos del metaparadigma identificados en el Modelo son: la sociedad global, la comunidad, la familia, y la persona. Estos conceptos de metaparadigma son interpretados desde una perspectiva amplia, y no reflejan particularidades nacionales, culturales, ni creencias étnicas y valores. Se reconoce que algunas culturas no tienen palabras específicas capaces de traducir estos conceptos. Por consiguiente, los proveedores de los cuidados de la salud necesitarían ajustar las definiciones de estos conceptos según la cultura del paciente. Por ejemplo, se define persona de forma diferente entre culturas colectivistas y culturas individualistas. En culturas Occidentales (usualmente culturas individualistas), la persona es alguien que adopta posiciones sólo como un individuo único. En otras culturas, se define persona en cuanto a la familia y a otro grupo, no como un individuo único. El diagrama del Modelo se representa en la Figura I y los conceptos del metaparadigma se definen en el cuadro II.

Tabla II
Conceptos de Metaparadigma

- **Comunidad:** Un grupo o clase de gente que tiene un interés común o identidad y vive en un local específico.
- **Familia:** Dos o más personas que se envuelven emocionalmente el uno con el otro. Pueden, pero no necesariamente, vivir en proximidad estrecha el uno con otro y podrían estar relacionados consanguíneamente o no.

- **Sociedad Global:** Se observa el mundo como una comunidad grande de personas en continua multiculturalidad.
- **Salud:** Es el estado de estar sano definido por una persona o un grupo étnico y generalmente tiene implicaciones físicas, mentales, e incluso espirituales, que actúan recíprocamente con la familia, con la comunidad, y con la sociedad global.
- **Persona:** Es un ser humano, que constantemente se adapta al ambiente, desde el punto de vista biológico, psicológico, y social.

Figura I

LOS DOCE DOMINIOS

Aunque los 12 dominios y sus conceptos fluyen de generales a específicos, el orden en el que los usan los profesionales del cuidado de salud variará. Por ejemplo, las personas devotas en temas de religión (p. Ej. Islam y Judaísmo) prescriben prácticas de nutrición y comunicación específicas, así que el proveedor del cuidado de salud necesitará empezar a recopilar información en el tema de la espiritualidad, en lugar de comenzar con uno de los otros dominios.

La siguiente es una descripción breve de los 12 dominios y sus conceptos principales. Para una

definición más completa y ejemplos de los conceptos, nos referiremos al libro de Purnell y Paulanka (1998) *Transcultural health care: A culturally competent approach* que se cita en la bibliografía. Cada uno de estos dominios tiene un cuadro separado que incluye una serie de sugerencias y preguntas que el profesional del cuidado puede usar con la finalidad de evaluar a un grupo o a una persona. Estos cuadros, que determinan el marco teórico, no se incluyen aquí debido a las limitaciones de espacio, pero si se incluyen en el libro anteriormente citado.

- **Herencia** incluye conceptos relacionados con el país de origen, residencia actual, los efectos de la topografía del país de origen y la economía, política, causas de la emigración, modelo educativo, y ocupación.
- **Comunicación** incluye conceptos relacionados con el idioma y los dialectos; uso del contexto del idioma; y variaciones de la lengua tales como volumen de la voz, tono, entonaciones, reflexiones, y deseos de compartir pensamientos y sentimientos. Las formas de comunicación no-verbal tales como el uso de contacto ocular, expresiones faciales, toque, idioma del cuerpo, prácticas de distancia espacial, y saludos aceptables; temporalidad en cuanto a pasado, presente, y futuro; orientación en la visión del mundo; reloj en contra de la concepción de tiempo social; y el uso de nombres, son también variables importantes en la comunicación.
- **Roles y Organización Familiar** que incluyen conceptos relacionados con el jefe de la casa y los roles del género; roles familiares, prioridades, y tareas en el desarrollo de los niños y los adolescentes; prácticas en la crianza de niños; roles de los miembros viejos y extensiones familiares. El estado social de los individuos y las familias en la comunidad; las perspectivas hacia una vida alternativa, el hecho de criar niños sólo, el divorcio, la orientación sexual, y los matrimonios sin hijos, también se incluye en este dominio.
- **Asuntos de Trabajo** incluye conceptos relacionados con la autonomía, aculturación, asimilación, roles del género, comunicación étnica, y prácticas del cuidado de la salud en el país de origen.
- **Ecología Biocultural** incluye variaciones en orígenes específicos étnicos y raciales tales como el

color de la piel y diferencias físicas en la estructura corporal; genética, aspectos hereditarios, endémicos, enfermedades relacionadas con la topografía y las diferencias en las formas en que se metabolizan las drogas en el cuerpo.

- **Comportamientos del alto riesgo** que incluyen el uso de tabaco, alcohol, y drogas de diseño; la falta de actividad física; el aumento en el consumo de calorías; el hecho de no usar medidas de seguridad tales como los cinturones de seguridad y los cascos; y prácticas sexuales de riesgo.
- **Nutrición** incluye si se tiene comida suficiente para satisfacer el hambre; el significado de la comida; opciones de la comida, rituales, y tabúes respecto a ésta; deficiencias enzimáticas; y cómo en la comida se usan determinadas sustancias de los alimentos para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- **Embarazo y Prácticas de Nacimiento** incluyen prácticas de fertilidad; métodos para controlar los nacimientos; visión del embarazo; prácticas prescriptivas, restrictivas, y tabúes relacionados con el embarazo, nacimiento y postparto.
- **Rituales de la Muerte** incluyen cómo el individuo y la cultura ven la muerte, los rituales, las conductas de preparación para la muerte, y las prácticas del entierro. También se incluyen en este dominio conductas de pérdida.
- **Espiritualidad** incluye prácticas religiosas y el uso de la oración, conductas que le dan significado a la vida, y fuentes individuales de fuerza espiritual.
- **Práctica de Cuidados de la Salud** incluye el enfoque del cuidado de la salud como algo preventivo; las creencias tradicionales, mágico-religiosas, y biomédicas; la responsabilidad individual en la salud; prácticas de auto-cuidado; y visión hacia la enfermedad mental, cronicidad, donación de órganos y trasplantes. Adicionalmente, la respuesta al dolor y el rol de enfermo están determinados por la cultura. Se incluyen barreras en el cuidado de la salud dentro de este dominio.
- **Proveedor del Cuidado de la Salud** incluye el estado, uso, y percepciones de los profesionales del cuidado de la salud desde una perspectiva biomédica, tradicional y mágico-religiosa. A su vez, el género del profesional del cuidado de la salud tiene importancia en algunos grupos cultu-

rales.

ASUNCIONES MAYORES

Se derivan las asunciones mayores de los valores personales del autor, así como del ambiente de los cuidados de la salud e incluye la promoción de la salud, la enfermedad, y la prevención de ésta, la restauración de la salud, y la rehabilitación. Se desarrollan las asunciones desde una perspectiva amplia que basa su uso en disciplinas de la práctica y contextos medioambientales, tales como escenas del cuidado primario, del cuidado secundario, y a largo plazo: escenas de rehabilitación. Además, las asunciones tienen dos categorías: una para el paciente y otra para el proveedor del cuidado de la salud. Se incluyen en el Cuadro III las asunciones explícitas.

Cuadro III ASUNCIONES EXPLÍCITAS

1. Todo los profesionales del cuidado de la salud requieren mucha de la misma información sobre diversidad cultural y parte de los conceptos acerca del metaparadigma de la sociedad global, la comunidad, la familia, la persona, y la salud.
2. Una cultura no es mejor que otra cultura; éstas son sólo diferentes.
3. Hay similitudes del centro con todas las culturas.
4. Hay diferencias dentro de cada cultura y entre ellas.
5. Las Culturas cambian con el paso del tiempo.
6. Las características primarias y secundarias de la cultura determinan el grado en el que uno se diferencia de la cultura dominante.
7. Si los clientes son co-participantes en el cuidado y tienen una opción en cuanto a las metas de salud, planes e intervenciones, se mejorarán los resultados de la salud.
8. La Cultura tiene una influencia poderosa en la interpretación de uno mismo y en las respuestas a los cuidados de la salud.
9. Individuos y familiares pertenecen a varios grupos culturales.
10. Cada individuo tiene el derecho a ser respetado por su singularidad y herencia cultural.

11. Los Practicantes del cuidado de salud requieren información general sobre la cultura e información específica acerca de ésta para así proporcionar cuidados sensitivos y competentes.
12. Los proveedores del cuidado de salud son quienes pueden evaluar, planear, e intervenir para que de forma competente se mejore el cuidado de pacientes de una cultura determinada.
13. La Cultura del aprendizaje es un proceso continuado y desarrollado en una variedad de formas, pero principalmente por encuentros de culturas. (Campinha-Bacote, 1999).
14. Se pueden minimizar prejuicios y sesgos con la comprensión cultural.
15. Para ser eficaz, el cuidado de la salud debe reflejar la comprensión única de los valores, creencias, actitudes, y la visión del mundo, de poblaciones diversas y modelos de aculturación individuales.
16. Diferencias en cuanto a raza y cultura requieren intervenciones diferentes.
17. Los Practicantes del cuidado en salud son mejores en el aprendizaje sobre sus propias culturas.
18. Profesionales, organizaciones, y asociaciones tienen sus propias culturas.

USO EN LA PRÁCTICA, EDUCACIÓN, ADMINISTRACIÓN E INVESTIGACIÓN

Práctica: El Modelo es flexible con un alto grado de fluidez entre dominios y niveles. Actualmente el cuidado de la salud hace énfasis en el equipo sanitario que puede beneficiarse de un modelo que es apropiado y aceptable por la multidisciplinaridad que provee al personal. Son los Practicantes del cuidado de la salud quienes pueden evaluar, planear e intervenir de manera competente en una cultura y tienen oportunidades para mejorar la salud de la persona, de la familia, o de la comunidad. El Modelo puede guiar el desarrollo de herramientas, estrategias planificadas, e intervenciones individuales, que pueden encauzar el desarrollo continuo del modelo y las teorías.

Educación: El Modelo tiene una gran aceptación en el desarrollo de los profesionales como las enfermeras, nutricionistas, médicos, fisioterapeu-

tas, antropólogos, y trabajadores sociales. El Modelo es bastante simple para los estudiantes que en principio no necesitan tener una amplia comprensión de los modelos conceptuales y los marcos teóricos, para incorporar los conceptos en la práctica. Se ha usado el Modelo en un plan integral de estudios de enfermería, fisioterapia y nutrición e incluso en una apreciación de la cultura global, y se vio que el Modelo, en un primer curso, se llevó a cabo por unidades específicas que se concentraban en una selección de dominios que a su vez se podían integrar en cursos clínicos, tales como los de enfermería. Se puede hacer una integración de la ecología biocultural en farmacología, fisiología, y en cursos acerca de temas físicos, clínicos y otros cursos didácticos.

Los Estudiantes podían reunir datos y emplear una organización según los 12 dominios y sus conceptos asociados. Se alentó a los estudiantes también a recopilar los mismos datos mientras hacían turismo, iban de compras, y al observar a personas, en sus diarios. En una sesión semanal los estudiantes se juntaban para tener una discusión, analizar sus hallazgos y planificar las intervenciones aceptables en esta población específica. En el mismo momento del curso, los estudiantes norteamericanos de Belize pusieron en práctica un juego desarrollado por el instructor de nutrición y dietética, basado en el riesgo cultura. Se usó el Modelo para formular las preguntas. Los estudiantes de Belize, a su vez, disfrutaron de aprender sobre la cultura de los norteamericanos. Cursos similares de inmersión cultural se han llevado a cabo en Nigeria, Panamá, Honduras y Nicaragua, todos ellos con experiencias grupales y es destacable un trabajo independiente realizado por una estudiante de enfermería, quien asistió al fenómeno del Huracán Mitch. El hecho de usar el Modelo fué una experiencia inestimable para guiar la recopilación de los datos y para tener una visión comprensiva de las personas y la cultura. Todos los estudiantes en estos cursos de inmersión cultural han informado de su cambio de actitud en cuanto al respeto por todas las culturas. La Información más completa de estas experiencias se puede obtener en un artículo escrito por Purnell (1998).

Administración: No se limita la cultura a los clientes y a los familiares; también incluye proyec-

tos educativos y organizaciones del cuidado de la salud. Como el Modelo incluye un dominio de asuntos de trabajo, la línea no-lineal de competencia cultural, se puede usar para evaluar la cultura de la organización y los asuntos culturales entre profesionales. La Cultura de una organización refleja la estructura social, los antecedentes históricos, los valores, las tradiciones, los procesos de actuación, las políticas y los procedimientos, los procesos de evaluación, que revelan el grado al que la diversidad en el pensamiento, debería reflejar, y comportar aliento o tolerancia hacia la multiculturalidad. Gerentes han usado al Modelo y marco teórico para promover la aceptación de nuevos profesionales en grupos de empleados donde se da la multiculturalidad. Un comité ético ha usado el Modelo para observar "la complacencia del cliente" y el "cuidado apropiado" de las perspectivas del cliente y de los profesionales. Otra facilidad del cuidado cultural fue el uso del modelo en el caso de empleados nuevos para así ayudarlos a aprender la cultura de la organización; un proceso similar al aprendizaje de la cultura de los clientes. Una facilidad, a largo plazo, del cuidado es el uso de dominios seleccionados del modelo para guiar el cuidado y desarrollar planes para sus residentes judíos porque muchos de los practicantes del cuidado de salud no eran judíos y por tanto no conocían las prácticas ortodoxas de estos.

Investigación: Las teorías del medio-rango, hipótesis, y conceptos pueden ser probados por varios métodos cualitativos de la investigación. El hecho de usar dominios seleccionados, conceptos seleccionados dentro de cada dominio, y características primarias y secundarias en la investigación cualitativa, extiende, define, y refina al Modelo con entrevistas dentro de la etnografía y/o estudios en grupos culturales específicos, de individuos, o comparaciones de conductas trans-culturales. Se ha usado el Modelo para guiar la recopilación de los datos e investigación por estudiantes de tesis doctorales, disertaciones y proyectos eruditos en los Estados Unidos, Brasil, y Centroamérica.

CONCLUSIÓN

El Modelo de Purnell se encuentra en sus comienzos. Su continuo uso a lo largo del tiempo determinará el valor e importancia del Modelo en

la enfermería y para otros profesiones de la salud, en el futuro. El Doctor Purnell desarrolla de forma sencilla proposiciones e hipótesis, así como datos colectivos en el uso empírico del Modelo en la práctica, la educación, la administración y la investigación, convirtiéndolo en una gran teoría que se aceptará y usará por todos los profesionales del cuidado de la salud. El Modelo contiene para su comprobación futura tres dimensiones diferentes: a) por razonamiento crítico, b) descripciones de experiencias personales, y c) aplicación realizada en la práctica.

Los conceptos amplios del Modelo de Purnell provienen de teorías en lingüística, historia, teorías administrativas, antropología, sociología, anatomía y fisiología, biología, psicología, religión, y nutrición, con lo que en los datos empíricos se nos indica que este modelo tiene substancia de por sí. En el continuo uso por proveedores de la salud, educadores, administradores, e investigadores aumentará la precisión empírica del Modelo por validar y que existe de acuerdo a una base de conocimiento, al desarrollo de teorías del medio-rango adicionales, e incorpora la competencia cultural como un resultado del cuidado. Dadas las complejidades étnicas y culturales, el Modelo de Purnell de Competencia Cultural, acompañado de su marco teórico proporciona un formato sistemático y comprensivo para evaluar variables importantes tales como valores, creencias, y prácticas de individuos diversos, de familias diversas, y de grupos diversos.

Raramente las acciones de los profesionales del cuidado de salud tienen el lujo de ser evaluadas por cada cliente de forma comprensiva como el Modelo nos permite. Se puede aumentar la información que se tiene del cliente con encuentros repetidos. Observaciones astutas, la creencia en la diversidad, y unas buenas ganas de aprender de los clientes, son requisitos adicionales para una eficacia en la competencia trans-cultural dentro de la práctica clínica, en la educación, en la administración, y en la investigación. Las competencias culturales en las sociedades de hoy no son un lujo, sino más bien una necesidad.

BIBLIOGRAFÍA

Camopinha-Bacote, J. (1999). The process of cultural competence in the delivery of healthcare

services (3 ed.). Cincinnati, Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates. USA.

Purnell, L., & Paulanka, B. (1998). Transcultural health care: A culturally competent approach. Philadelphia, PA: F.A. Davis, Co. USA.

Purnell, L. (1999). University of Delaware Astudents go to Panamá. Delaware Nurses Association Reporter, 23(3), 8-11.

ABSTRACT

As immigration continues throughout the world, nurses will work with patients from cultures that are unknown to them. Therefore, it is necessary to have a model and theoretical framework to assess a patient from a culture different from that of the nurse. Additionally, it is advantageous to have a model that all healthcare practitioners can use. This article presents a description and use of the Purnell Model for Cultural Competence in practice, education, administration, and research. Nurses, physicians, and other healthcare practitioners can use this Model with the 12 domains in the hospital, in the home, or in the community. Also, they can use the Model in medicine, surgery, pediatrics, obstetrics, or psychiatry.

The Purnell Model for Cultural Competence, developed in 1995, is an example of a model that has pertinence to all healthcare practitioners. This article provides a description of the Model and its domains, lists the major assumptions upon which the Model is based, and the use of the Model in practice, education, administration, and research. A personal philosophy of the author of this article that practitioners in all healthcare disciplines need much of the same general information about culture, reinforced the necessity of developing a grand theory and model for culture. In some respects, the development of the Model is an ethnographic approach to promote an understanding of culture about the human situation during periods of illness, maintaining health, health promotion. The Model focuses on both the emic and etic views of the patient, the family, and the community.

THE DEVELOPMENT AND DESCRIPTION OF THE MODEL

The Development of the Model Both deductive and inductive reasoning was used in the deve-

lopment of the Purnell Model for Cultural Competence, and it is a product of his lived experiences, observations, personal lectures, clinical practice, formal research, and teaching. In the majority of communities, the recipients of health-care are seen as continuously adapting to a changing society, trying to maintain their most important values and beliefs as they interact in an increasingly diverse technologically global society. The healthcare practitioner has the primary responsibility for creating an environment that is open to collecting health information. The Model can be used in primary, secondary, tertiary prevention. Major influences that shape people's worldview and identification with their cultural group are called the primary and secondary characteristics of culture. These characteristics influence the degree a person self-identifies with his/her cultural group. Table I lists the primary and secondary characteristics of diversity.

Table I
Primary and Secondary Characteristics of Diversity

Primary characteristics

Nationality	Race
Skin color	Gender
Age	Religious Affiliation

Secondary Characteristics

Socioeconomic Status	Level of Education
Military Experience	Occupation
Political Beliefs	Urban versus Rural
	Residence
Parental Status	Physical Characteristics
Sexual Orientation	Marital Status
Gender Issues	Time away from the country of origin
Reasons for migration (Sojourner, Immigrant, or Undocumented Status)	

The Model is a conceptualization of multiple theories and research based on administrative theories, anthropology, sociology, anatomy and physiology, biology, psychology, religion, history, nutrition, and the clinical settings of nursing and medicine.

The diagram of the Purnell Model is a circle, with an outlying rim representing global society, a second rim representing community, a third rim representing the family, and an inner rim representing the person. The interior of the circle is divided into 12 pie-shaped wedges with the cultural domains and their concepts. The domains have bi-directional arrows indicating that each domain relates to and is affected by all the other domains. Under each domain are multiple concepts. The center of the Model is empty, representing unknown aspects about the cultural group. At the bottom of the Model is an erose line that represents the non-linear concept of cultural competence. This line primarily relates to the healthcare provider, although this line can also represent the degree of cultural competence of an organization.

Stages of Cultural Competence: Cultural competence is seen as a non-lineal progression. A person gains cultural competence, progresses, regresses, and then progresses at a higher level when he/she obtains additional knowledge and skills and has encounters with people from different cultures. The culturally competent practitioner needs to develop knowledge of his/her existence, sensations, thoughts, and surroundings without letting these factors have an undue influence on those for whom care is provided. Cultural competence is the adaptation of health care in a manner that is congruent with the culture of the client, and therefore, a non-linear process.

Metaparadigm Concepts: The metaparadigm concepts identified in the Model are global society, community, family, and person. Because these metaparadigm concepts are defined from a broad perspective, they do not reflect one particular national, cultural, or ethnic beliefs and values. It is recognized that some cultures do not have directly translatable words for these concepts, Therefore, the healthcare practitioner will need to adjust the definitions of these concepts according to the culture of the patient. For example, a person is defined differently between collectivist and individualistic cultures. In Western cultures (usually individualistic), the person is someone who stands alone as a unique individual. In other cultures, the person is

defined in relation to the family or another group, not as a unique individual. The diagram of the Model is represented in Figure I, and the metaparadigm concepts are defined in Table II.

Figure I

Table II
Metaparadigm Concepts

- **Community:** A group or class of people who have a common interest or identity and live in a specified locale.
- **Family:** Two or more people who are emotionally involved with each other. They can, but not necessarily, live in close proximity to each other and can be blood or non-blood related.
- **Global Society:** Seeing the world as one large community of multicultural people.
- **Health:** A state or wellness as defined by a person or ethnic group and generally includes physical, mental, and spiritual aspects as they interact with the family, with the community, and with the global society.
- **Person:** A human being, one who constantly adjusts to the environment, biologically, sociologically, and physiologically.

THE TWELVE DOMAINS

Although the 12 domains and their concepts flow from general to specific, the order in which the healthcare provider uses them will vary. For example, for a religiously devout person where the religion (e.g. Islam or Judaism) proscribes nutrition and communication practices, the healthcare provider will need to begin collecting data with spirituality instead of one of the other domains. The following is a brief description of the 12 domains and their major concepts. For a more complete description of the concepts, the reader is referred to the book by Purnell and Paulanka (1998), *Transcultural health care: A culturally competent approach*, which is listed in the references for this article. Each one of these domains has a separate table that includes a series of questions that the healthcare practitioner can use to evaluate a group or person. The tables, called the organizing framework, are not included here due to space limitations, but are included in the book.

- **Overview/Heritage** includes concepts related to the country of origin, present residence, the effects of the topography of the country of origin and current residence, economics, politics, reasons for emigration, educational status, and occupations.
- **Communication** includes concepts related to the dominant language and dialects; contextual use of the language; and paralinguistic variations such as voice volume, tone, intonations, reflections, and willingness to share thoughts and feelings. Nonverbal communications such as the use of eye contact, facial expressions, touch, body language, spatial distancing practices, and acceptable greetings; temporality in terms of past, present, or future worldview orientation; clock versus social time; and the use of names are also important communication variables.
- **Family Roles and Organization** includes concepts related to the head of the household and gender roles; family roles, priorities, and developmental tasks of children and adolescents; childrearing practices and roles of the aged and extended family members. Individual and family social status in the community; and views toward alternative life styles such as single parenting, sexual orientation, childless marriages, and divorce are also included in this domain.

• **Workforce Issues** include concepts related to autonomy, acculturation, assimilation, gender roles, ethnic communication styles, and healthcare practices from the country of origin.

• **Biocultural Ecology** includes variations in ethnic and racial origins such as skin color and physical differences in body stature; genetic, hereditary, endemic, and topographical diseases; and the differences in the way drugs are metabolized by the body.

• **High Risk Behaviors** includes the use of tobacco, alcohol, and recreational drugs; lack of physical activity; increased calorie consumption; nonuse of safety measures such as seatbelts, and helmets; and engaging in risky sexual practices.

• **Nutrition** includes having adequate food for satisfying hunger; the meaning of food; food choices, rituals, and taboos; enzyme deficiencies; and how food and food substances are used for health promotion and wellness and during illness.

• **Pregnancy and Childbearing Practices** includes fertility practices; culturally sanctioned and unsanctioned methods for birth control; views toward pregnancy; and prescriptive, restrictive, and taboo practices related to pregnancy, birthing, and postpartum.

• **Death Rituals** includes how the individual and the culture view death, rituals, and behaviors to prepare for death, and burial practices. Bereavement behaviors are also included in this domain.

• **Spirituality** includes religious practices and the use of prayer, behaviors that give meaning to life, and individual sources of strength.

• **Health Care Practices** includes the focus of health care such as acute or preventive; traditional, magicoreligious, and biomedical beliefs; individual responsibility for health; self-medicating practices; and views toward mental illness, chronicity, and organ donation and transplantation. Additionally, one's response to pain and the sick role are shaped by culture. Barriers to health care are included in this domain.

• **Health Care Practitioner** concepts include the status, use, and perceptions of traditional, magicoreligious, and Western biomedical health care providers. Additionally, the gender of the health care provider may have significance in some cultural groups.

MAJOR ASSUMPTIONS

The major assumptions in the Model are derived from the author's personal values as well as those of the healthcare environment and include health promotion and wellness, illness and disease prevention, health restoration, and rehabilitation. The assumptions are developed from a broad perspective allowing their use across practice disciplines and environmental contexts such as primary care settings, acute care settings, and long-term care and rehabilitative settings. Furthermore, the assumptions have two categories: one for the recipient of care and one for the health care provider. Explicit assumptions are included in Table III.

Table III
MAJOR ASSUMPTIONS

1. All health care professions need much of the same information about cultural diversity and share the metaparadigm concepts of global society, community, family, person, and health.
2. One culture is not better than another culture; they are just different.
3. There are core similarities shared by all cultures.
4. There are differences within, between, and among cultures.
5. Cultures change over time.
6. The primary and secondary characteristics of culture determine the degree to which one varies from the dominant culture.
7. If clients are co-participants in care and have a choice in health-related goals, plans, and interventions, health outcomes will be improved.
8. Culture has powerful influence on one's interpretation of and responses to health care.
9. Individuals and families belong to several cultural groups.
10. Each individual has the right to be respected for his/her uniqueness and cultural heritage.
11. Caregivers need both cultural general and culture specific information in order to provide culturally sensitive and culturally competent care.
12. Caregivers who can assess, plan, and intervene in a culturally competent manner will improve the care of clients for whom they care.
13. Learning culture is an ongoing process and develops in a variety of ways, but primarily

through cultural encounters (Campinha-Bacote, 1999).

14. Prejudices and biases can be minimized with cultural understanding.
15. To be effective, health care must reflect the unique understanding of the values, beliefs, attitudes, lifeways, and worldview of diverse populations and individual acculturation patterns.
16. Differences in race and culture require different interventions.
17. Caregivers know themselves better by learning about their own cultures.
18. Professions, organizations, and associations have their own cultures.

USE IN PRACTICE, EDUCATION, ADMINISTRATION AND RESEARCH

Practice: The Model is holistic in nature with a high degree of fluidity among domains and levels. Today's healthcare culture with its emphasis on a team approach can benefit from a model that is appropriate and acceptable to multi-discipline providers of care. Healthcare practitioners who are able to evaluate, plan, and intervene in a culturally competent manner have increased opportunities to improve the care of individuals, families, and the community. The Model can guide the development of tools, planning strategies, and individualized interventions, which in turn can guide the continued development of models and theories.

Education: The Model has a beginning acceptance in staff development and academic settings by nurses, physicians, physical therapists, anthropologists, and sociologists. The Model is simple enough that students in beginning classes can use it and incorporate the concepts into practice without having an in-depth knowledge of models and theoretical frameworks. The Model has been used in an integrated course for global diversity with students from nursing, physical therapy, and nutrition, and in a beginning course, followed by specific units that concentrate on selected domains that can be integrated in clinical courses, such as nursing. Biocultural ecology can be integrated into pharmacology and physiology and reinforced in clinical and other didactic courses.

Students on a cultural immersion course to Belize gathered data and organized their clinical log according to the 12 domains and their associated concepts. Students also collected the same data while sightseeing, shopping, and observing people in their daily lives. On a weekly basis, students came together for a discussion and analysis of their findings and hypothesized acceptable plans and interventions for this specific population. At the end of the course, the North American students and the Belizean students played cultural jeopardy, a game developed by the nutrition instructor. They used the Model to formulate questions. The Belizean students enjoyed learning about the culture of the North American students also. Similar immersion courses have occurred in Nigeria, Honduras, and Nicaragua both as a group experience and as an independent study for a nursing student who assisted with Hurricane Mitch relief efforts. Using the Model was a valuable experience to guide data collection and to have a comprehensive view of the people and the culture. All students in these cultural immersion courses reported that they have renewed respect for all cultures. More complete information on one of these experiences can be obtained in an article by Purnell (1998).

Administration: Culture is not limited to patients and families; it includes educational and healthcare organizations also. Because the Model contains a domain, workforce issues, and the non-linear line of cultural competence, it can be used to evaluate the organizational culture and workforce issues. The culture of an organization is reflected in the social structure, historical antecedents, values, traditions, management processes, policies and procedures, and the evaluation processes, which reveal the degree to which diversity in thinking, reflecting, and behaving are encouraged or tolerated. Management has used the Model and organizing framework to promote acceptance of multicultural employees. An ethics committee had used the Model to look at "patient compliance and "appropriateness of care" from the perspectives of the client and the employees. Another healthcare facility used the Model with preceptors who served as cultural brokers for new employees to learn the

culture of the organization, a process similar to learning the culture of patients. A long term care facility used selected domains from the Model to guide and develop plans for their Orthodox Jewish residents because many of the non-Jewish care providers were not Jewish and were unfamiliar with Orthodox Jewish practices.

Research: Long range theories, hypotheses, and concepts can be supported by various qualitative research methods. Using selected concepts in selected domains and primary and secondary characteristics of culture, qualitative research can support, expand, define, and refine the Model through research on specific cultural groups, or conducting cross-cultural comparisons. The Model has been used to collect research data for research theses and dissertations and scholarly projects in the United States, Brazil, and Central America.

CONCLUSION

The Purnell Model for Cultural Competence is in its infancy. Continued use over time will determine the value and the importance of the Model to nursing and other healthcare professionals in the future. Dr. Purnell is currently developing propositions and hypotheses collecting data on the empirical use of the Model in practice, education, administration, and research and further developing the Model into a grand theory that will be accepted by all healthcare disciplines. The Model shows promise for future testing in three dimensions: a) through critical reasoning, b) through descriptions of personal experiences, and c) through application to practice.

Because the concepts of the Model are broad based and use theories from linguistics, history, administration, anthropology, sociology, anatomy

and physiology, biology, psychology, religion, and nutrition, beginning empirical data indicate that the Model has substance. Continued use by practitioners, educators, administrators, and researchers will increase the empirical precision of the Model by validating and expanding existing knowledge bases, developing additional mid-range theories, and incorporating cultural competence as an outcome of care. Given the complexities of ethnicity and culture, the Model and its accompanying organizing framework provides a systematic and comprehensive system for evaluating important variables such as values, beliefs, and practices of diverse individuals, families, and groups.

Rarely do healthcare practitioners have the luxury to evaluate each client comprehensively on the first encounter as the Model allows. Over time the patient's database can be increased with repeated encounters. Astute observations, an openness to diversity, and a desire to learn from clients are additional requisites for effective cross-cultural competence in clinical practice, in education, in administration, and in research. Cultural competence in today's society is not a luxury; it is a necessity.

REFERENCES

- Campinha-Bacote, J. (1999). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services* (3 ed.). Cincinnati, Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (1998). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis, Co.
- Purnell, L. (1999). University of Delaware students go to Panama. *Delaware Nurses Association Reporter*, 23(3), 8-11.