
Salud y Competencia Cultural



Primera Edición, 2006



California Childcare Health Program
Administrado por la University of California, San Francisco School of Nursing,
Department of Family Health Care Nursing
(510) 839-1195 • (800) 333-3212 Healthline
www.ucsfchildcarehealth.org



Financiado por First 5 California con ayuda adicional del California Department of Education Child Development Division y del Federal Maternal and Child Health Bureau.

Este módulo es parte del currículum para los Defensores de los Cuidados de Salud del Niño del California Training Institute.

Agradecimientos

El California Childcare Health Program es administrado por la University of California, San Francisco School of Nursing, Department of Family Health Care Nursing.

Queremos darles crédito a las siguientes personas por sus contribuciones de tiempo y experiencia para el desarrollo y la revisión de este currículum desde el año 2000.

Los nombres se listan en orden alfabético:

Colaboradores Principales

Abbey Alkon, RN, PhD
Jane Bernzweig, PhD
Lynda Boyer-Chu, RN, MPH
Judy Calder, RN, MS
Lyn Dailey, RN, PHN
Joanna Farrer, BA, MPP
Robert Frank, MS
Lauren Heim Goldstein, PhD
Gail D. Gonzalez, RN
Jan Gross, BSN, RN
Susan Jensen, RN, MSN, PNP
Judith Kunitz, MA
Mardi Lucich, MA
Cheryl Oku, BA
Tina Paul, MPH, CHES
Pamm Shaw, MS, EdD
Marsha Sherman, MA, MFCC
Kim To, MHS
Eileen Walsh, RN, MPH
Sharon Douglass Ware, RN, EdD
Mimi Wolff, MSW
Rahman Zamani, MD, MPH

Colaboradores en la Traducción al Español

Rosa Marcano, MA
Traductora principal
Luis Solano, BA
Servicios de edición, traducción y corrección de pruebas
Paula Worby, MPH
Servicios de edición y corrección de pruebas
Javier Ruiz, BA
Servicios de edición y corrección de pruebas

Coordinadora de Edición

Catherine Cao, MFA

Personal del CCHP

Ellen Bepp, Robin Calo, Sara Evinger,
Krishna Gopalan, Maleya Joseph, Cathy Miller,
Dara Nelson, Bobbie Rose, Griselda Thomas

Diseñadoras Gráficas

Edi Berton (2006)
Eva Guralnick (2001-2005)

California Childcare Health Program

La misión del California Childcare Health Program es mejorar la calidad del cuidado del niño al crear y fortalecer enlaces entre la comunidad de salud y seguridad, la comunidad para el cuidado de niños y las familias que ellos sirven.

Algunas secciones de este currículum fueron adaptadas de los módulos de entrenamiento del National Training Institute for Child Care Health Consultants, North Carolina Department of Maternal and Child Health, The University of North Carolina at Chapel Hill; 2004-2005.

Financiado por First 5 California con ayuda adicional del California Department of Education Child Development Division y del Federal Maternal and Child Health Bureau.

OBJETIVOS PARA EL APRENDIZAJE

Definir qué es ser culturalmente competente (cultural competence).

Describir por qué es importante para los profesionales de cuidados y educación tempranos (ECE) poder servir a familias que tienen diferentes valores, creencias, costumbres y conductas de una manera culturalmente competente.

Identificar tres maneras por las cuales un Defensor de los Cuidados de Salud del Niño (CCHA) puede ayudar a los programas de ECE a desarrollar y mantener la competencia cultural.

FUNDAMENTO

Los profesionales de ECE se enfrentan con el reto de proveer cuidado y asistencia a los niños y familias de diversas procedencias. Se necesita conocimiento, habilidades y conciencia de sí mismo para proveer cuidado de calidad a niños de diferentes culturas y para desafiar la discriminación. Los proveedores de ECE deben estar conscientes de cómo las diferencias culturales en las creencias y en las prácticas de los padres pueden afectar la capacidad de los niños pequeños para ajustarse a los programas de ECE. Hay muchas culturas y grupos étnicos en California. Las culturas varían en sus creencias sobre la causa, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y en sus creencias acerca de la crianza de los niños. Estas creencias influyen las prácticas de las personas para estar saludable o para tratar las enfermedades. Las creencias culturales pueden además demorar o prevenir que las personas tengan acceso a los servicios de salud. Los CCHA que trabajan en los programas de ECE tienen una excelente oportunidad para educar a los proveedores de ECE, a los niños y a sus familias sobre temas relacionados con la salud y la cultura. Los proveedores deben entender el impacto que diferentes factores culturales, étnicos, sociales y ambientales tienen sobre los niños de diferentes procedencias.

LO QUE UN CCHA DEBE SABER

¿Qué es Ser Culturalmente Competente?

La competencia cultural es un conjunto de comportamientos compatibles, conductas, actitudes, políticas, estructuras y prácticas que se agrupan en una organización para permitirle a esa organización trabajar efectivamente en situaciones entre culturas (Hepburn, 2004; Cross, Bazron, Dennis & Isaacs, 1989). Hepburn (2004) define cuatro elementos esenciales para un sistema de cuidado culturalmente competente (es decir, un programa de ECE culturalmente competente), que son:

- Valorar, aceptar y respetar la diversidad.
- Tener la capacidad, compromiso y sistemas en funcionamiento para la autoevaluación cultural.
- Estar consciente de las dinámicas que ocurren cuando las culturas se comunican.
- Adaptarse para crear espacios a la diversidad.

La Realidad: Cambios en la Población de California

Cerca de 34 millones de personas viven en California, y se espera que la población se incremente en 16% para el año 2010. La población de California se incrementó en más de 4 millones de 1990 al 2000. De acuerdo con el U.S. Census, California se ha hecho más diversa étnica y culturalmente desde los años 90. El porcentaje de personas White (Blancas) disminuyó de 57% a 47%, mientras que la población Hispanic (Hispana) se incrementó de 26% a 32%, y la población Asian/Pacific Islander (Asiáticos/de las Islas del Pacífico) se incrementó de 9% a 12%. El porcentaje de personas Black (Negras o Africanoamericanas) y Native American (Nativo Americanas o Tribus Americanas) permaneció igual a través del curso de la década, en, 7% y 1%, respectivamente (U.S. Census, 2000). Estos números incluyen tanto adultos como niños. Vea la tabla 1 para los porcentajes de la población de niños en California. Cerca de la mitad de todos los niños (48%) del Estado tiene al menos uno de los padres que nació fuera de Estados Unidos (Children Now, 2004). La diversidad de California puede enri-

quecer al Estado cuando las familias comparten sus culturas, idiomas y experiencias con otros.

TABLA 1: POBLACIÓN INFANTIL (NACIMIENTO – 17 AÑOS) EN CALIFORNIA POR RAZA/ ETNICIDAD (2005)

Hispanic/Latino (Hispano/Latino)	47.4%
Caucasian/White (Caucásico/Blanco)	31.4%
Asian (Asiático)	9.4%
African American/Black (Africanoamericano/Negro)	7.2%
Multiracial (Multirracial)	3.4%
Native American (NativoAmericano o Tribus Americanas)	0.8%
Pacific Islander (De las Islas del Pacífico)	0.4%

Fuente: Lucille Packard Foundation for Children's Health http://www.kidsdata.org/topictables.jsp?t=24&i=7&ra=3_132

Influencias Birraciales y Biculturales

Las estadísticas abajo muestran que la población está cambiando rápidamente debido al matrimonio entre razas, y por la cantidad de niños birraciales, biétnicos y trans-raciales (los padres adoptivos son de una raza diferente al niño) (U.S. Census, 2000).

- En el 2000, 7 millones de personas, equivalente a 2.4% de la población de los Estados Unidos, se identificaron a sí mismos como “más de una raza.” De ese grupo, el 98% se identificó a sí mismos ser de dos razas. En California, el 4.7% se identificó a sí mismos como más de una raza.
- En el 2000, 4 millones de hogares de parejas casadas declararon que sus esposos/as eran de una raza o un origen diferente.

- Hay cerca de 4 millones de niños multirraciales en Estados Unidos.
- Casi un tercio de los niños adoptados del Foster Care System (Sistema de Adopción Temporal en Hogares) se colocan con familias de una raza diferente, y el 75% de los niños adoptados en otros países por estadounidenses son trans-raciales.

Estudiantes del Idioma Inglés

Para el año académico 2004-2005 en las escuelas públicas de California, la población de estudiantes inscritos de K-12 fue muy diversa: el 47% de los estudiantes era Hispanic (Hispano) o Latino (Latino); el 31% era White (Blanco); el 8% era Asian (Asiático); el 8% era African American (Africanoamericano); el 3% era Filipino (Filipino); el 1% era American Indian (Indio Americano o de una Tribu Americana); y el 1% era Pacific Islander (de las Islas del Pacífico) (California Department of Education, 2004). Basado en el U.S. Census del 2000, el 26% de los niños de California en edad escolar eran bilingües. Debido a la diversidad de la población de California, un gran porcentaje de niños que entra al sistema de escuelas públicas está todavía aprendiendo Inglés. Estos son estudiantes para quienes el Inglés no es su primera idioma. La tabla 2 muestra el amplio rango de idiomas diferentes al Inglés que hablan los niños de California. Los niños además entran a los programas de ECE hablando muchos idiomas diferentes, y los proveedores de ECE deben estar preparados para comunicarse con sus familias ya sea a través de intérpretes o por medio de otras familias que son bilingües.

TABLA 2: LOS PRIMEROS 10 IDIOMAS DE ESTUDIANTES DE INGLÉS EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE CALIFORNIA 2004-2005

1. Spanish (Español)	85.1%
2. Vietnamese (Vietnamita)	2.2%
3. Hmong (se habla en el sudeste asiático)	1.5%
4. Cantonese (Cantonés)	1.4%
5. Filipino (Tagalog) (Tagalo)	1.3%
6. Korean (Coreano)	1.1%
7. Other Non-English (Otro diferente al Inglés)	0.9%
8. Mandarin (Putonghua) (Mandarín)	0.8%
9. Armenian (Armenio)	0.7%
10. Khmer (Cambodian) (Camboyano)	0.7%

Diversidad de la Fuerza de Trabajo de ECE

El personal de ECE también es muy diverso. Muchos miembros del personal de ECE son de las mismas culturas que los niños en el programa de ECE, lo cual puede ayudar al programa a proveer cuidado culturalmente apropiados. La diversidad de los proveedores de ECE incluye inmigrantes, algunos con Inglés limitado, diferencias en creencias religiosas, orientación sexual, nivel socioeconómico y creencias sobre la crianza de niños. Aunque puede haber diferencias culturales y étnicas dentro del personal, ellos se pueden conectar con el objetivo común de crear un lugar de trabajo armonioso y un ambiente enriquecedor para los niños.

Los Programas de ECE: Una Intersección Dinámica para Honrar Culturas

Los cambios multiculturales a través de Estados Unidos, y especialmente en California, tienen un fuerte impacto en los programas de ECE. En los programas de ECE, las familias y el personal de diferentes culturas y generaciones trabajan conjuntamente en una de

las áreas más íntimas de la vida—el cuidado y la crianza de los niños pequeños (vea Okagaki & Diamond, 2000). La manera en que las personas crían y cuidan a los niños pequeños (por ejemplo, alimentan, los duermen y se comunican) puede ser muy diferente en varias culturas (Shonkoff & Phillips, 2000).

La comunidad de ECE tiene una larga historia para honrar y celebrar la diversidad. La *Responding to Linguistic and Cultural Diversity: Recommendations for Effective Early Childhood Education* (1995) es una declaración de posición de la National Association for the Education of Young Children (NAEYC). Esta declaración de posición dice que todos los niños de la nación merecen una educación infantil temprana que sea sensible con sus familias; comunidades; y orígenes raciales, étnicos y culturales. Head Start tiene una declaración de principios multiculturales que se deben honrar en sus programas (vea *El Folleto: Head Start Multicultural Principles*). Una herramienta de evaluación del programa, *Desired Outcomes for Children and Families*, creada por las regulaciones de cuidado de niños del estado de California (State of California, 2002) y del State Department of Education, apoya la programación desarrollada con la participación de las familias. Muchos planes de estudio e iniciativas para la niñez temprana cubren también la diversidad, al igual que los programas de ECE que incluyen a todos los niños. Entre esos planes e iniciativas se encuentran:

El Anti-Bias Curriculum: Tools for Empowering Young Children (Currículo Antidiscriminatorio: Herramientas para Desarrollar y Fortalecer a los Niños Pequeños) (NAEYC, 1988) es una de las primeras guías antidiscriminatoria a fondo. Sus objetivos son los siguientes: aumentar el conocimiento de las posturas sobre género, raza, etnicidad y capacidades físicas diferentes; ayudar a los lectores a identificar maneras por las cuales el racismo, discriminación por discapacidades y sexismo institucionales afectan a los programas; mejorar el conocimiento sobre cómo los niños pequeños desarrollan su identidad y sus actitudes; y planificar maneras para introducir un currículo antidiscriminatorio en los programas de ECE. Además está disponible un folleto que lo acompaña *Teaching Young Children to Resist Bias: What Parents Can Do*.

Ten Keys to Culturally Sensitive Child Care (Mangione, 1995) es una unidad dentro del currículo

del *Program for Infant/Toddler Caregivers* desarrollado por WestEd y distribuido por el California Department of Education. Este programa completo de entrenamiento interactivo a fondo resalta las 10 claves para que los programas de ECE sean culturalmente sensibles. Estas claves son: proveer consistencia cultural, tener la meta de emplear personal de diferentes culturas, crear grupos pequeños, usar el idioma del hogar, asegurar que los elementos culturales sean parte del ambiente, poner al descubierto creencias culturales, estar abierto a las perspectivas de otros, buscar información cultural y familiar, clarificar valores y abordar e ir resolviendo los conflictos culturales.

Serving Biracial and Multiethnic Children and Their Families: A Video and Early Childhood Educator's Guide (Childcare Health Program, 2003). La guía resalta los temas exclusivos que enfrentan los niños birraciales y multiétnicos y muestra cómo el personal de ECE los puede ayudar a procesar sus identidades dobles. La guía incluye los siguientes tópicos: edades y etapas de desarrollo de la identidad, identificar y responder a las necesidades exclusivas de las familias birraciales/biétnicas, y asegurar que los programas de ECE son sensibles a la cultura.

Diferencias en el Estado de Salud de los Grupos Raciales y Étnicos

La investigación ha mostrado que muchas poblaciones o grupos raciales y étnicos, comparados con los diversos grupos de blancos, tienen niveles más altos de enfermedades, impedimentos y muertes. Los grupos African Americans, Hispanics/Latinos, Native Americans, Pacific Islanders (Africanoamericanos, Hispanos/Latino, Nativo-Americanos, de las Islas del Pacífico) y Asian Americans (Asiático-Americanos), al igual que los grupos de inmigrantes, los residentes rurales y los pobres, son más probables que sufran de una mala salud y enfermedades. Además, los niños de familias inmigrantes son menos probables de tener seguro de salud y de asistir al sistema preescolar que los niños de familias con más de una generación en Estados Unidos (Children Now, 2004). Para jugar un papel importante en apoyar el desarrollo saludable de todos los niños en los programas de ECE, los CCHA deben entender las diferencias en el nivel de salud y los factores que subyacen en una mala salud en los niños y familias de las minorías raciales y étnicas.

¿Cuáles son las principales áreas de diferencia?

Las siguientes son algunas de las áreas principales de diferencia en el estado de salud de los grupos raciales y étnicos comparados con la población White (blanca):

- Expectativa de vida.
- Tasas de mortalidad infantil.
- Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) (Síndrome de Muerte Súbita del Bebé).
- Exámenes de detección y manejo de cáncer.
- Enfermedades del corazón y derrame cerebral.
- Diabetes.
- Bajo peso al nacer.
- Salud oral.
- Asma.
- Sick cell anemia (Anemia de células falsiformes).
- Infección del VIH/SIDA.
- Enfermedad infecciosa.
- Prácticas de lactancia.
- Los niños inmigrantes pueden tener enfermedades infecciosas que los pediatras de Estados Unidos no ven muy a menudo. Éstas incluyen condiciones tales como la malaria, amebiasis, esquistosomiasis, parásitos intestinales, sífilis congénita (para las cuales no se hacen pruebas a los niños inmigrantes), hepatitis A, hepatitis B y tuberculosis (TB).
- Tasas de inmunización.

¿Cuáles son los factores subyacentes que pueden causar estas diferencias?

Algunos factores que pueden explicar las diferencias incluyen los siguientes:

- estado socioeconómico (por ejemplo, bajo ingreso y bajo nivel de educación de los padres)
- vivienda
- falta de acceso a cuidado de salud de calidad (por ejemplo, cobertura de seguro, servicios de salud preventivos)
- acceso a alimentos saludables y nutritivos
- factores de riesgo conductuales y de estilo de vida (por ejemplo, fumar, abuso de drogas, uso de

- bebidas alcohólicas, nutrición, inactividad física)
- ambientes inseguros
- riesgos ambientales en el hogar y en el barrio (por ejemplo, exposición al plomo, asbestos)
- Padres/madres con limitaciones en su capacidad de ser padres (por ejemplo, niños con padre/madre soltero, niños en hogares interinos u hogares de adopción temporal)
- problemas médicos y enfermedades crónicas
- factores genéticos (por ejemplo, una enfermedad hereditaria que pasa de generación en generación)
- discriminación y racismo que conducen a incrementar la pobreza, el desempleo, viviendas de calidad deficiente, etc.

Problemas que Surgen en los Programas de ECE

A los CCHA se les puede pedir ayuda para que vayan resolviendo exitosamente las diferencias culturales que ocurren entre los padres y el personal de ECE, o entre los miembros del personal de ECE. Los CCHA deben explorar el sistema de creencias de los involucrados para ver si se necesita hacer un arreglo en el que se cede por igual. Los CCHA querrán aprender más acerca de las siguientes situaciones, a sabiendas que hay grandes diferencias entre las culturas, entre las personas de cada cultura y entre las generaciones.

Causas de enfermedades físicas

Las culturas a menudo varían en sus explicaciones y creencias sobre por qué los niños se enferman, incluyendo el ser expuesto al frío o a la lluvia, una dieta no saludable, demasiadas emociones, un sistema que está fuera de equilibrio (por ejemplo, en la medicina tradicional china tener demasiado o muy poco viento), una maldición o el mal de ojo, “la voluntad de Dios”, y la teoría de los gérmenes. Ya que las enfermedades son frecuentes cuando hay varios niños juntos, como el caso del cuidado en grupo, a menudo suceden conflictos sobre qué las causa y de quién es la culpa.

Causas de impedimentos o discapacidad

Tener un niño con una discapacidad o impedimento está a menudo asociado a la culpa y al enojo, cuyo grado varía grandemente entre las culturas. En algunas culturas, un impedimento es estigmatizado, y en otras

es aceptado como “la voluntad de Dios”. Asociar el impedimento con eventos que sucedieron durante el embarazo es común, tal como sentir miedo u otra emoción fuerte, comer ciertos alimentos, tener una maldición o estar expuesto a los teratógenos ambientales (sustancias que causan defectos físicos en el desarrollo del embrión). La intervención a una edad temprana puede parecer ajena para algunas familias, y esa incomodidad de ellas puede llevarles a incumplir indicaciones o que sus preocupaciones sobre su niño sean malinterpretadas por quienes atienden los programas de intervención.

Causas de problemas conductuales

En algunas culturas, se cree que los problemas de conducta y las enfermedades mentales son causados por espíritus malignos, maldiciones o desequilibrios. Otras culturas ven los problemas conductuales y las enfermedades mentales como una falla personal; algunos creen que la causa es orgánica, tal como un desequilibrio químico. Es importante ayudar y no juzgar o culpar a las familias por la conducta de su niño.

Tratamiento de enfermedades y síntomas específicos

A menudo, la forma como se tratan las enfermedades concuerda con las creencias de las personas sobre las causas. Hay muchas clases diferentes de tratamientos. Algunas familias creen profundamente en, y sólo usan, ciertas curas. Algunas familias están muy de acuerdo en usar tratamientos complementarios de diferentes culturas siempre que no se les pida que renuncien a sus propias creencias. Algunos tratamientos se pueden confundir con señales de abuso de niños, y las familias pudieran necesitar saber de su preocupación cuando usted vea marcas causadas por monedas o por copas (técnicas utilizadas en la medicina tradicional china). Puede ocurrir que a los proveedores de ECE se les solicite que den tratamientos, tal como medicina herbaria no prescrita por un profesional autorizado—esto no está permitido por las regulaciones de cuidado de niño (State of California, 2002) y no se debería hacer.

Creencias acerca de las inmunizaciones

Los padres puede que no tengan inmunizados a sus niños a causa del temor a las agujas o a los efectos secundarios, por las creencias culturales o religiosas, o por un malentendido acerca de la importancia de la inmunización. Aunque las regulaciones para la inmunización permiten una renuncia debido a creencias personales o religiosas, los CCHA deberían hacer todo lo que ellos puedan para identificar y responder a las razones de los padres para no inmunizar.

Prácticas de crianza

Las diferencias culturales con respecto a los pañales, entrenamiento para usar el inodoro, dar consuelo, comer, alimentación, nutrición, dormir y disciplinar son las prácticas que más probablemente le llamen la atención. A menudo, los padres y los proveedores de ECE tienen puntos de vista muy fuertes, basados en su educación cultural acerca de cómo cuidar a los niños. Vea *El Folleto: When Parents and Staff Disagree Over Caregiving Routines* para información acerca de cómo resolver conflictos entre padres y personal de ECE. Las prácticas para aprender a usar el inodoro varían y con frecuencia dependen de las expectativas culturales en relación con la edad a la que un niño debería aprender a usar el inodoro. En algunas culturas, los niños ya a los seis meses empiezan a usar bacinilla, y los cuidadores están entrenados para vigilar las señales de uso de bacinilla que muestre el niño. La práctica actual en este país para entrenar niños a ir al baño, (o como se dice hoy día que los niños *aprendan a ir al baño*) se aconseja iniciar cuando el niño muestra señales de estar preparado, las cuales pueden comenzar tan pronto como a los 18 meses o tan tarde como a los 3 años y medio de edad. Las regulaciones del cuidado del niño estimulan los planes de aprendizaje personal para usar el inodoro desarrollados por los padres y el proveedor de ECE (State of California, 2002). Las prácticas de alimentación y nutrición pueden causar bastante conflicto a menos que los proveedores de ECE y los padres estén dispuestos a resolver el problema conjuntamente con la ayuda del Consultor para los Cuidados de Salud del Niño (CCHC). Si la perspectiva de la familia sobre la disciplina y castigo entra en conflicto con las leyes para reportar el abuso de niños, el CCHA debe manejar este asunto con respeto y sensibilidad, aunque, sin embargo, debe informar a la familia sobre los requisitos para reportar a las autoridades correspondientes.

El conocimiento de los niños sobre raza y etnicidad

Los niños menores de 3 años de edad no identifican exactamente su propio color de piel o el de otros y no entienden lo que significa tener un origen o una raza diferentes (vea *El Folleto: Ages and Stages of Racial/Ethnic Identity Development*). Los proveedores de ECE necesitan entender cómo los niños desarrollan su identidad étnica y racial y cómo pueden ayudar a los niños a aceptar a todas las personas.

LO QUE UN CCHA DEBE HACER

Desarrollar la Competencia Cultural

Hay tres maneras por las cuales un CCHA puede ayudar a los programas de ECE a desarrollar y mantener la competencia cultural sin sacrificar las normas de salud y seguridad.

1. Aprenda acerca de usted mismo, su cultura y sus propias creencias sobre la salud.
2. Aprenda acerca de otras culturas, especialmente sus prácticas de crianza, estilos de interacciones en la familia y creencias sobre la salud.
3. Dé el ejemplo y use la solución creativa de problemas para resolver exitosamente las diferencias culturales que pueden interferir con la salud y la seguridad.

Aprenda acerca de usted mismo

Cada uno de nosotros tiende a pensar que vemos las cosas tal como son, que somos objetivos. Pero este no es el caso. Nosotros vemos el mundo, no como es, sino como somos nosotros—o, a lo que estamos condicionados a ver. Cuando decimos algo con la intención de describir lo que vemos, lo que hacemos en realidad es describirnos a nosotros mismos, nuestras percepciones, nuestros paradigmas (Covey, 1989, p. 28).

Para apreciar completamente la diversidad de las personas en el trabajo o en la comunidad, usted debe entender primero su propia cultura. Solamente después de que usted evalúe sus propias actitudes y valores hacia la diversidad, entonces usted puede promover la

comprensión mutua, la tolerancia y el reconocimiento de la diversidad en todos nosotros. Basado en el trabajo de Lynch and Hanson (1992), los dos pasos para conocer su propia cultura son los siguientes:

1. Defina su propia herencia cultural única respondiendo las siguientes preguntas sobre su familia, tales como lugar de origen; cuándo y por qué emigró la familia; cuándo se instalaron por primera vez; idiomas que hablaron y todavía pueden hablar; creencias políticas; trabajos; educación; nivel social; y cualquier cambio económico, social o relacionado con el trabajo hecho en generaciones anteriores.
2. Examine los valores, conductas, creencias y costumbres de su herencia cultural.

Aprenda acerca de otros

Hay muchas maneras de aprender acerca de otras culturas, tal como a través de la lectura, la observación, de escuchar y de hacer preguntas. Una de las mejores maneras para aprender es hablando personalmente con personas de otras culturas. Idealmente, una “guía cultural” pudiera ser un amigo, colega o vecino con quien usted comparte confianza y respeto. Muchos recursos tratan de describir las características de los diferentes grupos culturales. Aunque estas referencias pueden ser de mucha ayuda para entender las características de los grupos, la información puede aumentar supuestos y estereotipos generalizados que pueden no aplicarse a personas específicas.

Además de buscar información general, es útil desarrollar una serie de preguntas para explorar las diferencias individuales tales como las siguientes:

- ¿Qué piensa usted que le causó a usted o a su niño la enfermedad o condición?
- ¿Qué piensa usted que es lo que lo mantiene a usted y a su niño saludables?
- ¿Cómo trata usted usualmente esta enfermedad o condición?
- ¿A quién ve usted usualmente para tratamiento?

Ser culturalmente competente requiere que nosotros bajemos nuestras defensas, tomemos riesgos y practiquemos conductas que pueden sentirse poco familiares y hasta incómodas. Esto puede significar poner de lado algunas creencias a las que uno está aferrado y darle espacio a otras cuyo valor es desconocido. Esto

puede además significar cambiar lo que nosotros pensamos, decimos y cómo nos comportamos (Lynch & Hanson, 1992).

Negocie las Diferencias Culturales

Una de las tareas más importantes del CCHA es hacer más fácil la colaboración entre los actores que pueden ser culturalmente diversos, tal el caso de: los CCHC, los proveedores de ECE, las familias y las organizaciones comunitarias que ofrecen recursos. Para hacer esto, el CCHA debe estar enterado de lo que otros están diciendo, pensando y sintiendo; comunicar sus ideas eficazmente; y tratar creativamente los problemas que surgen.

Una herramienta útil para abordar exitosamente las diferencias es *dialogando* (Gonzalez-Mena & Tobiasen, 1999). El diálogo apunta a alcanzar un acuerdo y solucionar problemas. El objetivo no es ganar, sino reunir información y entender la perspectiva de los otros, luego encontrar la mejor solución para todos los afectados. En contraste, el propósito de un argumento es ganar. Otras diferencias entre dialogar y discutir, son:

- El argumentador dice; el dialogador pregunta.
- El argumentador trata de persuadir y convencer; el dialogador busca aprender.
- El argumentador considera su punto de vista el mejor; el dialogador está dispuesto a entender muchos puntos de vista.
- El argumentador trata de probar que la otra persona está equivocada; el dialogador considera que hay una brecha en su propio conocimiento.

El CCHA puede mejorar sus habilidades para abordar y resolver exitosamente las diferencias culturales haciendo lo siguiente (Lynch & Hanson, 1992):

- Respetando a las personas de otras culturas.
- Haciendo intentos continuos y sinceros para entender el mundo desde el punto de vista de otras personas.
- Estando abierto al nuevo aprendizaje.
- Siendo flexible.
- Teniendo sentido del humor.
- Sintiendo cómodo con la ambigüedad.
- Entablar contacto con los demás con el deseo de aprender.

Implicaciones para los Niños y las Familias

Las familias apreciarán el esfuerzo hecho por el CCHA para entender su origen cultural. Se puede invitar a las familias a compartir su herencia cultural con el programa de ECE trayendo cosas tales como recetas, libros y ropa de su cultura para educar al programa de ECE, al personal y a los niños. Las familias pueden también unirse al personal de ECE para enseñar una lección, celebrar un día festivo o enseñar una lección sobre el idioma.

Implicaciones para los Proveedores de ECE

El CCHA puede ayudar a los proveedores de ECE a aprender acerca de los orígenes culturales y étnicos de las familias que se atienden en el programa. El CCHA puede alentar al proveedor de ECE a desarrollar una competencia cultural y dar ejemplos de conductas que son culturalmente sensibles. El CCHA puede asegurarse de que haya disponibles materiales educativos apropiados para los padres en muchos idiomas. Los CCHA pueden además proveer libros y juguetes para el nivel de desarrollo apropiado sobre el tema de la cultura para que el programa de ECE los tenga disponibles para los niños y las familias. Si hay un grupo de padres asesores asociado con el programa de ECE, el CCHA puede estimular una amplia representación.

ACTIVIDAD 1: PRÁCTICAS Y ACTITUDES DE LA FAMILIA (ENTONCES Y AHORA)

En los espacios proporcionados abajo, comente sobre las prácticas y las actitudes en el hogar en el cual usted creció comparado con su hogar actual.

1. La persona que tenía la figura de autoridad:

Entonces:

Ahora:

2. La conducta hacia los ancianos:

Entonces:

Ahora:

3. El derecho de los niños a ser escuchados:

Entonces:

Ahora:

4. Hablar abiertamente acerca de los sentimientos:

Entonces:

Ahora:

5. Desacuerdos y enfrentamientos:

Entonces:

Ahora:

6. Cómo se expresaba el afecto:

Entonces:

Ahora:

7. Cómo se expresaba el enojo:

Entonces:

Ahora:

8. Diferencias en el tratamiento entre niños y niñas:

Entonces:

Ahora:

9. Cómo se disciplinaba a los niños:
Entonces:
Ahora:
10. El valor de la educación:
Entonces:
Ahora:
11. Hábitos alimenticios:
Entonces:
Ahora:
12. Rutinas y horarios diarios:
Entonces:
Ahora:
13. Estar a tiempo:
Entonces:
Ahora:
14. Sentimientos y actitudes acerca de personas de otras culturas o grupos étnicos:
Entonces:
Ahora:
15. Sentimientos y actitudes acerca de personas con necesidades especiales:
Entonces:
Ahora:

¿En cuáles áreas han tomado lugar los cambios más grandes?

(Adaptada del The Program for Infant/Toddler Caregivers Handout #20, CISS Conference)

ACTIVIDAD 2: LISTA DE CHEQUEO DE AUTOEVALUACIÓN

Complete *El Folleto: Self-Assessment Checklist for Personnel Providing Services and Support to Children and Their Families*. ¿En cuáles incisos calificó con una C (“Things I do rarely or never” [“Cosas que hago rara vez o nunca”])? El entrenador guiará una discusión sobre los incisos que obtuvieron una C. ¿Por qué son estos incisos importantes para usted? ¿Por qué es difícil poner estas acciones en práctica? ¿Cómo se puede superar esto?

ACTIVIDAD 3: ESCENARIOS DE NEGOCIACIONES CULTURALES

Berlin y Fowkes (1983) en *A Teaching Framework for Cross-Cultural Health Care* recomiendan las siguientes guías para una comunicación y una negociación inter-cultural exitosa:

1. **Oiga** con comprensión y entendimiento la percepción del problema que tiene la persona.
2. **Explique** sus percepciones del problema.
3. **Reconozca** y discuta las diferencias y las similitudes.
4. **Recomiende** una solución.
5. **Negocie** un acuerdo.

Divídanse en pequeños grupos. Discutan y apliquen estas guías para los escenarios de abajo. Den su reporte al grupo grande.

1. Una madre asiática, nueva en el programa de ECE, trae a su niña de 18 meses al centro y le pide al maestro que hoy mantenga a su niña adentro porque tiene gripe. El proveedor de ECE le pide al CCHA que hable con la madre quien parece molesta porque el proveedor no puede hacer lo que ella le pidió.
2. Una integrante del personal de ECE, quien es inmigrante de México, se dirige a usted llorando porque acaba de tener una discusión con la empleada del servicio de comida. Una madre (también de México) de un niño en la clase de la integrante del personal de ECE, pide que hoy no se le dé leche a su niña porque ella tiene gripe y la leche le producirá más mucosidad. La integrante del personal está de acuerdo con la madre. La empleada del servicio de comida entra muy molesta porque las reglas del Programa Federal de Alimentación dice que ellos tienen que ofrecer leche a los niños todos los días. El programa está esperando una revisión que hará el programa federal de alimentos, y a ella le dijo el director que “siguiera las reglas”. La empleada molesta dice: “La leche no tiene nada que ver con crear más mucosidad, y yo no voy a meterme en problemas rompiendo las reglas.”
3. Una integrante del personal se dirige a usted porque ella ha notado líneas rojas en la espalda de un niño de 3 años de su clase. Ella piensa que las marcas se deben a abuso del niño, está enojada y quiere denunciar a la familia a las autoridades correspondientes. Usted observa al niño, cuya familia llegó recientemente de China, y su evaluación de las marcas es que éstas son resultado de “coining” (tratamiento de la medicina tradicional china que consiste en aplicar aceite sobre la espalda o tórax del niño y después rascarle con el borde de una moneda).
4. Una madre latina que habla Inglés limitado con quien usted está conversando, comienza a llorar y repetidamente le dice a usted a través del intérprete que “es todo por mi culpa, es todo por mi culpa”. Su niño de 2 años tiene el síndrome de Down.
5. Una madre, quien recientemente llegó de Laos es referida a usted por el director del programa de ECE porque ella no quiere que inmunicen a su bebé. Durante la conversación, la madre le dice a usted que ella no quiere que pongan gérmenes en el cuerpo de su bebé y preferiría arriesgarse de que el bebé se enferme.

NORMAS NACIONALES

De Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs, Second Edition

1.011, 2.006, 2.007.

REGULACIONES DE CALIFORNIA

De Manual of Policies and Procedures for Community Care Licensing Division

Título 22. Ninguno.

RECURSOS

Organizaciones y Recursos

Nombre de la Organización e Información de Contacto	Descripción de los Recursos
<p>African American Health Network www.aahn.com</p>	<p>La African American Health Network proporciona información sobre una variedad de temas relacionados con la cultura y la salud para los African Americans (Africanoamericanos).</p>
<p>Association of American Indian Physicians (AAIP) www.aaip.com</p>	<p>AAIP está dedicada a proseguir la excelencia en el cuidado de salud de las Native American (Tribus Americanas o Nativos Americanos) al promover la educación en disciplinas médicas, honrando prácticas curativas tradicionales y restaurando el balance de mente, cuerpo y espíritu.</p>
<p>Association for Library Service to Children www.ala.org/ala/alsc/alscresources/booklists/booklists.htm</p>	<p>Desarrolla y apoya la profesión de bibliotecario para niños, para permitir y animar a quienes la practican a que proporcionen el mejor servicio de biblioteca a los niños de nuestra nación. El sitio de la Red ofrece listas de libros para niños sobre diversidad y multiculturalismo.</p>
<p>California Tomorrow 1904 Franklin St Suite 300 Oakland, CA 94612 (510) 496-0220 www.californiatomorrow.org</p>	<p>California Tomorrow ha construido un grupo fuerte de investigación y una reputación nacional para facilitar procesos de cambio institucional, y el diálogo complejo que tal cambio requiere sobre relaciones intergrupales, opresión institucional, equidad y acceso. California Tomorrow trabaja con escuelas, instituciones que atienden familias, con programas y comunidades preescolares para responder positiva y equitativamente a poblaciones diversas. California Tomorrow identifica y diseña nuevos modelos de práctica para una sociedad diversa.</p>
<p>Cross-Cultural Health Care Program www.xculture.org</p>	<p>Su misión es servir como un puente entre las comunidades y las instituciones de cuidado de salud para asegurar pleno acceso a cuidado de salud de calidad que sea cultural y lingüísticamente apropiado. Tiene disponibles materiales de entrenamiento y educacionales.</p>
<p>Diversity Rx www.diversityrx.org</p>	<p>Diversity Rx promueve el lenguaje y la competencia cultural para mejorar la calidad del cuidado de salud de las minorías, de los inmigrantes y de las comunidades étnicamente diversas. Esta organización está financiada por la National Conference of State Legislatures, Resources for Cross Cultural Health Care y la Henry J. Kaiser Family Foundation de Menlo Park, CA.</p>
<p>Indian Health Service (IHS) www.ihs.gov</p>	<p>IHS, una agencia perteneciente al U.S. Department of Health and Human Services, es responsable de proveer servicios federales de salud a los American Indians (Indios Americanos o Tribus Americanas) y a los Alaska Natives (Nativos o Etnias de Alaska). La misión de IHS es elevar al nivel más alto la salud física, mental, social y espiritual de los American Indians (Indios Americanos o Tribus Americanas) y de los Alaska Natives (Nativos de Alaska o Etnias de Alaska).</p>

Nombre de la Organización e Información de Contacto	Descripción de los Recursos
<p>Intercultural Communication Institute www.intercultural.org</p>	<p>Es una fundación sin fines de lucro diseñada para promover una conciencia y un entendimiento de la diferencia cultural, tanto en el plano internacional como en el doméstico. Proporciona recursos para entrenamiento y educación.</p>
<p>Inter-Face International 3821 East State St., Suite 197 Rockford, IL 61108 Tel: (815) 282-2433 Fax: (815) 282-5417 www.inter-faceinter.com</p>	<p>Inter-Face International ayuda a las organizaciones de cuidado de salud para tender la mano a pacientes y personal de otras culturas.</p>
<p>Jamarda Resources Inc. www.jamardaresources.com</p>	<p>Jamarda Resources, Inc. trabaja para aumentar el conocimiento de los trabajadores de cuidados de salud sobre culturas, grupos étnicos y religiones a través de consulta, entrenamiento sobre diversidad, talleres y productos para educación continua.</p>
<p>Minority Health Network (MHNet) www.pitt.edu/~ejb4/min</p>	<p>MHNet es una fuente de información basada en la Red para aquellos que están interesados en la salud de los grupos minoritarios.</p>
<p>Multicultural Paths: EdChange Multicultural Pavilion http://curry.edschool.Virginia.EDU/go/multicultural/sites1.html</p>	<p>Multicultural Paths provee recursos para educadores, estudiantes y activistas para explorar y discutir sobre educación multicultural; facilita oportunidades para los educadores de trabajar para la conciencia de sí mismos y el desarrollo; y provee foros a los educadores para intercambiar y colaborar con respecto a la educación multicultural.</p>
<p>National Association for the Education of Young Children (NAEYC) 1509 16th Street, NW Washington, DC 20036-1426 Tel: 202/232-8777; 800/424-2460 Fax: 202/328-1846 www.naeyc.org</p>	<p>NAEYC está dedicada a mejorar el bienestar de todos los niños pequeños, enfocándose particularmente en la calidad de los servicios educacionales y de desarrollo para todos los niños desde el nacimiento hasta la edad de 8 años. NAEYC tiene el compromiso de convertirse en una organización de un rendimiento cada vez más alto e inclusiva.</p>
<p>National Alliance for Hispanic Health www.hispanichealth.org</p>	<p>Es la red nacional más grande y antigua de proveedores hispanos de servicios sociales y salud. Tiene disponibles hojas de hechos sobre un amplio rango de temas de salud en Inglés y Español. Cuenta con líneas telefónicas de ayuda y líneas telefónicas directas, disponibles en español.</p>
<p>National Center for Cultural Competence (NCCC) http://gucchd.georgetown.edu/nccc/index.html</p>	<p>Su misión es aumentar la capacidad de los programas de salud y salud mental para diseñar, implementar y evaluar los sistemas de entrega de servicios que son cultural y lingüísticamente competentes. El sitio de la Red contiene una base datos para hacer búsquedas de recursos.</p>

Nombre de la Organización e Información de Contacto	Descripción de los Recursos
<p>Office of Minority Health www.omhrc.gov</p>	<p>La misión de la Office of Minority Health (Oficina de Salud para las Minorías) es mejorar y proteger la salud de las poblaciones racial y étnicamente minoritarias a través del desarrollo de políticas y programas de salud para eliminar las disparidades de salud. La oficina publica un boletín informativo llamado “Closing the Gap” que ofrece listas para conectar a sitios de la Red sobre salud de las minorías rurales.</p> <p>Closing the Gap: Newsletter of the Office of Minority Health (OMH) www.omhrc.gov/ctg/rh-17.htm</p>
<p>Transcultural Nursing Society www.tcns.org</p>	<p>Transcultural nursing es “un área de estudio formal y práctica enfocada en las diferencias y similitudes del cuidado humano comparativo de las creencias, valores y los patrones de estilos de vida de las culturas para proveer cuidado de salud culturalmente congruente, significativo y beneficioso para el cuidado de la salud de las personas.” La Transcultural Nursing Society es un foro internacional de enfermería para discusión académica de las necesidades de cuidado en el campo de cultura global.</p>

Publicaciones

Andrews, M.M., & Boyle, J.S. (1999). *Transcultural concepts in nursing care*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, PA.

Aronson, S. (2002). *Model Child Care Health Policies*. 4th edition. Healthy Child Care Pennsylvania.

Carlson, V.J., & Hardwood, R.L. (2000). Understanding and negotiating cultural differences, concerning early developmental competence: The six raisin solution. *Zero to Three, 20(3)*, 19-24.

Copple, C. (ed.). (2003). *A world of difference: Readings on teaching young children in a diverse society*. Washington, DC: NAEYC.

Derman-Sparks, L., Gutierrez, M. & Day, C.B. (1989). Teaching young children to resist bias: What parents can do (brochure). Washington, DC: NAEYC.

Gonzalez-Mena, J. (1993). *Multicultural Issues in Child Care*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

Gonzalez-Mena, J. (1997). *When Parents and Staff Disagree Over Caregiving Routines*. Program for Infant/Toddler Caregivers (PITC), Training Module IV, "Dealing with Differences." Retrieved May 9, 2005, from http://www.pitc.org/cs/pitclib/download/pitc_res/549/03%20Dealing%20with%20differences.pdf?x-r=pcfile_d

Igoa, C. (1995). *The Inner World of the Immigrant Child*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Lipson, J.G, Dibble, S.L., & Minarik, P.A. (1996). *Culture and nursing care: A pocket guide*. San Francisco, CA: UCSF Nursing Press.

McKenna, J.J. (2000). Cultural influences on infant and childhood sleep biology, and the science that studies it: Toward a more inclusive paradigm. *Zero to Three, 20(3)*, 9-18.

National Association for the Education of Young Children. (1996). NAEYC position statement: Responding to linguistic and cultural diversity recommendations for effective early childhood education. *Young Children, 52(2)*, 4-12.

Wright, M. (1998). *I'm Chocolate, You're Vanilla*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Audiovisuales

Lally, J.R., Mangione P.L., Signer, Butterfield, & Gilford, S. (1993). *Essential connections: Ten keys to culturally sensitive child care* [Videotape]. United States: The Program for Infant/Toddler Caregivers (Developed collaboratively by the California Department of Education and WestEd).

REFERENCIAS

Berlin, E.A., & Fowkes, W.C. (1983). A teaching framework for cross-cultural health care. *Western Journal of Medicine, 139(6)*, 934-938.

California Department of Education, Child Development Division. (2000). *Desired Results for Children and Families*. Retrieved Jan 27, 2005, from <http://www.cde.ca.gov/sp/cd/ci/desiredresults.asp>.

Childcare Health Program. (2003). *Serving biracial and multiethnic children and their families: A video and early educator's guide* [Motion picture]. Available from Childcare Health Program, 2625 Alcatraz Avenue, Suite 369, Berkeley, CA 94705.

- Children Now (2004). *California Report Card: Focus on children in immigrant families*. Oakland, CA: Author.
- Covey, S.R. (1989). *The 7 habits of highly effective people: Powerful lessons in personal change*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely disturbed, Volume 1*. Washington, D.C.: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.
- Derman-Sparks, L., & the A.B.C. Task Force. (1989). *Anti-Bias Curriculum: Tools for Empowering Young Children. National Association for the Education of Young Children (Series), #242*, Washington, D.C.: National Association for the Education of Young Children.
- Gonzalez-Mena, J., & Tobiassen, D. P. (1999). *A place to begin: Working with parents on issues of diversity*. Oakland, CA: California Tomorrow.
- Goode, T., (2002). *Promoting cultural and linguistic competency: Self-assessment checklist for personnel providing primary health care services*. Georgetown University Child Development Center, UAP, (June 1989. Revised 1993, 1996, 1999, 2000 & 2002) Retrieved November 17, 2004, from http://gucchd.georgetown.edu/topics/cultural_linguistic_competence/index.html. Adapted from Promoting Cultural Competence and Cultural Diversity in Early Intervention and Early Childhood Settings.
- Hepburn, K. S. (2004). *Building culturally and linguistically competent services to support young children, their families, and school readiness*. Baltimore, MD: The Annie E. Casey Foundation.
- Lynch, E.W. & Hanson, M. J. (Eds.). (1992). *Developing cross-cultural competence: A guide for working with young children and their families* (2nd ed.). Baltimore, MA: Paul H. Brooks Publishing.
- Mangione, P.L. (Ed.). (1995). *Infant/toddler caregiving: A guide to culturally sensitive care*. Sacramento, CA: California Department of Education.
- National Association for the Education of Young Children. (1996). NAEYC position statement: Responding to linguistic and cultural diversity recommendations for effective early childhood education. *Young Children*, 52(2), 4-12.
- Okagaki, L. & Diamond, K.E. (2000). Responding to cultural and linguistic differences in the beliefs and practices of families with young children. *Young Children*, 55(3), 74-80.
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.) (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, D.C.: National Academy Press. National Research Council and Institute of Medicine.
- State of California, Health and Human Services, Department of Social Services. (2002). *Manual of Policies and Procedures, Community Care Licensing Division, Child Care Center, Title 22, Division 12. Chapter 1*. Chicago, IL: Barclays Law Publishers.
- State of California, Department of Education (2004). *Top 10 Languages of English-Learner Students in California Public Schools 2003-2004*. Sacramento, CA: Education Demographics Unit. Retrieved August 1, 2004, from www.cde.ca.gov/ds.
- U.S. Census (2000). Retrieved August 17, 2004, from www.quickfacts.census.gov/qfd/states/0600.html.
- U.S. Department of Health and Human Services, Head Start Bureau. *Multicultural principles for Head Start programs*. (Catalog #77). Washington, D.C.: Head Start Information and Publication Center.
- Wright, M. (1998). *I'm Chocolate, You're Vanilla*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

FOLLETOS PARA EL MODULO SALUD Y COMPETENCIA CULTURAL

Todos los folletos están disponibles solamente en Inglés.

Folletos de Otras Fuentes

Página Título del Folleto

- | | |
|----|---|
| 21 | <i>Ages and Stages of Racial/Ethnic Identity Development</i> |
| 23 | <i>Head Start Multicultural Principles</i> |
| 25 | <i>Self-Assessment Checklist for Personnel Providing Services and Support to Children and Their Families</i> |
| 29 | <i>When Parents and Staff Disagree over Caregiving Routines, by Janet Gonzalez-Mena, from PITC (Program for Infant/Toddler Caregivers), Training Module IV, "Dealing with Differences" (1997)</i> |

AGES AND STAGES OF RACIAL/ETHNIC IDENTITY DEVELOPMENT

Stage	Racial Self-Identification	Racial Constancy	Origin of Racial Identity	Racial Classification	Racial Attitudes
I. Racial Innocence Age 3	Most children are unable to accurately identify their skin color, much less their race.	Children reside in a world where anything is possible, including changes in skin color and gender.	Children are unaware of the biological origin of their skin color.	Children are unable to correctly categorize people by race.	Preschoolers are developmentally inclined to see people as individuals rather than as members of racial groups.
II. Color Awareness Ages 3-5	When asked, "What color are you?" children are just as likely to describe the color of their clothes as their skin. Children can accurately identify their skin color using words like brown, white, tan, and black. Some children also use familiar words related to food like chocolate, peach and vanilla.	Children believe that if they desire, they can change their skin color by magical means like wishing and painting.	Preschoolers believe that God, their parents, or they themselves have used magical means to produce their color.	Children can accurately group people by skin color but not by race. Children describe others in their own terms like chocolate, vanilla, pink, and peach. Some children use other words like lemon girl (for an Asian girl) and cherry girl (for a red-haired white girl). All light-complexioned people, including Asians, whites and blacks, are seen as "white." Children describe people as "brown" who have medium-brown complexion; "black" is used only to describe dark-skinned people.	Children are predisposed to be friendly to anyone who acts positively toward them. Children at this stage continue to see people of their own and other races without skin color and racial prejudices. However, children who are routinely taught racial bigotry begin to form negative association with certain skin colors.

Stage	Racial Self-Identification	Racial Constancy	Origin of Racial Identity	Racial Classification	Racial Attitudes
III. Awakening to Social Color Ages 5-7	Children can accurately identify their skin color and begin to make relative skin-color distinctions, like light-skinned and dark-skinned. Most children are unable to reliably identify their race.	Children begin to perceive that their skin color is a permanent feature of their bodies and understand that the effect of the sun on the skin is only temporary.	They begin to grasp the connection between their color and their parents' and expect skin colors of family members to be similar. However, they do not yet fully comprehend the genetic basis of skin color.	Children begin to understand that skin color means something more than mere color, but they are inclined to categorize people by color, rather than race. They use conventional terms - brown, black, white - to describe people. Black is used to describe only brown and dark-skinned blacks and white to describe Asians and whites. When asked, children can identify Chinese people. Children begin to use ethnic labels, like Puerto Rican and Italian, sometimes inaccurately.	Although they do not yet fully understand them, children begin to adopt skin-color prejudices of their family and friends as well as those presented by the media. For example, children may begin to express a preference for light or dark skin and to see "white" or "black" people as negative stereotypes.
IV. Racial Awareness Ages 8-10	Children can accurately identify their race using terms like black and African American. Some biracial children say they are "part" black or African American and "part" another race, like white.	Children comprehend that racial identity is permanent.	Children understand the genetic basis of racial identity. Unlike younger children, they understand the reason members of the same family can have different skin tones.	Children rely not only on skin color but also other physical cues, such as hair color and textures, as well as facial features to determine a person's group - white, black or African American Chinese, and so forth. As they mature, children realize that physical cues can be unreliable in determining some people's race. Children begin to also rely on more subtle cues - including social and behavioral ones - when making racial identifications.	Unless they are sensitively taught not to prejudice people based on their race, children may adopt full-fledged racial stereotypes, common in the culture and their own racial group.

Adapted from "I'm Chocolate, You're Vanilla" by Marguerite Wright

HEAD START MULTICULTURAL PRINCIPLES

1. Every individual is rooted in culture.
2. The cultural groups represented in the communities and families of each Head Start program are the primary sources for culturally relevant programming.
3. Culturally relevant and diverse programming requires learning accurate information about the culture of different groups and discarding stereotypes.
4. Addressing cultural relevance in making curriculum choices is a necessary, developmentally appropriate practice.
5. Every individual has the right to maintain his or her own identity while acquiring the skills required to function in our diverse society.
6. Effective programs for children with limited English speaking ability require continued development of the primary language while the acquisition of English is facilitated.
7. Culturally relevant programming requires reflects the community and families served.
8. Multicultural programming for children enables children to develop an awareness of, respect for, and appreciation of individual cultural differences. It is beneficial to all children.
9. Culturally relevant and diverse programming examines and challenges institutional and personal biases.
10. Culturally relevant and diverse programming and practices are incorporated in all components and services.

SELF-ASSESSMENT CHECKLIST FOR PERSONNEL PROVIDING SERVICES AND SUPPORTS TO CHILDREN AND THEIR FAMILIES

This checklist is intended to heighten the awareness and sensitivity of personnel to the importance of cultural diversity and cultural competence in early intervention and early childhood settings. It provides concrete examples of the kinds of values and practices which foster cultural and linguistic competence.

Directions: Select A, B, or C for each item listed below.

A = Things I do frequently

B = Things I do occasionally

C = Things I do rarely or never

Physical Environment, Materials and Resources

- _____ 1. I display pictures, posters and other materials which reflect the cultures and ethnic backgrounds of children and families served by my program or agency.
- _____ 2. I insure that magazines, brochures, and other printed materials in reception areas are of interest to and reflect the different cultures of children and families served by my program or agency.
- _____ 3. When using videos, films or other media resources for health education, treatment or other interventions, I insure that they reflect the cultures of children and families served by my program or agency.
- _____ 4. When using food during an assessment, I insure that meals provided include foods that are unique to the cultural and ethnic backgrounds of children and families served by my program or agency.
- _____ 5. I insure that toys and other play accessories in reception areas and those which are used during assessment are representative of the various cultural and ethnic groups within the local community and the society in general.

Communication Styles

- _____ 6. For children who speak languages or dialects other than English, I attempt to learn and use key words in their language so that I am better able to communicate with them during assessment, treatment or other interventions.
- _____ 7. I attempt to determine any familial colloquialisms used by children and families that may impact on assessment, treatment or other interventions.
- _____ 8. I use visual aids, gestures, and physical prompts in my interactions with children who have limited English proficiency.
- _____ 9. I use bilingual staff or trained volunteers to serve as interpreters during assessment, meetings, or other events for parents who would require this level of assistance.

- _____ 10. When interacting with parents who have limited English proficiency I always keep in mind that:
- _____ limitations in English proficiency is in no way a reflection of their level of intellectual functioning.
 - _____ their limited ability to speak the language of the dominant culture has no bearing on their ability to communicate effectively in their language of origin.
 - _____ they may or may not be literate in their language of origin or English.
- _____ 11. When possible, I insure that all notices and communiqués to parents are written in their language of origin.
- _____ 12. I understand that it may be necessary to use alternatives to written communications for some families, as word of mouth may be a preferred method of receiving information.

Values and Attitudes

- _____ 13. I avoid imposing values that may conflict or be inconsistent with those of cultures or ethnic groups other than my own.
- _____ 14. In group therapy or treatment situations, I discourage children from using racial and ethnic slurs by helping them understand that certain words can hurt others.
- _____ 15. I screen books, movies, and other media resources for negative cultural, ethnic, or racial stereotypes before sharing them with children and their parents served by my program or agency.
- _____ 16. I intervene in an appropriate manner when I observe other staff or parents within my program or agency engaging in behaviors that show cultural insensitivity or prejudice.
- _____ 17. I understand and accept that family is defined differently by different cultures (e.g. extended family members, fictive kin, godparents).
- _____ 18. I recognize and accept that individuals from culturally diverse backgrounds may desire varying degrees of acculturation into the dominant culture.
- _____ 19. I accept and respect that male-female roles in families may vary significantly among different cultures (e.g. who makes major decisions for the family, play and social interactions expected of male and female children).
- _____ 20. I understand that age and life cycle factors must be considered in interactions with individuals and families (e.g. high value placed on the decisions of elders or the role of the eldest male in families).
- _____ 21. Even if my professional or moral viewpoints may differ, I accept the family/parents as the ultimate decision makers for services and supports for their children.
- _____ 22. I recognize that the meaning or value of medical treatment and health education may vary greatly among cultures.
- _____ 23. I accept that religion and other beliefs may influence how families respond to illnesses, disease, and death.

- _____ 24. I recognize and accept that folk and religious beliefs may influence a family's reaction and approach to a child born with a disability or later diagnosed with a disability or special health care needs.
- _____ 25. I understand that traditional approaches to disciplining children are influenced by culture.
- _____ 26. I understand that families from different cultures will have different expectations of their children for acquiring toileting, dressing, feeding, and other self help skills.
- _____ 27. I accept and respect that customs and beliefs about food, its value, preparation, and use are different from culture to culture.
- _____ 28. Before visiting or providing services in the home setting, I seek information on acceptable behaviors, courtesies, customs and expectations that are unique to families of specific cultures and ethnic groups served by my program or agency.
- _____ 29. I seek information from family members or other key community informants, which will assist in service adaptation to respond to the needs and preferences of culturally and ethnically diverse children and families served by my program or agency.
- _____ 30. I advocate for the review of my program's or agency's mission statement, goals, policies, and procedures to insure that they incorporate principles and practices that promote cultural diversity and cultural competence.

There is no answer key with correct responses. However, if you frequently responded "C", you may not necessarily demonstrate values and engage in practices that promote a culturally diverse and culturally competent service delivery system for children and families.

Adapted from Goode (2002) Promoting Cultural and Linguistic Competence and Cultural Diversity in Early Intervention and Early Childhood Settings.

WHEN PARENTS AND STAFF DISAGREE OVER CAREGIVING ROUTINES

By Janet Gonzalez-Mena

Parents and caregivers sometimes hold very strong views about how babies are supposed to be cared for.

These deep-seated ideas are embedded in each of us and remain mostly subconscious and nonverbal until challenged by someone with a conflicting view. We must find ways to manage and resolve conflicts, both cultural and individual, especially those conflicts relating to caregiving practices. For several years now I've been examining areas of disagreement around infant routines such as diapering, feeding, toilet training, holding, comforting and "educating" babies. My aim is to help people find ways to manage and resolve conflicts so they can make a better match. The more the adults in their lives work at settling disagreements, the fewer inconsistencies in approach the babies will experience. My theory is that with adults working hard to manage their conflicts the child will be exposed to fewer culturally assaultive experiences.

So what do you do when you're a caregiver and you and a parent disagree about what's good for babies? I see four outcomes to cultural and individual conflicts in infant/toddler caregiving situations.

1. Resolution through mutual understanding and negotiation. Both parties see the other's perspective, both parties give a little or a lot.
2. Resolution through caregiver education. Caregiver sees parent's perspective. Caregiver changes.
3. Resolution through parent education. Parent sees caregiver's perspective. Parent changes.
4. No resolution.

*The worst "no resolution" scenario is that neither side see the other's perspective—neither changes. There is no respect and conflict continues uncontained or escalates. Sneaking around may occur, or underhanded fighting.

*The best "no resolution" scenario is that each has a view of the other's perspective, each is sensitive and respectful but unable, because of differing values and beliefs, to change their stance. Here conflict management skills come into play as both learn to cope with differences. The conflict stays above board—though perhaps not always in the open.

The fourth outcome is a fairly common outcome as people deal with diversity, while hanging on to their own cultures. Conflict management skills (as opposed to conflict resolution skills) are important for all of us to learn as we go through life bumping in to conflicts that can't be resolved. Handled sensitively and with respect, learning to manage these conflicts in healthy ways provide the challenges that make life interesting.

Here are examples of each of these outcomes.

1. Resolution Through Mutual Understanding And Negotiation.

These conflicts involve "win-win" negotiations with movement from both sides.

Here's the scene: We have on the one hand a parent who hates to see her child messy. On the other hand we have a caregiver who provides messy sensory activities. At first, these two expressed angry feelings to each other. But they were developing a relationship at the same time they clashed over this one issue. They talked about their feelings and their perspectives regularly. Gradually they began to understand each other.

The caregiver educated herself. She went to some trouble to find out why being clean was so important to this parent. It took lots of talking before she understood that clean meant "decent" to this family. She found out

that this family had an experience with Child Protective Services accusing a neighbor of neglect because her child looked dirty a lot. But it wasn't just a defensive stance this family took. They felt clothes show the quality of the family. They felt they were sending their child to "school" and when the child goes to school clean and well dressed it shows the parents' respect for education. So naturally it was upsetting to them when the child was picked up with clothes full of grass stains, food, or finger paint. They couldn't accept the suggestion of sending their child in old clothes. I didn't fit in with their image of decency or "school."

While the caregiver was getting educated, she was also educating the parents about the importance of sensory experiences that involve messes. Finally they came to an agreement that the caregiver would change the clothes of the child during messy play, or at least make sure she was covered up, so that when the parents returned they would find their child as they left her. The parents were not completely convinced that messy experiences were important but they said it would be okay as long as their daughter's clothes weren't involved. The teacher continued to feel they were overly concerned with appearances. Neither side completely gave up on reforming the other side, but both felt okay about the arrangement.

2. Resolution Through Caregiver Education. Caregiver sees parent's perspective. Caregiver changes.

Here's the situation: The caregiver believed that babies should sleep alone in a crib – tucked away in a darkened, quiet spot (the naproom). Licensing agreed. But along came a baby who couldn't sleep alone. He cried and got very upset when put in a crib by himself.

At first the caregiver thought he would get used to the center's approach, but he didn't. He became distraught and refused to sleep when he was put in to a crib in the naproom. So after talking to the parents, the caregiver discovered he had never slept alone in his life and the parents didn't even have a crib. He came from a large family and was used to sleeping in the midst of activity. The caregiver had already discovered that he went to sleep easily in the play area on a mattress with other children snuggling or playing around him. She had no objection to letting him nap in the play area, but that approach to napping was against regulations, so going along with what the parents wanted presented a problem. Instead of trying to convince the parents (and the baby) to change she went to work to convince licensing. She was able to get a waiver once she convinced them that she was only able to fulfill the spirit of the regulation – that each child has a right to quiet undisturbed sleep – if she didn't isolate the child in a crib in the naproom. In this case the caregiver made the changes – accommodated the wishes of the parent and the needs of the child. You might not agree that she should have done what she did, but she felt quite comfortable about what she considered a culturally sensitive decision.

3. Resolution Through Parent Education. Parent sees caregiver's perspective. Parent changes.

Here's the story. The caregiver kept putting babies on the floor to move around and explore toys. She found out that most of the parents in the program wanted their babies to be held all the time. Although they complained to the caregiver, instead of stopping the practice, she started a series of discussions – both individual and group. She educated the parents about the value of freedom of movement. She knew that safety issues were a big concern, as well as dirt, germs, drafts. She knew that in their own home the floor wasn't a safe place for babies. She discussed the subject more than once. She didn't resolve the conflict with all the parents, but she continued to work at it. Once she helped them clarify their goals for their children they realized that freedom to move was vital to their children's development! Because she had a philosophy that babies should not be confined either by being held all the time or by being in infant swings, high chairs, infant seats, she didn't compromise. She showed the parents how their children would be safe on the floor by having the immobile ones fenced off from the mobile ones. She practiced in the open what she felt was so important, and after she convinced a few parents they began to convince the others. This caregiver was of the same culture as the parents, so she wasn't an outsider coming in telling them what to do without understanding their culture. She was an insider who had a different perspective and was able to help them

see that their goals and their practices were in conflict with each other. You may not agree with what she did, but she felt very strongly that she was right in changing the parents – in educating them to another view.

4. Conflict Management When There Is No Resolution.

The caregiver in this example was uncomfortable when a new parent told her that her one year old was toilet trained. She didn't believe it and felt that parent was trained, not the baby. She and the parent started a series of conversations about this subject. Even though the caregiver didn't change her approach to toilet training, through the discussions the caregiver was able to quit feeling critical of this parent as she was eventually to see where she was coming from.

The caregiver came to understand that toilet training means different things to different people. To the caregiver it meant teaching the child to go to the toilet by herself, wipe, wash hands, etc. The child must be old enough to walk, talk, hold on to urine and feces, let go after getting clothes off, and wash hands. In other cultures, where interdependence is important, adult and child are partners and the adult reads the child's signals and as well as trains the child to let go at a certain time, or to a certain signal, even though the child is only a year old, or perhaps even younger. This approach works best without diapers or complicated clothing like overalls. Although this caregiver did not change her own approach to toilet training she was respectful of someone who does something different from what she did. She was accepting of the difference and quit feeling angry or superior to the parent.

The parent came to understand the caregiver's perspective, too, though she still wanted her to give it a try. The very few times the caregiver did try, it didn't work because she didn't have the time, or the relationship, or the techniques, or an understanding of the interdependence point of view.

This conflict was unresolved but was managed by both parties. The mother continued to “catch” her child at home, and put diapers on when she was in day care. Neither parent nor caregiver felt entirely satisfied, but both parties managed to cope and weather it through until the child was old enough to become independent about her toileting.

Responding to conflict in sensitive, respectful ways.

It's much easier to do parent education (if that is appropriate) if you are of the same culture as the parents. You can see their perspective better. You can work from the inside. Working from the inside of the culture is very important.

Is it ever okay to go along with something you don't feel good about? I can't tell you if it's okay or not. It depends on your bottom line and how flexible you are above that. It's not okay from my point of view to go along with sexism, oppression, or abuse, even if you are told that it is cultural.

Below are some tips about allowing cultural conflicts to rise and responding in sensitive, respecting ways.

Know what each parent in your program wants for his or her child.

Find out their goals. What are their caregiving practices? What concerns do they have about their child in your program? Encourage them to talk about all this. Encourage them to ask questions. Encourage the conflicts to come to the surface—to come out in the open.

Become clear about your own values and goals.

Know what you believe in. Have a bottom line, but leave space above it to be flexible. When you are clear you are less likely to present a strong defensive stance in the face of conflict. It is when we are ambiguous that we come on the strongest.

Become sensitive to your own discomfort.

Tune in on those times when something bothers you, instead of just ignoring it and hoping it will go away. Work to identify what specific behaviors of others make you uncomfortable. Try to discover what exactly in yourself creates this discomfort. A conflict may be brewing.

Build relationships

You'll enhance your chances for conflict management or resolution if a relationship exists. Be patient. Building relationships takes time but they enhance communications and understandings. You'll communicate better if you have a relationship. And, you'll have a relationship if you learn to communicate.

Become an effective cross cultural communicator.

It is possible to learn these communication skills. Learn about communications styles that are different from yours. Teach your own communications styles. What you think a person means may not be what he or she really means. Do not make assumptions. Listen carefully. Ask for clarification. Find ways to test for understanding. This is a complex subject but it has to do with reading body language, along with verbal content. It has to do with how feelings are expressed. It even has to do with such basic things as your sense of timing, and perception of space, including how close you stand. Even tone of voice can be grossly misinterpreted. All of these are to some extent culturally determined and influence the messages we send and receive. If you are in a conflict, try to determine whether the conflict is a difference in communication styles or process or if it is about content or motives.

Learn how to create dialogues – how to open up communication instead of shutting it down.

Often if you accept and acknowledge the other person's feelings you may encourage him or her to open up. Learn ways to let others know that you are aware of and sensitive to their feelings. Notice when your own expression of feelings gets in the way of continuing the dialogue – or perhaps it's a judgmental attitude that's keeping you from listening to the other person in a conflict situation. Keep at it. Use gently firm persistence. Don't give up. Keep trying to see their point of view and make your own known. It helps if you listen at least as much as you talk.

Use a problem solving approach to conflicts rather than a power approach.

Be flexible when you can. Negotiate when possible. Look at your willingness to share power. Is it a control issue you are dealing with?

Commit yourself to education – both your own and that of the parents.

Sometimes lack of information or understanding each other's perspective is what is keeping the conflict going.

I am concerned that each infant find the kind of consistency between his or her care at home and that in child care that will allow him or her to become a solid member of his or her own culture. Culture is learned unconsciously and carried on most unconsciously for the rest of one's life. Those with too varied an input in the early years may wind up to be cultural chameleons—which may be a good thing—but they may also end up being marginal people who never feel that they fit anywhere. Babies who encounter constant cultural assault may develop low self-esteem. I believe we need a lot more studies and thought about exposing infants to cultural assaults in the early years.

© Janet Gonzalez-Mena *This document may be reproduced for educational purposes.*