



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

GRADO EN ENFERMERÍA
Trabajo Fin de Grado

Prejuicios y racismo en la atención de Enfermería a población inmigrante en España

Alumno: Carlos Alberto Miras Sampedro
Tutora: María Hernández Padilla
Dpto.: Departamento de Enfermería

Julio, 2015

Carlos A. Shivers

Tabla de contenido

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. METODOLOGÍA.....	10
4. ESTADO DE LA CUESTIÓN	14
4.1 Modelos transculturales	17
4.1.1 <i>Modelo de Enfermería Transcultural de Leininger o “sol naciente”</i>	<i>17</i>
4.1.2 <i>Modelo de Enfermería Transcultural de Papadopoulos</i>	<i>18</i>
4.2 Actitudes de colectivos	19
4.2.1 <i>Actitudes del personal de Enfermería</i>	<i>19</i>
4.2.2 <i>Actitud del colectivo inmigrante</i>	<i>21</i>
4.2.3 <i>Actitudes del alumnado de Enfermería</i>	<i>22</i>
4.3 Instrumentos:	23
4.3.1 <i>Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería</i>	<i>23</i>
4.3.2 <i>Escala de Pettigrew y Meertens.....</i>	<i>26</i>
4.3.3 <i>Escala de Pettigrew y Meertens (adaptación realizada por Frías-Navarro v.2014).....</i>	<i>29</i>
4.4 Medidas y propuestas para mejorar la situación actual	30
5. CONCLUSIONES	33
6. BIBLIOGRAFÍA.....	34

1. RESUMEN

Prejuicios y racismo en la atención de Enfermería a población inmigrante en España

Resumen: La sociedad española actual es muy diferente a la de hace unas décadas. La llegada de inmigrantes en los últimos años ha cambiado el perfil de los y las pacientes, originando sentimientos de frustración y desidia en el colectivo enfermero. Este trabajo pretende profundizar en los prejuicios y el racismo en la atención enfermera hacia la población inmigrante, analizando los estudios que se hayan realizado hasta la fecha. *Metodología:* Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: CUIDEN PLUS, PubMed, Cochrane, MedlinePlus, SCOPUS, ISI WOS, Google Scholar y DIALNET; con los siguientes descriptores: racismo, prejuicio, discriminación, vulnerabilidad, enfermería, atención enfermera, inmigrante, migración, con sus correspondientes truncamientos y traducciones. *Conclusiones:* Muchos autores afirman que es un tema de gran interés, pero la bibliografía sigue siendo escasa, a pesar de que la Enfermería cuenta con modelos teóricos, así como con escalas e instrumentos de evaluación validados.

Palabras clave: inmigración, atención de Enfermería, prejuicio, racismo, España, género

Abstract: Current Spanish society is very different from the Spanish society of some decades ago. The arrival of immigrants has changed the profile of patients, causing frustration and apathy in nurses. This final-year research project aims to deepen prejudices and racism in nursing care towards immigrants, considering the studies that have been conducted until now. *Methodology:* I performed a literature research in the following databases: CUIDEN PLUS, PubMed, Cochrane, MedlinePlus, Scopus, ISI WOS, Google Scholar and DIALNET; with the following descriptors: racism, prejudice, discrimination, vulnerability, nursing, nurse care, immigration, migration, along with their corresponding truncations and translations. *Conclusions:* Many authors state that this is an issue of great interest; however, the literature today remains low, despite having theoretical models, as well as validated assessment scales and instruments.

Keywords: immigration, nursing care, prejudice, racism, Spain, gender

2. INTRODUCCIÓN

Me gustaría destacar brevemente los motivos que me han llevado a elegir este tema como trabajo fin de grado. En mi anterior carrera, Traducción e Interpretación, estudié diversos idiomas entre los que se encuentran el inglés, el francés y el árabe, junto con las respectivas culturas. Pese a que en un principio puede resultar un cambio radical sin una conexión evidente con la Enfermería, cada día soy más consciente y estoy más convencido de lo útiles que pueden resultar los idiomas y el conocimiento de culturas diferentes a la hora de atender al colectivo sobre el que trata este trabajo: la población inmigrante.

Asimismo, a raíz de mi trabajo como voluntario en la Asamblea Local de Jaén de Cruz Roja Española, y concretamente dentro de los proyectos de asentamientos e integración, pude confirmar algo de lo que todos deberíamos ser conscientes: que junto a las mujeres en dificultad social, las personas en situación de extrema pobreza y nuestros mayores y sus cuidadoras, entre otros, el colectivo inmigrante forma parte de los grupos sociales más vulnerables, (Cruz Roja, 2013).

Además, a lo largo de mis prácticas como alumno de Enfermería en la atención hospitalaria, me he encontrado con profesionales sanitarios que han demostrado algún tipo de desdén o que han realizado algún comentario despectivo hacia algún inmigrante ingresado o hacia algún acompañante también de origen extranjero. Desde "el moro de la 320" (siendo el paciente de Pakistán), "háblale en español que ése se entera" (como si el idioma se aprendiera simplemente cruzando una frontera) o hasta "cruzaría porque se aburriría en su país", (refiriéndose a un niño de 15 años que había cruzado la frontera debajo de un camión arriesgando su vida y dejando en Marruecos a toda su familia). He escuchado grandes despropósitos en muy poco tiempo.

La Real Academia de la lengua española entiende por *prejuicio* la “opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal”, (RAE, 2014). Además, hay autores que ofrecen una definición más específica del *prejuicio social*, siendo ésta “la predisposición negativa que una persona desarrolla hacia un grupo de individuos, producto de la aceptación sin evidencias de un estereotipo sobre ese grupo, un estereotipo es un conjunto estable de creencias y de ideas preconcebidas que los miembros de un determinado grupo comparten sobre las características de otros grupos”, (Plaza del Pino, 2012).

Asimismo, el concepto de racismo viene definido por la RAE como la “exacerbación del sentido racial de un grupo étnico, especialmente cuando convive con otro u otros” o como la “doctrina antropológica o política basada en este sentimiento y que en ocasiones ha motivado la persecución de un grupo étnico considerado como inferior”, (RAE, 2014). Sin embargo, este concepto de racismo se queda obsoleto para el racismo del siglo XXI, (Sánchez Ortuño et al., 2005). El concepto de racismo del siglo XIX ha dado paso a nuevas expresiones o formas más sutiles de prejuicios, dando lugar a los conceptos de “racismo sutil”, “racismo moderno” o “racismo simbólico”. El hecho de vivir en democracia ha dado lugar a que ciertos comportamientos hayan evolucionado hacia otros más sutiles por no ser políticamente correctos o socialmente aceptados. Así, una persona racista sutil defenderá los valores tradicionales de su cultura afirmando que los inmigrantes no son capaces de adaptarse y exagerará las diferencias entre las personas de su cultura y los de la ajena sin tener respuestas emocionales negativas o emociones de aversión hacia los inmigrantes, pero también sin tener respuestas emocionales positivas hacia ellos.

Es importante distinguir tres tipos de racismo en los estudios que se realicen en relación al nivel de racismo o prejuicios de un grupo determinado de personas, como puede ser el de los profesionales sanitarios, atendiendo a dos escalas: una para medir el prejuicio/racismo evidente o manifiesto y otra para medir el prejuicio/racismo sutil, (Sánchez Ortuño et al., 2005). Así, se pueden obtener tres tipos de perfiles:

- Sujetos igualitarios: prejuicio/racismo bajo tanto en la escala manifiesta como en la escala sutil
- Sujetos fanáticos: prejuicio/racismo alto en la escala manifiesta y en la escala sutil
- Sujetos sutiles: prejuicio/racismo bajo en la escala manifiesta y alto en la escala sutil

Cuando llevamos el uniforme, ya sea blanco, verde, azul, desechable o de tela, dejamos de ser las personas que somos en nuestros hogares o con nuestros amigos y pasamos a formar parte del sistema sanitario público de un país democrático en el que el respeto debe ser la base de las relaciones a cualquier nivel, con todas las connotaciones que ello conlleva, algo que olvidamos, al parecer, en ciertos momentos y que no debiera ocurrir jamás. La actitud que se adoptara como profesional debería ser la de tolerancia cero ante cualquier comentario xenófobo o conducta discriminatoria.

Queriendo analizar datos oficiales y considerando que los inmigrantes en situación irregular quedan fuera de algunas estadísticas, tenemos que tener en cuenta que de las 46.464.053 personas que estaban censadas en España a 1 de julio de 2014, 41.925.550 eran españoles y 4.538.503 eran extranjeros, lo que supone casi un 10% de la población total de nuestro país, (INE, 2014). Este porcentaje es superado por algunos países europeos como Luxemburgo o Chipre, entre otros, (Eurostat, 2013), pero tenemos que tener en cuenta que ocupamos el puesto nº 17 en cuanto a la tasa de migración neta a nivel mundial, (Index Mundi, 2012) y que la llegada de la mayor parte de los inmigrantes que hay en nuestro país actualmente se produjo en un período de tiempo muy breve en comparación con otros países del continente europeo. Tan sólo hay que echar un vistazo atrás en el tiempo: en el año 2000 la población extranjera en nuestro país ascendía a 895.720 personas, una cifra que se ha multiplicado por más de 5 en tan solo 14 años, (Junta de Andalucía, 2007). Además, la sociedad española ha de prepararse para la llegada de más inmigrantes; en primer lugar, porque la llegada de inmigrantes es constante, y en segundo lugar, y con mucha más razón aún, por la cuota de refugiados que Bruselas quiere que se apruebe, en la que por ahora se pide a España que acoga en los próximos dos años a 4.288 refugiados, convirtiéndose así en el tercer país en acoger a refugiados, por detrás de Alemania y Francia, (Domínguez Cebrián, 2015).

Por parte del sistema, la reciente crisis que ha azotado a todo el globo ha propiciado la implementación de medidas a nivel del Gobierno central que han atentado directamente contra los derechos de este colectivo en los últimos años. Todos tenemos reciente en nuestra memoria, en materia sanitaria, la polémica medida tomada por la ex-ministra de Sanidad, Ana Mato, en la que se afirmaba que se iban a ahorrar 240 millones de euros dejando fuera del sistema a 153.469 inmigrantes en situación irregular, (De Benito et al., 2012). Si bien es cierto que para no contravenir la Constitución española se estableció que se atendería a todo aquel inmigrante en situación irregular en caso de urgencia y emergencia (hasta el alta médica, no el alta hospitalaria), a toda mujer inmigrante durante el embarazo, el parto y el puerperio, y a todo menor extranjero en igualdad de condiciones que un menor español, dicha medida dio pie a un gran desconcierto por parte del personal sanitario. Así, nos podemos encontrar en los medios y en informes de asociaciones pro-inmigrantes con noticias en las que se les denegó la tarjeta sanitaria a niños por ser hijos de inmigrantes en situación y a enfermos crónicos sin ningún tipo de recursos a los que se les ha exigido que paguen facturas con un alto importe en

concepto de medicamentos, (Federación de Asociaciones de SOS Racismo del estado español, 2013); (Sahuquillo, 2012) y (Prats, 2012).

En contraposición, nos encontramos con los colectivos sanitarios, que se han opuesto radicalmente al Real Decreto-ley 16/2012, por detectar en éste un atentado contra el Sistema Nacional de Salud, y también a algunas Comunidades Autónomas que, al tener competencias en materia de Sanidad, como Andalucía, han establecido una norma interna en la que amplían la asistencia sanitaria al colectivo inmigrante (ya sea en situación irregular o no) equiparándolos a la población española y respetando el derecho universal a la sanidad de nuestra Constitución. En Andalucía hay datos que afirman que la atención en los centros de salud a la población inmigrante en situación irregular en el año 2008, cuando la población inmigrante era mayor que la actual, "supuso el 0,69% del porcentaje total y un 2,5% de las urgencias" (Prats, 2012), por lo que el argumento económico de la ex-ministra Mato se quedaría sin ninguna base.

Otro aspecto que me parece importante resaltar y que condiciona el hecho de que se hayan llevado a cabo (o no) estudios relacionados con el tema de prejuicios y racismo en la atención de Enfermería en España es que, analizando los planes de estudios de Enfermería de la Universidad de Jaén (en un pasado adscrita a la Universidad de Granada) de 1979, 1997 y 1999, el concepto de cultura no aparece como asignatura en ninguno de los anteriores planes. Podría darse la posibilidad de que este concepto apareciera en el programa de alguna de las asignaturas de dichos planes, pero este asunto daría para otro trabajo fin de grado en el que se pudiera investigar más a fondo la introducción de la cultura como determinante de la salud en los programas de las diferentes asignaturas de la diplomatura de Enfermería. Por lo que he podido comprobar, al consultar los mencionados planes de estudios, no es hasta el año 2010, con la implantación del Grado en Enfermería, que aparece una asignatura de Formación Básica llamada "Cultura, Género y Cuidados de la Salud". Así, podríamos decir que los profesionales enfermeros formados con anterioridad al nuevo Grado en Enfermería, no han visto durante su formación reglada ningún tema relacionado con la cultura.

Teniendo en cuenta todo este contexto y la experiencia personal, considero que en un trabajo fin de grado tiene cabida la presente revisión bibliográfica sobre los prejuicios y racismo en la atención de Enfermería hacia la población inmigrante.

Así pues, pretendo con este trabajo cumplir con el siguiente objetivo general y específicos, respectivamente:

- Conocer la ausencia o presencia de prejuicios por parte del personal de Enfermería en la atención que se presta al colectivo inmigrante.
- Conocer la investigación existente en materia de competencias culturales y lingüísticas del personal de Enfermería en España.
- Crear una base personal sólida de conocimiento para poder investigar en un futuro acerca de este tema.

3. METODOLOGÍA

Para el presente trabajo de revisión, decidí tomar los siguientes descriptores: racismo, prejuicio, vulnerabilidad, Enfermería, atención enfermera, inmigrante y migración, con sus correspondientes truncamientos y traducciones, según las exigencias y posibilidades que me pedían y ofrecían las diferentes bases de datos consultadas. Además, introduje el descriptor “género”, aunque debo resaltar que la búsqueda no resultó en ningún caso fructuosa, ya que los pocos resultados que obtenía de por sí, se reducían a cero al insertar dicho descriptor. Con este último dato queda patente la necesidad que existe de realizar investigaciones con perspectiva de género, un concepto que, al igual que la cultura, es transdisciplinar e incide directamente en la salud.

Las bases de datos consultadas fueron: CUIDEN PLUS, PubMed, Cochrane, MedlinePlus, SCOPUS, ISI WOS, Google Scholar y DIALNET.

De las búsquedas realizadas, tuve que rechazar muchos artículos por no ceñirse al tema del presente trabajo fin de grado. En las bases de datos consultadas internacionales, la mayoría de los resultados que obtuve fueron artículos en los que se investigaba el racismo y los prejuicios sufridos por parte del personal de Enfermería con origen extranjero o de color negro (especialmente en EEUU y Brasil). El motivo por el que decidí no contar con estos artículos fue porque la situación española actual es muy diferente a la de dichos países. Todavía nos encontramos con la primera generación de inmigrantes que se están asentando en España y es raro encontrar a personal de Enfermería de origen extranjero. Sin embargo, no debemos obviar la realidad de otros países, ya que seguramente sea la situación que podremos observar en España dentro de unos años o décadas.

Asimismo, consulté los diferentes planes de estudios de la Diplomatura de Enfermería de la Universidad de Jaén (1979, 1997 y 1999) y del Grado en Enfermería de 2010 de la misma Universidad (2010) para ver en qué momento se introdujo en el plan de estudios una asignatura en la que se contemplara la cultura como elemento condicionante de salud; y también datos del INE y de Eurostat.

Bases de datos consultadas: CUIDEN PLUS, PubMed, Cochrane, MedlinePlus, SCOPUS, ISI WOS, Google Scholar y DIALNET

Descriptores: racismo, prejuicio, vulnerabilidad, Enfermería, atención enfermera, inmigrante, migración y género

AUTOR(ES) / AÑO	TÍTULO	METODOLOGÍA EMPLEADA / INSTRUMENTOS	MUESTRA	PERSPECTIVA DE GÉNERO
Dolores Frías Navarro (2014)	Adaptación al español del instrumento de prejuicio manifiesto y sutil de Pettigrew y Meertens (1995)	Artículo original	-	No
Juan Luis González Pascual y Manuel Moreno Preciado (2014)	Relaciones de poder en los Hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados	Estudio cualitativo Observación Entrevista	- -	Sí
Fernando Jesús Plaza del Pino (2012)	Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el Sur de España	Estudio cuantitativo transversal Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería (EAIE) con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones, modificando algunos ítems	226	No
Fernando Jesús Plaza del Pino y Margarita Veiga del Pino (2012)	La visión del otro y la conflictividad en la relación enfermera-paciente musulmán	Estudio cualitativo Entrevistas en profundidad	-	No
Fernando Jesús Plaza del Pino y Margarita Veiga del Pino (2011)	Visión de los pacientes musulmanes de la competencia en comunicación intercultural de los profesionales de Enfermería que los cuidan: El proyecto	Estudio cualitativo Entrevistas en profundidad y grupos de discusión	30-40 entrevistas	No
Dolores Frías Navarro (2009)	Adaptación al español del instrumento de prejuicio manifiesto y sutil de Pettigrew y Meertens (1995)	Artículo original	-	No

Fernando Jesús Plaza del Pino y Encarnación Soriano Ayala (2009)	Aproximación cualitativa a la relación enfermera-paciente musulmán ¹	Estudio cualitativo Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron los descriptores: inmigración, cultura, Enfermería, musulmán-Islam y comunicación intercultural en MEDLINE, CINAHL, CUIDEN, CUIDATGE, IME, BDIE, Biblioteca Cochrane y Google Scholar 2 grupos de discusión	-	No
Fernando Jesús Plaza del Pino, M ^a Loreto Martínez Gálvez, Joaquín Rodríguez Alonso, M ^a Dolores Plaza Del Pino (2008)	Visión de los profesionales de Enfermería sobre los pacientes magrebíes	Estudio observacional descriptivo transversal Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería (EAIE) con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones	95	Sí
Dympna Tuohy, Jane McCarthy, Irene Cassidy y Margaret Graham (2008)	Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland	Estudio cualitativo Entrevistas semiestructuradas	7	No
José Luis Díaz Agea y M ^a Rosario Martín Robles (2007)	La asistencia al inmigrado en Urgencias. Una aproximación cualitativa	Estudio cualitativo Técnica de la observación participante	4	No
Fernando Jesús Plaza del Pino, M ^a Loreto Martínez	Enfermería hospitalaria ante pacientes inmigrantes	Estudio cuantitativo transversal		Sí

¹ Este trabajo forma parte de un proyecto financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la convocatoria de subvenciones para la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía de 2007 (BOJA nº 149 de fecha 30 de julio). Expediente: PI 424-2007.

Gálvez, Joaquín Rodríguez Alonso, M ^a Dolores Plaza Del Pino (2007)		Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería (EAIE) con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones	95	
Montserrat Antonín Martín y Joaquín Tomás Sábado (2006)	Actitud ante la inmigración en estudiantes de Enfermería. Valoración antes y después del 11-M	Estudio cuantitativo Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería (EAIE) con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones	204	No
Fernando Jesús Plaza del Pino, M ^a Dolores Plaza del Pino, M ^a Loreto Martínez Gálvez (2005)	Inmigración en el poniente almeriense: pobreza, desarraigo, salud mental e implicación en el cuidado	Estudio cuantitativo	-	No
María Montserrat Sánchez Ortuño, M ^a José Campillo Cascales, Sebastián Illán Franco, Laura Llor Zaragoza y José Antonio Ruiz Hernández (2005)	Actitudes de una muestra de estudiantes de la región de Murcia hacia los inmigrantes magrebíes	Estudio cuantitativo Escala de Pettigrew y Meertens adaptada por Rueda y Navas ampliada	323	No
Montserrat Antonín Marín y Joaquín Tomás Sábado (2004)	La escala de actitud ante la inmigración para Enfermería: validación preliminar	Estudio cuantitativo Cuestionario con 51 ítems sometido a un grupo de 10 jueces expertos con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones Cuestionario con 39 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones	10 267	No

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Como he mencionado en la introducción, la población española a 1 de julio de 2014 ascendía a 46.464.053 personas, de las cuales 4.538.503 eran extranjeros (casi un 10% del total de nuestro país). Sin embargo, si queremos ver las nacionalidades que conforman este grupo, tenemos que acudir a un informe que se publicó seis meses antes analizando la población en España en el año 2013 y los flujos migratorios, (INE, 2014). En dicho informe podemos observar, entre otros datos, que los grupos más numerosos son, por orden, los de Rumanía y Marruecos (con 730.340 y 714.221 personas, respectivamente). A estos países les siguen Reino Unido (311.774), Ecuador (212.970), Italia (182.249), Colombia (172.368), China (164.555), Alemania (149.522), Bulgaria (140.206), Bolivia (126.421), Portugal (109.568), Francia (100.448), Perú (83.583), Ucrania (81.625) y Argentina (80.910). Dicho informe también nos hace conocedores del flujo negativo que hay en todos estos grupos, salvo para el caso de Italia. Las causas de dicho flujo negativo son principalmente el desempleo, la crisis económica que ha afectado no solo a España, sino también a otros muchos países del mundo, y también la adquisición de la nacionalidad española, (INE, 2014).

En otros países del mundo, el fenómeno del racismo en la atención sanitaria ha sido ampliamente estudiado en el pasado. Como ejemplo, podemos encontrar numerosos estudios realizados en Brasil, donde conviven personas con diferentes colores de piel desde hace mucho tiempo. Algunos estudios, para analizar este fenómeno, analizan determinados datos objetivos como la tasa de mortalidad materna entre mujeres negras y blancas. En un estudio brasileño, se apuntaba, por ejemplo, que la diferencia que existía en dicha tasa entre las mujeres negras y blancas brasileñas (212,8/100.000 nacidos vivos frente a 37,73/100.000 nacidos vivos) “era un claro ejemplo del racismo y discriminación institucional”, (Fonseca Cruz, 2004). Sería muy interesante estudiar y ver si existe alguna diferencia entre la tasa de mortalidad materna en España entre mujeres españolas e inmigrantes; sin embargo, parece ser una información difícil de obtener para el presente trabajo, ya que no existe en el INE ninguna estadística que contemple la mortalidad materna y mucho menos aún la mortalidad materna de mujeres de origen español con la de mujeres de origen extranjero, o en base al color de piel. Además, la realidad española es muy diferente a la de Brasil, porque además de encontrar mujeres de origen no español (provenientes de países de la Unión Europea, como Rumanía), tenemos también un colectivo que desde siempre ha padecido el sufrimiento del racismo

como lo es la población gitana (población que en las estadísticas se encuentra dentro de la población española). Para calcular la tasa de mortalidad materna, en otro estudio, se empleó “una encuesta hospitalaria basada en el modelo de certificado europeo de muerte materna” y dicha encuesta se envió tanto a hospitales públicos como privados, (De Miguel Sesmero et al., 2002). En el caso de querer proseguir con la investigación y querer conocer si existe alguna diferencia en la tasa de mortalidad materna entre mujeres blancas y mujeres extranjeras, quizás deberíamos seguir un proceso similar (en el que se incluyera el origen/nacionalidad y color de piel de las madres) para obtener un resultado que se pudiera comparar con los obtenidos en Fonseca da Cruz (2004) y poder sacar alguna conclusión al respecto en España.

Sin embargo, y en un primer momento, decidí consultar la población en España de españoles y de extranjeros a fecha de 1 de julio de 2013 (Tabla 1) y compararla con las estadísticas de defunciones de españoles y de extranjeros (Tabla 2).

	Mujeres	Hombres	Total
Españoles	21.281.984	20.448.570	41.730.554
Extranjeros	2.377.502	2.485.181	4.862.682
Total	23.659.486	22.933.750	46.593.236

Tabla 1. Población en España (1 de julio de 2013) Fuente: INE / Elaboración propia.

	Mujeres	Hombres	Total
Españoles	190.585	199.834	390.419
Extranjeros	4.268	6.940	11.208
Total	194.853	206.774	401.627

Tabla 2. Defunciones en España (1 de julio de 2013). Fuente: INE / Elaboración propia.

Se puede observar que a 1 de julio de 2013, falleció un 0,89% de mujeres españolas en comparación con un 0,17% de mujeres extranjeras. En lo que a hombres se refiere, obtenemos que falleció un 0,97% de hombres españoles en comparación con un 0,27%. Esta diferencia en los datos, con un resultado positivo para la población extranjera (en la que se incluyen ciudadanos comunitarios), se debe, en su mayor medida, a que la población extranjera es en general más joven y por ende, goza de un mejor estado de salud que los ancianos españoles (incluidos en los anteriores datos). Sin embargo, estaríamos ciertamente en un error al afirmar que no existe racismo y/o prejuicios en la sanidad española a partir de los resultados

anteriores, ya que los datos anteriores no son para nada concluyentes y habría que realizar una investigación mucho más en profundidad.

Al no poder contar con la tasa de mortalidad materna de mujeres blancas y negras, sería mucho más interesante atender a la tasa de mortalidad de la población española en una franja de edad determinada (20-39 años) y compararla con la tasa de la población inmigrante de la misma franja de edad.

Edad	Mujeres	Hombres	Total
20-29	2.160.214	2.268.646	4.428.860
30-39	3.144.034	3.247.426	6.391.460

Tabla 3. Cifras de población española con 20-39 años de edad. 1 de enero de 2013. Fuente: INE / Elaboración propia.

Edad	Mujeres	Hombres	Total
20-29	485.141	429.271	914.412
30-39	651.522	718.916	1.370.438

Tabla 4. Cifras de población extranjera ² en España con 20-39 años de edad. 1 de enero de 2013. Fuente: INE / Elaboración propia.

Franja de edad	Mujeres	Hombres	Total
Españoles 20-29	426	1.033	1.459
Españoles 30-39	1.318	2.460	3.778
Extranjeros 20-29	80	219	299
Extranjeros 30-39	205	438	643

Tabla 5. Defunciones de españoles y extranjeros. Año 2013. Fuente: INE / Elaboración propia.

Franja de edad	Mujeres	Hombres	Total
Españoles 20-29	1,9	4,5	3,2
Españoles 30-39	4,1	7,5	5,9
Extranjeros 20-29	1,6	5,1	3,2
Extranjeros 30-39	3,1	6,1	4,7

Tabla 6. Defunciones de españoles y extranjeros (porcentajes expresados por 10.000 habitantes). Año 2013. Fuente: INE / Elaboración propia.

² La población extranjera que se ha obtenido a partir de la base de datos del INE pertenece a las siguientes categorías de países/regiones: Resto de la Unión Europea, Resto de Europa, África, América del Norte, Centro América y Caribe, Sudamérica, Asia, Oceanía y Apátridas.

Podemos observar que, según los resultados expuestos en la Tabla 6, la tasa de mortalidad en la franja de los 20-39 años de edad es más baja en el grupo de extranjeros (tanto para hombres como para mujeres), salvo para el grupo de hombres extranjeros de 20-29 años de edad. Sin embargo, ninguno de los datos anteriores es concluyente, por lo que para sacar conclusiones como las que se obtuvieron en el estudio de Fonseca da Cruzn (2004), deberíamos realizar una investigación mucho más exhaustiva y ver si se pudieran comparar resultados.

¿Cuál podría ser la explicación de este hecho? Quizás deberíamos de tener en cuenta que los extranjeros inmigrantes que viven en nuestro país lo hacen por cuestiones de trabajo y que son de la primera generación, por lo que resultaría razonable pensar que en el caso de desarrollar una enfermedad grave tomaran la decisión de volver a sus países de origen, con sus familias, razón que podría explicar el hecho de que la tasa de mortalidad de los españoles y españolas sea más elevada. Asimismo, hay que tener en cuenta que dentro de las cifras presentadas anteriormente también se encuentran todas aquellas personas provenientes de países donde se goza de un buen nivel de salud y educación, como los europeos, por lo que podrían cambiar los resultados obtenidos en el caso de comparar la tasa de mortalidad de los españoles con la de los extranjeros provenientes de países en vías de desarrollo, por ejemplo.

A continuación procederé a analizar la información que he encontrado a partir de los siguientes puntos: modelos transculturales, actitudes de colectivos, escalas e instrumentos de evaluación, y medidas y propuestas.

4.1 Modelos transculturales

4.1.1 Modelo de Enfermería Transcultural de Leininger o “sol naciente”

En la mayoría de los trabajos que he encontrado se hace referencia al modelo de Enfermería Transcultural de Leininger o “modelo del sol naciente”. El objetivo de este modelo es proporcionar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, ajustados a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de los pacientes, de forma que nuestros cuidados estén individualizados. Leininger define la Enfermería Transcultural o etnoenfermería como “aquella que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la

expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y sus prácticas asociadas”, (Benavent Garcés et al., 2009). La autora “desarrolló dicho modelo a partir de la creencia de que las culturas pueden determinar casi todos los cuidados que desean o necesitan recibir de parte de los profesionales de la salud”, (Plaza del Pino et al., 2005). La finalidad del modelo de Leininger es que los pacientes expresen y nos hagan conocedores de sus puntos de vista, conocimientos y prácticas para nosotros poder actuar y tomar decisiones como profesionales.

La teoría de Madeleine Leininger tiene cuatro principios generales, (Leininger, 2002):

- Los cuidados de Enfermería son distintos según la cultura, pero comparten atributos universales.
- La concepción del mundo de cada cultura influye en los diferentes modelos de cuidados.
- Los sistemas asistenciales genéricos (populares, p. ej.: curandero) y otros profesionales se derivan de las diferentes culturas.
- La Enfermería Transcultural tiene tres modos de actuación:
 - Mantenimiento de las prácticas culturales observadas
 - Adaptación de las prácticas culturales detectadas
 - Reestructuración de las prácticas culturales detectadas

4.1.2 Modelo de Enfermería Transcultural de Papadopoulos

Este modelo de desarrollo de habilidades transculturales creado en 1998 está compuesto por cuatro conceptos fundamentales, (Papadopoulos, 1998):

- Conciencia
- Conocimiento
- Sensibilidad
- Competencia cultural

El primer concepto, la conciencia, cuestiona nuestro sistema de valores y cómo se construye desde la sociedad. El concepto de conocimiento se corresponde con la comprensión de distintas culturas, los enlaces que existen entre unas y otras (sobre todo en salud). Debemos extraer este conocimiento del paciente extranjero al que vamos a aplicar nuestros cuidados, individualizando así nuestra atención. La sensibilidad se refiere a la predisposición que

tenemos cada uno de nosotros hacia los individuos que proceden de una cultura diferente a la nuestra. Por último, la competencia cultural se entiende como la consecuencia de una práctica antidiscriminatoria, (López Alonso, 2003).

4.2 Actitudes de colectivos

4.2.1 Actitudes del personal de Enfermería

El perfil cultural de los pacientes a los que los profesionales de Enfermería tienen que proporcionar cuidados es muy diferente al de los pacientes de hace unas décadas y esta diferencia “puede crear tensiones y malestar” en los y las profesionales sanitarios, (Plaza del Pino et al., 2007), principalmente como consecuencia, de los estereotipos que podemos encontrar por parte del personal de Enfermería hacia los inmigrantes: machismo, falta de higiene o desconfianza, (Plaza del Pino y Veiga del Pino, 2012). Estos nuevos pacientes tienen “otras costumbres, valores creencias y visiones del mundo, de la vida, de la muerte y del proceso salud-enfermedad, de cómo se enferma, de cómo se sana y de quién puede ayudar a sanar”, (Plaza del Pino, 2012).

A la hora de realizar una valoración inicial de Enfermería es muy importante que sepamos “cómo integrar los aspectos culturales, étnicos y religiosos que ayuden a definir y dirigir la vida de la persona, cualquiera sea su etnia o cultura si queremos conseguir una imagen global de la persona”, (Plaza del Pino et al., 2005). Para ello, es muy importante conocer cómo los prejuicios e imaginario español inciden en la asistencia del personal sanitario, y más concretamente en la del personal de Enfermería. Entendemos como parte del imaginario español “los miedos a la invasión cultural, imaginarios en torno a la asociación de inmigración y delincuencia, hostilidades, normas que regulen la entrada y estancia, propuestas de integración y tolerancia”, (Díaz Agea y Martín Robles, 2007).

En un estudio observacional descriptivo transversal realizado en Almería, se distribuyeron 95 encuestas entre las áreas de hospitalización, ya que es “en estos espacios donde el personal tiene una relación más estrecha, no sólo con el paciente extranjero, sino también con su familia”, (Plaza del Pino et al., 2007; Plaza del Pino et al., 2007b). El cuestionario que se administró, con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, contenía los ítems de la Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería (EAIE) modificados “para conseguir el objetivo de centrar más el estudio en las actitudes ante inmigrantes de tradición

musulmana (marroquíes, principalmente)”, (Plaza del Pino et al., 2007). Además, en dos de los ítems se diferenciaron cuatro grupos atendiendo a la procedencia del inmigrante (marroquíes, subsaharianos, europeos del este y sudamericanos). Los resultados fueron bastante claros: un 13,7% demostraron una actitud positiva, un 28,4% una actitud moderada positiva, un 42,1% una actitud moderada negativa y un 15,8% una actitud negativa. No se evidenciaron diferencias significativas entre grupos de diferente edad ni tampoco diferencias según sexo. Los marroquíes fueron los peores valorados “en cuanto a capacidad y esfuerzo para integrarse en nuestra sociedad”, (Plaza del Pino et al., 2007); los mejores valorados fueron los sudamericanos.

Los autores identifican algunas limitaciones del estudio, como la “escasa generalización” de los resultados obtenidos, y también es destacable la “desconfianza por parte de algunos profesionales a la hora de acceder a participar”, así como el hecho de que una enfermera afirmó que el cuestionario se pasaba como “instrumento de control”, (Plaza del Pino et al., 2007). Los autores también resaltan los “elevados porcentajes en puntuaciones negativas que se dan entre las auxiliares de Enfermería”; en el artículo se cuestionan la causa de tan notable diferencia, lanzando algunas hipótesis acerca de si la razón de ello pudiera ser las funciones que desempeñan (cuidados básicos de salud), las cargas de trabajo, la formación o el tipo de relación que establecen con los pacientes y familiares. Lógicamente, y bajo mi punto de vista, aunque todo influye en mayor o menor medida, la formación es un punto clave, ya que al formarse en este ámbito no solo se crea consciencia (algo muy necesario), sino que también se dota de ciertas herramientas o ideas para poder desempeñar mejor la labor de cuidar.

Además, me gustaría resaltar que hablar actualmente de cómo acogemos y tratamos a los inmigrantes en el sistema sanitario español es para muchos un tema delicado, espinoso e incluso un tabú, (Plaza del Pino et al., 2007); me ha sorprendido la reacción que han tenido muchos de mis tutores y enfermeros con los que he estado aprendiendo durante mi período de prácticas cuando he comentado el tema de mi trabajo de fin de grado, algunos incluso dándome ánimos por “aventurarme” a investigar sobre un tema como éste.

Así, el paciente extranjero es percibido como un paciente complicado, ya sea por la barrera del idioma, por un posible choque cultural (porque el profesional no haya recibido

ningún tipo de formación al respecto) o porque se piense que produce una mayor carga de trabajo, (Plaza del Pino, 2011).

En otro estudio en el que se analizan las relaciones de poder en los hospitales, las enfermeras “se quejan de que los padres y madres inmigrados incumplen más las normas y se enfrentan más a ellas”, pero se saca como conclusión que “son particularmente vulnerables a las relaciones monológicas”, (González Pascual y Moreno Preciado, 2014), en las que las personas se vuelven protagonistas pasivos de sus vidas. También se afirma en dicho estudio que “se juzga a los inmigrantes desde la perspectiva (evaluada como superior) de la propia cultura [...], como en el caso de los roles de género en los hombres musulmanes”, siendo esto un claro ejemplo de etnocentrismo.

4.2.2 Actitud del colectivo inmigrante

A partir de la búsqueda bibliográfica realizada, este punto es el menos explorado y estudiado. A la hora de estudiar a este grupo, sería necesario evaluar cómo ha sido el trato que dicho colectivo ha recibido por parte del personal de Enfermería; el respeto a las costumbres y tradiciones (tanto religiosas como otras); la percepción que tienen de haber sido objeto de conductas discriminatorias o comentarios xenófobos por parte del personal de Enfermería; la percepción acerca del conocimiento de las costumbres culturales que tiene el personal de Enfermería; la percepción acerca de la interpretación de costumbres y tradiciones que hacen los profesionales de Enfermería; las carencias percibidas en el trato o incluso en el sistema sanitario y otras áreas que se puedan mejorar, (Plaza del Pino, 2011). Todos estos aspectos se deberían adaptar según sea el grupo de inmigrantes más numeroso en la zona que se vaya a estudiar. Así, si se decidiese llevar a cabo el estudio en una zona, como por ejemplo la provincia de Almería, donde la mayoría de los inmigrantes que hay son de Marruecos, deberíamos estudiar los aspectos anteriormente citados incidiendo, por ejemplo, en los conocimientos que tienen los profesionales de Enfermería acerca de la religión del Islam y costumbres musulmanas, (Plaza del Pino, 2005).

En “*La visión del otro y la conflictividad en la relación enfermera-paciente musulmán*”, se hace un resumen del único estudio que he podido encontrar en España en el que se estudia y analiza la actitud de los pacientes de tradición musulmana, (Plaza del Pino y Veiga del Pino, 2012). En dicho estudio se analizan las siguientes categorías: a) Impresión del

hospital; b) Valoración de profesionales no enfermeros; c) Valoración de las enfermeras; d) No problemas; e) Problemas; f) Excusas al maltrato; g) Minimización de los problemas y h) Percepción de diferencia de trato por ser inmigrante.

La valoración que hicieron los pacientes musulmanes de la profesionalidad de las enfermeras es mayoritariamente positiva y resaltan la confianza transmitida, la atención recibida y los medios disponibles en los hospitales. Además, no aparecieron muchos pacientes que hubiesen tenido problemas con el personal de Enfermería, aunque sí hubo informantes que explicaron situaciones desagradables. En estos casos, la mayoría de los pacientes tiende a quitarle importancia e incluso justifica y disculpa a la enfermera por la conducta inapropiada, culpando incluso al propio paciente.

4.2.3 Actitudes del alumnado de Enfermería

A la hora de realizar una investigación sobre este tema, también tener en cuenta la actitud de los estudiantes de Enfermería (y por extensión, los de medicina, técnicos de cuidados, fisioterapia, etc.). En el caso del alumnado de Enfermería, durante la carrera universitaria tenemos una gran carga de horas prácticas asistenciales (más de 1.400 horas en el Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén repartidas en 7 *práctica*) y estamos durante dichas prácticas en contacto con los enfermeros y enfermeras que forman parte del sistema sanitario español actual. De los profesionales de Enfermería que desarrollan una labor docente, los estudiantes adquirimos habilidades, técnicas, pero también vicios y malos hábitos que debíamos ser capaces de identificar y no asimilar. Enfermeros y enfermeras instruyen a los alumnos que tutorizan y les condicionan a comportarse en muchos casos de una forma determinada, a pesar de que no siempre sea correcto el modo de proceder que tienen en algunas situaciones. Los alumnos y alumnas podemos sentirnos forzados y forzadas a actuar de la manera indicada y este tipo de situaciones pudieran hacer que trabajásemos de igual forma en nuestro futuro como profesionales, sin parar a cuestionarnos si es correcto o no.

Además, hay que tener en cuenta que, como cualquier otro miembro de la sociedad, cada estudiante tiene un concepto del “otro” condicionado por las vivencias que haya tenido en su vida, el círculo social de donde venga, etc. Por todo ello, considero que también es muy importante tener en cuenta el punto de vista de este grupo, tal y como se recoge en un estudio realizado en la región de Murcia, (Sánchez Ortuño et al., 2005). Pese a ser un estudio

realizado durante los años 1996-1999, algo que lo aleja de la realidad española actual, es interesante desde el punto de vista de que se apreció que existía un racismo sutil importante en el colectivo estudiado. Es cierto que no lo podemos extrapolar a la comunidad estudiantil de España, y mucho menos a la actual, pero aún así lo considero un estudio que debemos tener en cuenta por la importancia y la necesidad que tiene estudiar al alumnado.

En dicho estudio, “las puntuaciones medias en las escalas de prejuicio sutil y manifiesto son ligeramente superiores en el grupo de estudiantes más jóvenes” (ESO y Bachillerato). Cuando se observan las puntuaciones del racismo sutil, las diferencias “alcanzaron la significación estadística”; sin embargo, no se encontraron “diferencias estadísticamente significativas en la escala de prejuicio manifiesto”, (Sánchez Ortuño et al., 2005). En resumen, los niveles de prejuicio que se encontraron en el estudio anterior fueron bajos para el racismo manifiesto, pero altos para el racismo sutil.

En otro estudio, se analiza la actitud de los alumnos de Enfermería hacia la población inmigrante antes y después del 11-M (Antonín Martín y Tomás Sábado, 2006). Los resultados no fueron muy concluyentes, ya que aunque los datos posteriores al 11-M fueron mayores, “no presentan ningún apoyo empírico, al menos en lo que se refiere a la muestra de estudiantes de Enfermería, en los que parece tener más influencia el énfasis docente en el principio de equidad hacia todos los usuarios”.

4.3 Instrumentos:

4.3.1 Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería

La Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería es una escala desarrollada para medir y evaluar las actitudes de los profesionales de Enfermería y otros sanitarios ante la inmigración. Para el desarrollo de la misma se formularon 51 proposiciones, de las cuales 22 eran indicadores de actitud positiva y 29 eran de actitud negativa, (Antonín Martín-Tomás Sábado, 2004). Las proposiciones se sometieron a la consideración de 10 expertos (dos psicólogos, cuatro antropólogos, dos enfermeras y un médico), quienes tenían que puntuar cada una de ellas con una puntuación 1 a 5. Las proposiciones que obtuvieron 3 o menos se eliminaron (en total 7), con lo que quedaron 44. Después, se elaboró un cuestionario con un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones y se administró a 267 estudiantes de

Enfermería (225 mujeres y 42 hombres). Se calculó la correlación ítem-resto de ítems y se suprimieron los 5 ítems cuya correlación corregida era inferior a 0,30. Así, el cuestionario definitivo quedó conformado por los siguientes ítems:

“1. El extranjero que delinque debería ser expulsado del país. 2. La llegada de inmigrantes ha favorecido el aumento de la delincuencia. 3. Debemos garantizar que los inmigrantes puedan mantener sus costumbres y pautas culturales. 4. La diversidad étnica enriquece la cultura de nuestro país. 5. Debemos hacer un mayor esfuerzo para proporcionar a los inmigrantes una mayor calidad de vida. 6. Los inmigrantes, legales e ilegales, deben tener acceso a la sanidad y la educación de forma libre. 7. Hay colectivos de inmigrantes incapaces de integrarse en nuestra sociedad. 8. La diversidad de culturas conlleva cierta pérdida de nuestros valores. 9. En ocasiones, los inmigrantes reciben mayores ayudas sociales que los propios autóctonos. 10. Los inmigrantes, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal. 11. Muchos inmigrantes no son respetuosos con los derechos humanos. 12. Muchos inmigrantes se aprovechan de los recursos sanitarios y sociales conseguidos con nuestro esfuerzo de muchos años. 13. Estamos obligados a respetar la cultura y las costumbres de los inmigrantes. 14. Es necesario hacer un esfuerzo para conseguir que los inmigrantes se incorporen a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho. 15. En general, los inmigrantes hacen muy poco por integrarse en nuestra sociedad. 16. Los inmigrantes ocupan puestos de trabajo que dejan en el paro a muchos de nosotros. 17. Los inmigrantes tienen la obligación de adaptarse a las costumbres de nuestro país. 18. Debemos favorecer que los inmigrantes puedan disponer de lugares de culto donde puedan practicar sus creencias y religiones. 19. La convivencia de diversas culturas favorece el conocimiento y el mutuo respeto. 20. La inmigración y el consiguiente aumento de la natalidad favorece a los países con dificultades para mantener el equilibrio demográfico. 21. Los inmigrantes ilegales no deberían tener acceso a la salud pública. 22. En ocasiones, pueden justificarse ciertos actos violentos sobre los inmigrantes. 23. En gran medida, el colapso de la sanidad pública está provocado por el aumento de la inmigración. 24. Se dedican demasiados recursos para la atención a los inmigrantes. 25. Un ciudadano europeo afincado en España reporta más beneficios para nuestra sociedad que un inmigrante africano, asiático o sudamericano. 26. Los inmigrantes y los gitanos dificultan el desarrollo del país. 27. Los inmigrantes que no se integran es porque no quieren.

28. *Los hijos de los inmigrantes, legales o ilegales, tienen derecho a la escolarización gratuita.* 29. *Todos los inmigrantes deben disfrutar de las mismas condiciones de trabajo que los naturales del país.* 30. *Si seguimos así, a medio plazo, las costumbres y creencias de los inmigrantes se impondrán en nuestra sociedad.* 31. *Las minorías étnicas constituyen una fuente de conflictividad social.* 32. *Todas las personas que viven en un mismo país, independientemente de su procedencia o de su etnia, deben tener los mismos derechos.* 33. *En realidad, nos aprovechamos de los inmigrantes para ofrecerles los trabajos más precarios.* 34. *A medio plazo, la llegada masiva de inmigrantes provocará graves problemas sanitarios y sociales.* 35. *Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un inmigrante en un transporte público.* 36. *En general, no soporto a los magrebíes.* 37. *Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de magrebíes.* 38. *El estado debería dedicar más recursos a la integración de las minorías.* 39. *Es injusto asociar el fenómeno de la inmigración con el aumento de la delincuencia.*” (Antonín Martín y Tomás Sábado, 2004).

Los ítems anteriores de la escala se pueden dividir en las siguientes categorías, (Plaza del Pino et al., 2007):

- *Inmigración y cultura:* en esta categoría se recoge “el respeto a las costumbres y pautas culturales del inmigrante”, si la convivencia con otras culturas enriquece a la nuestra, o si por el contrario supone una amenaza;
- *b) Inmigración y derechos sociales:* aquí se agrupan aquellos ítems que tienen relación con la calidad de vida, los derechos y obligaciones de los inmigrantes, incluido el derecho a la sanidad y a la educación, y “la opinión sobre la repercusión que esto tiene en la evolución de los propios servicios y de los recursos sociales disponibles”;
- *c) Inmigración e integración:* se recoge aquellos ítems relacionados con la integración, pero también con “los beneficios del conocimiento y el respeto a las diversas culturas”, y “los recursos que el Estado debería dedicar para favorecer la integración de los inmigrantes”;
- *d) Inmigración y prejuicios:* hace referencia a las ideas preconcebidas y a los tópicos que los profesionales de Enfermería tienen sobre los inmigrantes de su día a día, como “quitan puestos de trabajo”, “son una fuente de problemas sociales” y “la relación inmigración-delincuencia”.

Así, podemos observar que la Enfermería cuenta ya con un instrumento para poder evaluar los prejuicios y racismo del personal enfermero, y otros sanitarios, en relación con el colectivo inmigrante. Me gustaría incidir, en primer lugar, en el punto 26, donde se incluye al colectivo gitano, que si bien no es un grupo de inmigrantes, es un colectivo que todavía hoy causa un gran rechazo en nuestra sociedad. En segundo lugar, también es destacable en los puntos 36 y 37 la referencia tan directa que se hace a los magrebíes. De hecho, en diversos estudios donde se evalúan los colectivos peor valorados por la sociedad, los magrebíes aparecen en el primer puesto, seguidos de los gitanos y de los subsaharianos, (Plaza del Pino y Soriano Ayala, 2009); aunque también los europeos del este, como los rumanos, al ser también de los grupos más numerosos de inmigrantes, son los que más rechazo originan. Son personas que vienen de culturas muy diferentes, y en general, impulsados por unas necesidades básicas. Así, podríamos decir que existen inmigrantes de primera, como los ingleses o italianos (europeos); de segunda, como los latinoamericanos (que por compartir el mismo idioma son mejor vistos); y de tercera (como los magrebíes).

De hecho, las razones que explican el hecho de que el colectivo magrebí sea uno de los que más rechazo causa son que “son los extranjeros ubicados a más distancia cultural”, “principalmente por su religión musulmana”, y que “existe un rechazo a la religiosidad intensa que se atribuye a los musulmanes porque se considera que afecta demasiado a su vida cotidiana y dificulta su integración en la sociedad española”, (Plaza del Pino y Soriano Ayala, 2009). También se recoge que uno de los “principales factores de subordinación” de las mujeres es la religión y que las mujeres españolas se ven ofendidas por la relación tan desigual entre hombres y mujeres musulmanes. Hay que tener en cuenta que la religión del Islam lleva implícita una carga de sumisión y subordinación muy importante, puesto que como en cualquier lengua semítica, la palabra Islam (إسلام), que significa “sumisión voluntaria a la voluntad de Dios”) viene derivada del verbo āslama (أسلم), que significa tanto “hacerse musulmán”, como “abandonar, confiar, ponerse en manos de Dios, entregar el espíritu, dejarse llevar o confiarse a Dios”, (Cortés, 1996).

4.3.2 Escala de Pettigrew y Meertens

La escala elaborada por Pettigrew y Meertens sirve como un instrumento para medir y valorar el racismo manifiesto y el racismo sutil, (Sánchez Ortuño et al., 2005). Dicha escala ha sido muy utilizada a la hora de valorar estos dos aspectos en estudios de todo el mundo,

aunque algunos la han adaptado al contexto modificando algunas de las preguntas e incluso incluyendo algunas nuevas, (Frías Navarro, 2009; Frías Navarro, 2014 y Guérin et al., 2003).

La escala de Pettigrew y Meertens está compuesta por dos subescalas. Una mide el racismo sutil y la otra el racismo manifiesto. Cada una de las subescalas está compuesta de diez ítems, con formato de respuesta tipo Likert con seis opciones, que permiten, según los autores, medir tres subdimensiones del racismo sutil y dos subdimensiones del racismo manifiesto. Las respuestas van desde 1 (total desacuerdo) hasta 6 (total acuerdo). A continuación presento los ítems de la escala Pettigrew y Meertens adaptada al español por Frías Navarro, (Frías Navarro, 2009):

- **Racismo sutil - subdimensiones:**

- La defensa de los valores tradicionales:
 - *“Los inmigrantes que viven aquí no deberían presionar y meterse donde no son bienvenidos (locales público, pisos, política...)”*
 - *“Muchos otros grupos de extranjeros que han venido a España han construido una vida exitosa y han trabajado para establecerse por sus propios esfuerzos. Los inmigrantes deberían hacer lo mismo sin ningún favor (o trato) especial hacia ellos.”*
 - *“Si los inmigrantes se quisieran esforzar más podrían vivir igual de bien que los ciudadanos españoles.”*
 - *“Los inmigrantes que viven aquí enseñan a sus hijos valores y habilidades que no son los adecuados para tener éxito en la sociedad española.”*
- La exageración de las diferencias culturales:
 - *“Los inmigrantes que viven aquí son muy diferentes a los españoles en los valores que enseñan a sus hijos.”*
 - *“Los inmigrantes que viven aquí son muy diferentes a los españoles en sus creencias o prácticas religiosas.”*
 - *“Los inmigrantes que viven aquí son muy diferentes a los españoles en su moral sexual o en sus relaciones sexuales.”*

- *“Los inmigrantes que viven aquí son muy diferentes a los españoles en el lenguaje o la forma de hablar y expresarse con la gente.”*
 - Los sentimientos positivos:
 - *“Alguna vez has sentido admiración por los inmigrantes que viven aquí.”**
 - *“Alguna vez has sentido compasión por los inmigrantes que viven aquí.”**
- **Racismo manifiesto - subdimensiones:**
 - Falta de contacto:
 - *“Supón que un hijo/a tuyo tiene un hijo/a con un inmigrante y sus características físicas son muy diferentes a las tuyas, no pareciéndose físicamente en nada tu nieto a los miembros de tu familia. Piensas que sí te molestaría que tuviera rasgos físicos del progenitor inmigrante y muy pocos de los de tu familia.”**
 - *“Estaría dispuesto a tener relaciones íntimas o de pareja con una persona inmigrante.”**
 - *“No me importaría que un inmigrante competente o con la formación adecuada fuese mi delegado de clase, mi jefe o mi profesor.”**
 - *“No me importaría que una persona inmigrante con una clase social/económica similar a la mía se casara con un familiar mío cercano.”**
 - Percepción de amenaza y rechazo:
 - *“Los inmigrantes ocupan puestos de trabajo que deberían ser ocupados por ciudadanos españoles.”*
 - *“La mayoría de inmigrantes que viven aquí y reciben algún tipo de ayuda (social, económica...) podrían vivir sin esa ayuda si realmente se esforzaran y lo intentarían, dejando más ayudas a los ciudadanos españoles.”*
 - *“La mayoría de los españoles y los inmigrantes no pueden tener plena confianza entre ellos incluso aunque sean amigos.”*

- *“La mayoría de los políticos españoles prestan demasiada atención a los inmigrantes y no la suficiente atención a los ciudadanos españoles.”*
- *“Los inmigrantes proceden de razas con menos capacidades y por eso no están tan bien situados como la mayoría de los españoles y viven peor.”*
- *“Pienso que los inmigrantes no son de fiar porque son poco honestos con los ciudadanos españoles.”*

A la hora de realizar el cómputo de la escala, hay cinco ítems que hay que invertir, ya que a mayor puntuación, mayor prejuicio. Dichos ítems han sido señalados en la lista anterior por un “*”. El punto de corte propuesto por los autores es 30, (Frías Navarro, 2014).

4.3.3 Escala de Pettigrew y Meertens (adaptación realizada por Frías-Navarro v.2014)

Tras publicar la adaptación al español de la escala de Pettigrew y Meertens en 2009, Frías Navarro publicó una nueva adaptación de la misma escala en 2014 en la que además de los 20 ítems originales, podemos encontrar 16 ítems más, (Frías Navarro, 2014):

- *“Preferiría que los amigos íntimos de mi hijo o hija fuesen españoles y no inmigrantes.”*
- *“Alguna vez has sentido comprensión por los inmigrantes que viven aquí (es decir, has comprendido su situación en España.”*
- *“Alguna vez has sentido simpatía por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido pena por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido inseguridad por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido desconfianza por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido odio por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido rabia por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido hostilidad por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido miedo por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido atracción por los inmigrantes que viven aquí.”*

- *“Alguna vez has sentido preocupación por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido solidaridad por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido asco por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido incomodidad por los inmigrantes que viven aquí.”*
- *“Alguna vez has sentido lástima por los inmigrantes que viven aquí.”*

El primer ítem entraría dentro de la subdimensión “Falta de contacto” de la subescala de racismo manifiesto y el resto de los ítems formarían parte de la subdimensión “Emociones positivas” de la subescala de racismo sutil, según su autora. El punto de corte ha sido establecido por la autora en 27, (Frías Navarro, 2014).

4.4 Medidas y propuestas para mejorar la situación actual

La barrera lingüística es un obstáculo que puede agobiar en muchas ocasiones a estos profesionales o incluso llevarlos a la frustración, a no preocuparse por explicar los procedimientos que deben realizar por miedo incluso a que los pacientes o familiares malinterpreten sus palabras y la situación desemboque en acusaciones de discriminación por ambas partes (como el mero hecho de administrar un jarabe o canalizar una vía), (Plaza del Pino y Soriano Ayala, 2009; Díaz Agea y Martín Robles, 2007; y Tuohy et al., 2008). Sin embargo, habría que dotar al personal, desde el gobierno central o autonómico y desde las direcciones de los hospitales, de herramientas para poder superar dichas barreras y que así el equipo de Enfermería “sea el agente de cambio que lidere el proceso en el que los centros hospitalarios públicos se conviertan en lugares de tolerancia y convivencia, en los que no tengan cabida conductas discriminatorias ni por parte de los trabajadores ni de ningún usuario”, (Plaza del Pino y Soriano Ayala, 2009).

En todas las unidades hospitalarias por las que he pasado he visto pictogramas, pero a la hora de la verdad, nadie los utiliza. O bien se explica el procedimiento en español (a un volumen más alto que a un español, eso sí), o directamente se dan por sentadas muchas cosas y se actúa sin más (enfadándose después si el paciente pone algún impedimento o hace algún mal gesto). En el mejor de los casos, nos servimos de acompañantes que cuentan con un mayor nivel de conocimiento del español (en el caso de que esté cerca), pero también se puede recurrir a los servicios de traducción simultánea (aunque sea por teléfono), un recurso

que si bien no es el idóneo, es mejor que nada. Así, para luchar contra la realidad de la inmigración y acabar con la exclusión social que vive el colectivo inmigrante, sería necesario que se desarrollaran políticas sociales, así como programas de sensibilización social, programas de formación del personal de Enfermería, campañas de sensibilización (tanto para profesionales como para la población en general) e incluso un equipo de salud mental multidisciplinario específico para la atención al inmigrante, (Plaza del Pino et al, 2005). Es cierto que, por fortuna, ya existen y se desarrollan algunos de los aspectos anteriores de manera más o menos formal en diferentes zonas y regiones que han estado más en contacto con la realidad de la inmigración, pero todavía falta que se actúe desde el gobierno central, ya que el problema de la inmigración es un problema que nos afecta a todos y que no se resuelve mirando hacia otro lado.

Siguiendo esta línea, se sostiene que habría que formar a todo el personal de Enfermería en materia de cuidados culturales, competencias culturales, fomentando así el contacto intercultural y mejorando y adaptando los cuidados. También se menciona la importancia de la presencia de traductores culturales en los hospitales, para facilitar y fomentar el contacto intercultural y la comprensión mutua, (Plaza del Pino y Soriano Ayala, 2009).

En resumen, estas son las medidas y propuestas que he encontrado en los diferentes artículos consultados y que tienen como fin mejorar la situación actual:

- Formación de los profesionales de Enfermería en los cuidados culturales y competencia cultural
- Fomento del contacto intercultural
- Mejora y adaptación de los cuidados enfermeros
- Desarrollo de políticas sociales que acaben con la situación de exclusión social y marginación
- Modificación de aquellas leyes que den la espalda a la realidad de la inmigración
- Puesta en marcha de campañas de sensibilización para cambiar prejuicios y estereotipos negativos

- Formar un equipo de salud mental multidisciplinario específico para la atención al inmigrante
- Aumento de recursos materiales y humanos en las zonas de mayor población inmigrante para la adaptación de los medios disponibles al aumento de usuarios
- Formación del personal de Enfermería acerca de la cultura, costumbres y tradiciones de los grupos inmigrantes más numerosos en la región
- Planificación y desarrollo de programas sanitarios concretos de prevención de la enfermedad y promoción de conductas saludables

5. CONCLUSIONES

Esta área de estudio ha sido realmente poco estudiada, ya que hasta el 2011 había muy pocos estudios, o prácticamente ninguno, en el ámbito sanitario que profundizasen en este aspecto y sobre todo en el de la comunicación profesional-paciente extranjero. Además, hasta ese año, es cierto que no podemos encontrar ningún artículo que refleje y estudie el punto de vista del propio paciente, pero eso es algo que está despertando interés y cambiando, (Plaza del Pino, 2012).

Nosotros, como profesionales de Enfermería, debemos ser capaces de pararnos y reflexionar sobre nuestro papel como profesionales de la salud en una sociedad que cada vez es (y va a ser) más multicultural. Tenemos que interiorizar la idea de que todos tenemos derecho, sea cual sea nuestro país de origen, a mantener nuestra identidad cultural sin anular a las demás, es decir, cuando atendemos a personas inmigrantes, en dicho proceso de atención enfermera, hay un proceso de descubrimiento y encuentro cultural, en el que debemos ser flexibles y abiertos para poder aceptar las diferencias del "otro", darnos cuenta de nuestras similitudes y aprender.

Los enfermeros y enfermeras debemos evolucionar para dar respuesta a las nuevas realidades y para ello contamos con una herramienta indispensable: la visión holística e integral y la humanización de los cuidados de la que tanto hemos escuchado hablar en las clases teóricas del Grado en Enfermería. Estoy plenamente convencido de que la Enfermería de hoy en día va a ser muy diferente a la Enfermería de dentro de 15-20 años, ya que los nuevos profesionales que estamos incorporándonos poco a poco al sistema sanitario partimos con unos conocimientos básicos y unas herramientas muy diferentes de los que disponían nuestros compañeros hace 30 años en su formación reglada.

Es cierto que en la actualidad, el sistema todavía no es muy consciente de la importancia de formar al personal de Enfermería acerca de cómo proporcionar unos cuidados culturalmente competentes, pero disponemos de marcos teóricos y además contamos ya con escalas e instrumentos validados, por lo que sólo es cuestión de que un grupo de profesionales interesados en este tema investigue para poder mejorar y cambiar la situación actual.

6. BIBLIOGRAFÍA

AL ABED, Naser, et al. "Older Arab migrants in Australia: Between the hammer of prejudice and the anvil of social isolation". *Contemporary Nurse*. 2014, vol. 46, núm. 2, págs. 259-262.

AL MUTAIR, Abbas Saleh, et al. "Providing culturally congruent care for Saudi patients and their families". *Contemporary Nurse*. 2014, vol. 46, núm. 2, págs. 254-258.

ANTONÍN MARTÍN, Montserrat y TOMÁS SÁBADO, Joaquín. "Actitud ante la inmigración en estudiantes de Enfermería. Valoración antes y después del 11-M". *Educación Médica*. 2006, vol. 9, núm. 1, págs. 21-24.

ANTONÍN MARTÍN, Montserrat y TOMÁS SÁBADO, Joaquín. "La escala de actitud ante la inmigración para Enfermería: validación preliminar". *Enfermería Científica*. 2004, núm. 262-263, págs. 77-82.

BENAVENT GARCÉS, María Amparo; FERRER FERRANDIS, Esperanza y FRANCISCO DEL REY, Cristina. *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: DAE, 2009.

CORTÉS, Julio. "إسلام". En: Diccionario de árabe culto moderno. 1ª ed. Madrid: Editorial Gredos SA, 1996, pág. 528.

CORTÉS, Julio. "سلم". En: Diccionario de árabe culto moderno. 1ª ed. Madrid: Editorial Gredos SA, 1996, pág. 526.

CRUZ ROJA. *Memoria 2013* [en línea]. 2013. [ref. de 3 de diciembre de 2014]. Disponible en Web: <http://www.cruzroja.es/docs/2006_34_CN/memoria_2013.pdf>.

DE BENITO, Emilio y NOGUEIRA, Charo. "Sanidad dejará sin tarjeta a 150.000 inmigrantes no comunitarios en dos años". *El País* [en línea]. 23 de abril de 2012. [ref. de 29 de mayo de 2015]. Disponible en Web: <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/23/actualidad/1335209972_148200.html>.

DE MIGUEL SESMERO, José Ramón, et al. "Mortalidad materna en España en el período 1995-1997: resultados de una encuesta hospitalaria". *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2002, vol. 45, núm. 12, págs. 525-34.

DÍAZ AGEA, José Luis y MARTÍN ROBLES, María Rosario. "La asistencia al inmigrado en Urgencias: una aproximación cualitativa". *Tempus vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados*. 2007, vol. 7, núm. 2, págs. 38-46.

DOMÍNGUEZ CEBRIÁN, Belén. "Bruselas reparte solicitantes de asilo e insta a España a que acoja 4.288". *El País* [en línea]. 27 de mayo de 2015. [ref. de 11 de junio de 2015]. Disponible en Web:

<http://internacional.elpais.com/internacional/2015/05/27/actualidad/1432724517_589486.html>.

España. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*. 2012, núm. 98, págs. 31278-31312.

España. Resolución de 29 de julio de 2010, de la Universidad de Jaén, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*. 2010, núm. 193, págs. 70993-70995.

España. Resolución de 15 de noviembre de 1999, de la Universidad de Jaén, por la que se publica el plan de estudios para la obtención del título de Diplomado en Enfermería. España. *Boletín Oficial del Estado*. 1999, núm. 299, págs. 44205-44212.

España. Resolución de 10 de enero de 1997, de la Universidad de Jaén, por la que se publican los planes de estudios para la obtención de los títulos de Diplomado en Trabajo Social, Diplomado en Enfermería e Ingeniero Técnico de Minas, especialidad en Sondeos[...]. *Boletín Oficial del Estado*. 1997, núm. 30, págs. 3519-3552.

España. Orden de 30 de mayo de 1979 por la que se aprueba el plan de estudios de la Escuela Universitaria Provincial de Jaén, adscrita a la Universidad de Granada. *Boletín Oficial del Estado*. 30 de mayo de 1979, núm. 175, págs. 17286-17287.

EUROSTAT. "Total population and resident population by group of citizenship, 2013" [en línea]. 2013. [ref. de 29 de mayo de 2015]. Disponible en Web: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/es>.

Federación de Asociaciones de SOS Racismo del estado español. "Informe Anual 2013 sobre el racismo en el estado español". [Gipuzkoa, España]: TERCERA PRENSA-HIRUGARREN PRENTSA SL, 2013. ISBN: 978-84-96993-40-2.

FONSECA DA CRUZ, Isabel Cristina. "A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2004, vol. 38, núm. 4, págs. 448-457.

FRÍAS-NAVARRO, Dolores. "Adaptación al español del instrumento de prejuicio manifiesto y sutil de Pettigrew y Meertens (1995)". *Universidad de Valencia* [en línea]. 2014. [ref. de 6 de junio de 2015]. Disponible en Web: <<http://www.uv.es/friasnav/PMPS.pdf>>.

FRÍAS NAVARRO, Dolores. "Adaptación al español del instrumento de Prejuicio Manifiesto y Sutil de Pettigrew y Meertens (1995)". *Universidad de Valencia* [en línea]. 2009. [ref. de 7 de junio de 2015]. Disponible en Web: <<http://www.uv.es/friasnav/PMPS.pdf>>.

GARCÍA-CARPINTERO BLAS, Eva y RICO GARCÍA-AMADO, Sara. "La Enfermería transcultural: papel de las enfermeras ante la inmigración". *Educare*. 2006, núm. 5.

GONZÁLEZ PASCUAL, Juan Luis y MORENO PRECIADO, Manuel. "Relaciones de poder en los Hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados". *Cultura de los cuidados*. 2014, vol. 18, núm. 40, págs. 50-58.

GUÉRIN, Daniel y PELLETIER, Réjean. 2003. "Le racisme voilé chez les jeunes Canadiens". Fondation canadienne des relations raciales, 2003.

Index Mundi. *Tasa de migración neta: TOP 20* [en línea]. 1 de enero de 2012. [ref. de 29 de mayo de 2015]. Disponible en Web: <<http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?t=20&v=27&l=es>>.

INE. *Cifras de Población a 1 de enero de 2014. Estadística de Migraciones 2013. Datos provisionales* [en línea]. 30 de junio de 2014. [ref. de 01 de junio de 2015]. Disponible en Web: <<http://www.ine.es/prensa/np854.pdf>>.

INE. *Cifras de Población. Instituto Nacional de Estadística* [en línea]. 2014. [ref. de 01 de junio de 2015]. Disponible en Web: <http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.htm>.

Junta de Andalucía. *II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009* [en línea]. 2ª ed. [Sevilla, España]: Junta de Andalucía, 2007. [ref. de 3 de diciembre de 2014]. Disponible en Web: <http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1_1841_ii_plan_inmigracion_0.pdf>.

LEININGER, Madeleine y McFARLAND, Marilyn R. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. New York: McGraw Hill, 2002.

LÓPEZ ROMEO, Sergio. "Afrontamiento enfermero ante la desigualdad y el racismo". *Cultura de los cuidados*. 2003, vol. 7, núm. 13, págs. 71-77.

MARKEY, Kathleen; TILKI, Mary y TAYLOR, Georgina. "Strategies to surmount the potential barriers to providing anti-discriminatory care in Irish healthcare settings". *Contemporary Nurse*. 2012, vol. 40, núm. 2, págs. 269-276.

MORENO PRECIADO, Manuel y GONZÁLEZ VILLANUEVA, Purificación. "Inmigración y formación transcultural". *Educare*. 2005, núm. 8.

PAPADOPOULOS, Irena; TILKI, Mary y TAYLOR, Georgina. *Transcultural Care: A guide for Health Care Professionals*. Dinton, Wilts: Quay Books, 1998.

PLAZA DEL PINO, Fernando Jesús y VEIGA DEL PINO, Margarita. "La visión del otro y la conflictividad en la relación enfermera-paciente musulmán". *Enfermería Clínica*. 2012, vol. 22, núm. 4, págs. 191-197.

PLAZA DEL PINO, Fernando Jesús. "Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el Sur de España". *Enfermería Global*. 2012, vol. 11, núm. 3, págs. 87-96.

PLAZA DEL PINO, Fernando Jesús y VEIGA DEL PINO, Margarita. "Visión de los pacientes musulmanes de la competencia en comunicación intercultural de los profesionales de Enfermería que los cuidan: El proyecto". *Cultura de los cuidados*. 2011, vol. 15, núm. 31, págs. 93-98.

PLAZA DEL PINO, Fernando Jesús y SORIANO AYALA, Encarnación. "Aproximación cualitativa a la relación enfermera-paciente musulmán". *Metas de Enfermería*. 2009, vol. 12, núm. 5, págs. 27-31.

PLAZA DEL PINO, Fernando Jesús, et al. "Visión de los profesionales de Enfermería sobre los pacientes marroquíes". *Metas de Enfermería*. 2007, vol. 10, núm. 10, págs. 27-30.

PLAZA DEL PINO, Fernando Jesús, et al. "Enfermería hospitalaria ante pacientes inmigrantes". *Inquietudes*. 2007b, núm. 37, págs. 33-39.

PLAZA DEL PINO, Fernando Jesús; PLAZA DEL PINO, María Dolores y MARTÍNEZ GÁLVEZ, María Loreto. "Inmigración en el poniente almeriense: pobreza, desarraigo, salud mental e implicación en el cuidado". *Presencia*. 2005, vol. 1, núm. 2.

PRAES, Jaime. "Mejorar la facturación de los turistas es la gran asignatura pendiente". *El País* [en línea]. 23 de abril de 2012. [ref. de 29 de mayo de 2015]. Disponible en Web: <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/23/actualidad/1335210150_036025.html>.

PRAES, Jaime. "Necesito las pastillas del VIH y no podré pagarlas. Estoy tirado". *El País* [en línea]. 28 de abril de 2012. [ref. de 3 de diciembre de 2014]. Disponible en Web: <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/28/actualidad/1335641595_743309.html>.

RAE. "Prejuicio". En: *Diccionario Real de la Academia Española* [en línea]. 2014. [ref. de 29 de mayo de 2015]. Disponible en Web: <<http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=prejuicio>>.

RAE. "Racismo". En: *Diccionario de la Real Academia Española* [en línea]. 2014. [ref. de 29 de mayo de 2015]. Disponible en Web: <<http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=racismo>>.

REDONDO VAQUERO, Elena. "Urgencias psiquiátricas y cultura". En: MOMPART GARCÍA, María Paz (ed). *Guía de intervención rápida de Enfermería en psiquiatría y salud mental*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2004, págs. 157-169.

ROCA I CAPARÀ, Núria y VEGA MONTEAGUDO, Carme. "Vulnerabilidad social del colectivo inmigrante". *Paraninfo digital*. 2009, vol. 3, núm. 7.

SAHUQUILLO, María. "Ni me atienden en el ambulatorio ni me dan medicinas". *El País* [en línea]. 14 de agosto de 2012. [ref. de 03 de diciembre de 2014]. Disponible en Web: <http://politica.elpais.com/politica/2012/08/13/actualidad/1344887067_861222.html>.

SÁNCHEZ ORTUÑO, María Montserrat, et al. "Actitudes de una muestra de estudiantes de la región de Murcia hacia los inmigrantes magrebíes". *Enfermería Global*. 2005, vol. 4, núm. 2, págs. 1-9.

SCAMMEL, Janet M. E. y OLUMIDE, Gillian. "Racism and the mentor-student relationship: Nurse education through a white lens". *Nurse Education Today*. 2012, núm. 32, págs. 545-550.

TUOHY, Dympna, et al. "Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland". *International Nursing Review*. 2008, núm. 55, págs. 164-170.