



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

TESIS DOCTORAL

**ACTITUDES PREJUICIOSAS DE LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE GRANADA ANTE PACIENTES
INMIGRANTES**

María Angustias Sánchez Ojeda

PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Línea de Investigación: Diagnóstico, Evaluación e Intervención Psicoeducativa

Dirigida por:

Dr. D. Miguel Ángel Gallardo Vigil

Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación

Melilla, 2018

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: María Angustias Sánchez Ojeda
ISBN: 978-84-1306-005-7
URI: <http://hdl.handle.net/10481/53791>

*A mi madre, la persona más buena,
generosa, fuerte y valiente
que he conocido.*

Gracias por haberme querido tanto.

AGRADECIMIENTOS

Llegado este momento, que parecía imposible, son muchas las sensaciones que siento. Para empezar, y como no, agradecer a Miguel Ángel, mi director de tesis, todo el tiempo que le ha quitado a su trabajo para dedicármelo a mí. A Baly, que siempre me ha entendido y ayudado cada vez que se lo pedía.

A mis queridas compañeras/amigas: Silvia Navarro, María del Mar Alfaya y Elena Caro que habéis sabido comprenderme en mis malos momentos y me habéis ayudado, repercutiendo en más trabajo para vosotras, para que yo pudiera dedicarle más horas a esta tesis. A Elisabet Fernández y Adelina Martín, que siempre hemos compartido nuestros momentos difíciles de cursos del doctorado, jornadas y que poco a poco vamos viendo la luz al final del camino. A María José Bueno que siempre ha entendido mis quejas. A Adrián Segura, que hasta los fines de semana ha perdido su tiempo para ayudarme con la estadística y resolviéndome dudas.

A mis amigas, que han soportado largos ratos de charlas de mis preocupaciones.

A mi padre, mis hermanos, cuñados y sobrinos.

Y como no, a mi querida y amada familia. A mi marido, Quique, que desde que comencé en esta nueva etapa de mi vida, me ha ayudado, comprendido y apoyado a costa de quitarnos tiempo de estar juntos. A mis amados hijos, Alejandra y Carlos, que me veían trabajando horas y horas; horas que debería habérselas dedicado a ellos y a partir de ahora las iré recuperando día a día.

A todos los alumnos de Enfermería de la Universidad de Granada por participar en este trabajo, cumplimentando todos los cuestionarios para la realización de esta tesis. A todas las personas que se han cruzado en mi vida en esta andadura y no quisiera que se me olvidase nadie... gracias a todos.

ÍNDICE

Índice

CAPÍTULO 1. LAS MIGRACIONES

INTRODUCCIÓN	3
1. HISTORIA DE LAS MIGRACIONES	3
2. LAS MIGRACIONES DE ESPAÑA DE LOS SIGLOS XIX Y XX	8
2.1. Las migraciones exteriores	9
2.2. Las migraciones interiores.....	10
3. DE LA ESPAÑA DE EMIGRANTES A LA ESPAÑA DE INMIGRANTES.....	11

CAPÍTULO 2. MARROQUÍES EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN	15
1. CAUSAS DE LA MIGRACIÓN DE LOS MARROQUÍES.....	15
1.1. Aspectos políticos-económicos.	15
1.2. Aspectos sociales y culturales	16
1.3. La situación demográfica.....	16
2. INMIGRANTES MARROQUÍES Y LEYES DE EXTRANJERÍA.....	16
3. LA CRISIS EN ESPAÑA Y LOS MARROQUÍES	19
4. MELILLA, CIUDAD FRONTERIZA	20
4.1. Situación geopolítica	20
4.2. Población de la Ciudad	24
4.3. Contexto Socio-cultural.....	27
4.4. La situación sanitaria en Melilla	28
5. CARACTERÍSTICAS DE LOS INMIGRANTES DE PROCEDENCIA MARROQUÍ	32
5.1. La religión: el Islam	33
5.1. Comida y alcohol.....	34
4.1. Aspectos culturales de los marroquíes musulmanes en el proceso salud-enfermedad.....	36
4.1.1. La familia	36
4.1.2. Valores culturales.....	37
4.1.3. El nacimiento y la muerte.....	38
4.1.4. Donación de sangre y órganos.....	39
4.1.5. Salud y enfermedad.....	39
4.1.6. Barreras en la atención del paciente inmigrante/marroquí	40

4.1.6.1. Por parte de los profesionales sanitarios	40
4.1.6.2. Por parte de los propios inmigrantes	40
4.1.6.3. Por parte de los propios servicios de salud.....	41

CAPÍTULO 3. LA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN TRANSCULTURALIDAD

INTRODUCCIÓN	45
1. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA	45
2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y CULTURA	48
2.1. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales ...	51
2.2. El Proceso de Competencia Cultural en la prestación de Servicios Sanitarios	56
5.1. El modelo de Purnell para la Competencia Cultural	60
5.2. Formación en Enfermería Transcultural	65
6. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA.....	65
6.1. Formación de Enfermería Transcultural en España	70
6.2. Competencias de Enfermería. La asignatura Transculturalidad, Género y Salud en Enfermería de la Universidad de Granada.....	74

CAPÍTULO 4. ACTITUDES

INTRODUCCIÓN	87
1. GRUPO	87
2. RELACIONES INTERGRUPALES.....	88
2.1. Enfoques basados en la personalidad	88
2.2. Enfoques cognitivos	89
2.3. Enfoques socioculturales o grupales.....	89
2.3.1. Teoría del Conflicto Realista (TCR, en adelante).....	89
2.3.2. Teoría de identidad social (TIS, en adelante)	90
2.3.3. Teoría del Contacto Intergrupar (TCI, en adelante)	91
2.3.4. Teoría de la Privación Relativa (TPR, en adelante)	92
3. DEFINICIÓN DE ACTITUD	92
4. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES.....	93
5. FUNCIONES DE LAS ACTITUDES.....	94
6. ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES: MODELOS SOBRE LA ACTITUD ..	95
6.1. Modelo Unidimensional.....	96
6.2. Modelo Bidimensional.....	96

6.3. Modelo Tridimensional	97
6.3.1. Componente cognitivo	97
6.3.2. Componente afectivo	97
6.3.3. Componente conductual o conativo	97
7. LAS ACTITUDES Y SU RELACIÓN CON LOS PREJUICIOS, ESTEREOTIPOS Y LA DISCRIMINACIÓN	98
7.1. El prejuicio o el componente afectivo de la actitud.....	99
7.2. El estereotipo o el componente cognitivo de la actitud.....	101
7.3. La discriminación o el componente conductual de la actitud.....	104
8. NUEVAS FORMAS DE RACISMO	105
8.1. Racismo Aversivo	106
8.2. Racismo simbólico	106
8.3. Racismo moderno	106
8.4. Prejuicio sutil y manifiesto	106
9. FORMACIÓN Y CAMBIO DE LAS ACTITUDES	108
9.1. Teoría de la formación de las actitudes.....	108
9.2. Cambio de las actitudes	110
9.2.1. Modelos combinatorios	110
9.2.2. Teoría de la persuasión	111
9.2.3. Disonancia cognitiva.....	112
10. MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES	113
10.1. Medidas directas o explícitas	113
10.1.1. Escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone (1928)	113
10.1.2. Escalas Likert (1932).....	114
10.1.3. Escala de Guttman (1944)	115
10.1.4. Diferencial Semántico de Osgood (1962)	116
10.2. Medidas indirectas	116
10.2.1. Registros fisiológicos o conductuales	116
10.2.2. Pruebas proyectivas.....	117
10.2.3. Procedimientos conductuales.....	117
10.2.4. Procedimientos de tiempos de reacción.....	117
11. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS PREJUICIOS	117
11.1. Nivel social: importancia de las políticas públicas, la educación y los medios de comunicación en la reducción del prejuicio.	118
11.2. Nivel interpersonal: hipótesis del contacto	119
11.3. Nivel individual: necesidad de controlar los factores psicológicos.....	120

CAPÍTULO 5. INVESTIGACIONES SOBRE INMIGRACIÓN

INTRODUCCIÓN	123
1. ESTUDIOS SOBRE ACTITUDES DE LOS ESPAÑOLES HACIA LA INMIGRACIÓN.....	124
1.1. Sentimiento antinmigrante	125
1.2. Más rechazo al colectivo de marroquíes.....	128
1.3. Nuevas formas de racismo	130
2. ESTUDIOS SOBRE SENTIMIENTOS ANTINMIGRANTES EN OTROS PAÍSES OCCIDENTALES.....	134
3. ESTUDIOS SOBRE LA VISIÓN DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA HACIA LA INMIGRACIÓN	135
4. ESTUDIOS SOBRE LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA HACIA LA INMIGRACIÓN	137
5. ESTUDIOS SOBRE LOS CAMBIOS DE ACTITUD TRAS RECIBIR FORMACIÓN EN TRANSCULTURALIDAD	140

CAPÍTULO 6. ESTUDIO EMPÍRICO

INTRODUCCIÓN	147
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	148
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	148
2.1. Primer estudio.....	148
2.2. Segundo estudio.....	152
3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	154
3.1. Método.....	154
3.2. Temporización	154
3.3. Participantes de los estudios	155
3.3.1. Primer Estudio.....	155
3.3.2. Segundo Estudio.....	159
3.4. Instrumentos de recogida de datos	160
3.4.1. Datos demográficos.....	160
3.4.2. Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería (EAIE)	160
3.4.3. Cuestionarios que miden el componente afectivo de las actitudes	162
3.4.3.1. Escala de Emociones	162
3.4.3.2. Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto	162
3.4.4. Escala de distancia social.....	164
3.5. Procedimiento de administración.....	164
3.6. Análisis de datos	165

CAPÍTULO 7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

INTRODUCCIÓN	169
1. RESULTADOS DEL PRIMER ESTUDIO	169
1.1. Cuestionario “Escala de Actitud hacia la inmigración de Enfermería” ...	170
1.1.1. Fiabilidad de la Escala	170
1.1.2. Análisis factorial exploratorio.....	170
1.1.3. Análisis descriptivo	171
1.1.3.1. <i>Variable Sexo</i>	180
1.1.3.2. <i>Variable Cultura</i>	181
1.1.3.3. <i>Variable Curso</i>	182
1.1.3.4. <i>Variable Facultad</i>	182
1.1.3.5. <i>Variable Contacto con inmigrantes</i>	183
1.2. Cuestionario “Escala de Emociones”	183
1.2.1. Fiabilidad de la Escala.....	183
1.2.2. Análisis Factorial	184
1.2.3. Análisis descriptivo	187
1.2.3.1. <i>Análisis de las emociones en función del factor de pertenencia</i>	188
1.2.3.1.1. <i>Análisis descriptivo de las emociones positivas</i> ..	188
1.2.3.1.2. <i>Análisis descriptivo de las emociones positivas paternalistas</i>	189
1.2.3.1.3. <i>Análisis descriptivo de las emociones negativas tradicionales</i>	190
1.2.3.1.4. <i>Análisis descriptivo de las emociones negativas sutiles</i>	190
1.2.3.2. <i>Emociones según la variable sexo</i>	191
1.2.3.3. <i>Emociones según la cultura</i>	193
1.2.3.4. <i>Emociones según el curso</i>	195
1.2.3.5. <i>Emociones según la facultad de estudio</i>	198
1.2.3.6. <i>Emociones según el contacto con inmigrantes</i>	204
1.3. Cuestionario “Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto”	207
1.3.1. Análisis de fiabilidad	207
1.3.2. Análisis factorial exploratorio.....	207
1.3.3. Tipología de sujetos según puntuaciones.....	210
1.3.4. Análisis descriptivo	211
1.3.5. Comparación de medias	213
1.3.6. Variable cultura en la Facultad de Melilla	214

1.3.7. Las emociones como predictoras del nuevo prejuicio: Análisis de regresión.....	216
1.4. Cuestionario “Distancia de Social”	216
1.4.1. Fiabilidad de la Escala.....	216
1.4.2. Análisis descriptivo	216
1.4.3. Comparación de medias	218
1.4.3.1. Diferencias en función del sexo	218
1.4.3.2. Diferencias en función del curso	219
1.4.3.3. Diferencias en función de la cultura	219
1.4.3.4. Diferencias en función de la facultad.....	220
1.4.3.5. Diferencias en función del contacto	220
1.4.3.6. La medición del constructo actitudes hacia los inmigrantes desde la perspectiva del modelo tridimensional.....	221
2. RESULTADOS DEL SEGUNDO ESTUDIO (PRE-POST)	223
2.1. Cuestionario “Escala de Actitud hacia la Inmigración para Enfermería”	223
2.2. Cuestionario “Escala de Emociones”	223
2.3. Cuestionario “Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto”	224
2.4. Cuestionario “Escala de Distancia Social”	224

CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

INTRODUCCIÓN	229
1. DISCUSIÓN.....	229
1.1. ESTUDIO 1: creencias, emociones, prejuicios y distancia social del alumnado de enfermería hacia la población inmigrante	229
1.0.1. Cuestionario “Escala de Actitud hacia la Inmigración de Enfermería” (EAIE)	229
1.0.2. Cuestionario “Escala de Emociones”	236
1.0.3. Cuestionario “Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto”	240
1.0.4. Relación de la Escala de Emociones y Prejuicio Sutil y Manifiesto	244
1.0.5. Cuestionario “Escala de Distancia Social”	244
1.0.6. A modo de resumen.....	246
1.2. ESTUDIO 2: influencia de la asignatura de “ <i>Transculturalidad, Género y Salud</i> ” en el cambio de actitudes del alumnado de enfermería	246
2. RESPUESTA A OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	249
2.1. ESTUDIO 1: creencias, emociones, prejuicios y distancia social del	

alumnado de enfermería hacia la población inmigrante	249
2.2. ESTUDIO 2: influencia de la asignatura de “ <i>Transculturalidad, Género y Salud</i> ” en el cambio de actitudes del alumnado de enfermería	254
3. CONCLUSIONES	255
4. LIMITACIONES.....	257
4.1. Limitaciones del primer estudio	257
4.2. Limitaciones del segundo estudio	258
5. PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS	258

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	261
----------------------------------	-----

ANEXOS

ANEXO I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	289
ANEXO II. ESCALA DE ACTITUDES ANTE LA INMIGRACIÓN PARA ENFERMERÍA (MARROQUÍES)	291
ANEXO III. ESCALA DE ACTITUD ANTE LA INMIGRACIÓN PARA ENFERMERÍA (SUBSAHARIANOS).....	295
ANEXO IV. ESCALA DE ACTITUD ANTE LA INMIGRACIÓN PARA ENFERMERÍA (SUDAMERICANOS)	299
ANEXO V. ESCALA DE ACTITUD ANTE LA INMIGRACIÓN PARA ENFERMERÍA (EUROPEOS DEL ESTE).....	303
ANEXO VI. ESCALA DE EMOCIONES.....	307
ANEXO VII. ESCALA DE PREJUCIO SUTIL Y MANIFIESTO	311
ANEXO VIII. ESCALA DE DISTANCIA SOCIAL	313

ÍNDICE DE TABLAS

Índice de tablas

Tabla 1.	Evolución de la población residente en España (2012-2017)	12
Tabla 2.	Principales nacionalidades residentes en España durante 2017.....	12
Tabla 3.	Número de habitantes en Melilla en 2017, según país de nacimiento.....	26
Tabla 4.	Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Melilla. Año 2013	31
Tabla 5.	Número de Urgencias, Ingresos hospitalarios y de partos atendidos en el Hospital Comarcal de Melilla a la población total y a la población extranjera	32
Tabla 6.	Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre. Materias troncales de la Diplomatura en Enfermería.....	68
Tabla 7.	Facultades de Enfermería que tienen la asignatura de Transculturalidad (o similar) como básica.....	71
Tabla 8.	Facultades de Enfermería que tienen otras asignaturas con algún contenido en diversidad cultural cuya materia es básica.....	72
Tabla 9.	Facultades de Enfermería que tienen la asignatura de Transculturalidad (o similar) como optativa.....	73
Tabla 10.	Facultades de Enfermería que tienen otras asignaturas con algún contenido en diversidad cultural cuya materia es optativa	73
Tabla 11.	Distribución de asignaturas por módulos del actual Grado en Enfermería de la Universidad de Granada	80
Tabla 12.	Ejemplo de escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone (1928).....	114
Tabla 13.	Ejemplo de Escala Likert (1932).....	115
Tabla 14.	Ejemplo de Escala de Guttman (1944)	115
Tabla 15.	Ejemplo de escala de diferencial semántico de Osgod (1962).....	116
Tabla 16.	Sexo y porcentajes según Facultad.....	157
Tabla 17.	Cultura y porcentajes según Facultad.....	157
Tabla 18.	Distribución por cursos de Enfermería por Facultad y porcentajes....	158
Tabla 19.	Contacto o no con inmigrantes por Facultad y porcentajes.....	159
Tabla 20.	Comparación del alumnado en las dos fases del estudio	160
Tabla 21.	Fiabilidad de la EAIE modificada para la muestra total.....	170
Tabla 22.	Descriptivo de la EAIE para la muestra total	172

Tabla 23.	Porcentaje de respuestas de la EAIE modificada. Colectivo de marroquíes.....	172
Tabla 24.	Descriptivo y comparación escala de actitud hacia los marroquíes entre Facultades.....	176
Tabla 25.	Comparación de muestras en función del ítem “son incapaces de integrarse en nuestra sociedad” a través de la prueba t de Student.....	178
Tabla 26.	Comparación de muestras en función del ítem “son poco cuidadosos con su higiene personal” a través de la prueba t de Student.....	179
Tabla 27.	Comparación de muestras en función del ítem “En general, no soporto a ...” a través de la prueba t de Student.....	179
Tabla 28.	Comparación de muestras en función del ítem “si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un ... en un transporte público” a través de la prueba t de Student	180
Tabla 29.	Comparación de muestras en función del ítem “Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de ...” a través de la prueba t de Student.....	180
Tabla 30.	t de Student de la EAIE modificada entre hombres y mujeres.....	181
Tabla 31.	t de Student de la EAIE según cultura europea y bereber.....	182
Tabla 32.	Descriptivo y comparación EAIE de los diferentes colectivos entre cursos.....	182
Tabla 33.	Descriptivo comparación EAIE entre facultades	183
Tabla 34.	t de Student de la EAIE según contacto con inmigrantes.....	183
Tabla 35.	AFE emociones hacia colectivo marroquíes.....	184
Tabla 36.	AFE emociones hacia colectivo subsaharianos	185
Tabla 37.	AFE emociones hacia colectivo europeos del este.....	186
Tabla 38.	AFE emociones hacia colectivo sudamericanos.....	187
Tabla 39.	Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las emociones positivas según colectivo.....	189
Tabla 40.	Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las emociones positivas paternalistas según colectivo.....	189
Tabla 41.	Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las emociones negativas tradicionales según colectivo.....	190
Tabla 42.	Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las emociones negativas sutiles según colectivo	191

Tabla 43.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes entre hombres y mujeres	192
Tabla 44.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos entre hombres y mujeres	192
Tabla 45.	Descriptivo y comparación emociones hacia los inmigrantes de los países del este entre hombres y mujeres.....	192
Tabla 46.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los sudamericanos entre hombres y mujeres.....	193
Tabla 47.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes entre culturas.	194
Tabla 48.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos entre culturas	194
Tabla 49.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes de los países del este entre culturas.....	195
Tabla 50.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los sudamericanos entre culturas.....	195
Tabla 51.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes entre cursos.....	196
Tabla 52.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos entre cursos.....	197
Tabla 53.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes de los países del este entre cursos	197
Tabla 54.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los sudamericanos entre cursos.....	198
Tabla 55.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes según facultad.....	200
Tabla 56.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos según facultad.....	201
Tabla 57.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes de los países del este según facultad	203
Tabla 58.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes sudamericanos según facultad	204
Tabla 59.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes según contacto con inmigrantes	205
Tabla 60.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos según contacto con inmigrantes	205

Tabla 61.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes de los países del este según contacto con inmigrantes....	206
Tabla 62.	Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes sudamericanos según contacto con inmigrantes	206
Tabla 63.	Fiabilidad de la escala para la muestra total.	207
Tabla 64.	Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Esfericidad de Bartlett para el total de la muestra	208
Tabla 65.	Matriz de componentes rotados. Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto.....	208
Tabla 66.	Criterios para la clasificación de los alumnos	210
Tabla 67.	Descriptivo de las escalas para la muestra total	211
Tabla 68.	Ítems de la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto, Medias y Desviación Típica.....	212
Tabla 69.	Descriptivo y comparación variables sociodemográficas según clasificación.....	214
Tabla 70.	Descriptivo y comparación variable cultura según clasificación	214
Tabla 71.	Descriptivo y comparación de los prejuicios sutil y manifiesto en las variables sociodemográficas.....	215
Tabla 72.	Emociones predictoras de nuevo prejuicio hacia el colectivo de marroquíes	216
Tabla 73.	Descriptivo de la escala de distancia social para la muestra total.....	217
Tabla 74.	Descriptivo de los ítems de distancia social en función del colectivo de inmigrantes	218
Tabla 75.	Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable sexo.....	218
Tabla 76.	Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable curso.....	219
Tabla 77.	Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable cultura	219
Tabla 78.	Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable facultad	220
Tabla 79.	Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable contacto	220
Tabla 80.	Correlación entre las medidas de actitud en función del colectivo de marroquíes.....	222

Tabla 81.	Evolución puntuación EAIE según colectivo	223
Tabla 82.	Análisis pre-post de las emociones con diferencias significativas	224
Tabla 83.	Evolución puntuación escala prejuicios	224
Tabla 84.	Evolución puntuación escala distancia social.....	225

ÍNDICE DE FIGURAS

Índice de figuras

Figura 1.	Situación geográfica de la Ciudad Autónoma de Melilla.	20
Figura 2.	Imagen del cierre de la frontera de Beni Enzar.	21
Figura 3.	Imágenes del video sobre los porteadores de Melilla.	22
Figura 4.	Mapa de los diferentes distritos de la Ciudad Autónoma de Melilla...	23
Figura 5.	Evolución de la población de Melilla desde 1900 a 2008.	25
Figura 6.	Evolución de la población en Melilla desde 1980 a 2017.	27
Figura 7.	Evolución de la población de Melilla en los últimos años.	28
Figura 8.	Modelo del sol naciente de Madeleine Leininger.	55
Figura 9.	Elementos de la competencia cultural de Campinha-Bacote.	59
Figura 10.	Modelo de Purnell de Competencia Cultural.	64
Figura 11.	Componentes del concepto de actitud.	98
Figura 12.	Resumen de la escala de prejuicio sutil y manifiesto.	108
Figura 13.	Las relaciones actitud-conducta a partir de la teoría de Fishbein y Ajzen.	110
Figura 14.	Porcentaje de preocupación de los españoles al considerar la inmigración como un problema del país.	124
Figura 15.	Percepción sobre la inmigración en España según los barómetros del CIS.	125
Figura 16.	Componentes del término actitud e instrumentos utilizados para su medición.	150
Figura 17.	Modelo tridimensional de la actitud (Rosenberg y Hovland, 1960). Fase de intervención.	153
Figura 18.	Temporalización de la presente tesis.	155
Figura 19.	Número de alumnos matriculados en el Grado en Enfermería de la Universidad de Granada.	156
Figura 20.	Distribución de alumnos según la Facultad de estudio.	169
Figura 21.	Distribución de alumnos por cursos.	170
Figura 22.	Resumen de conversión de factores detectados, modelo original vs modelo propuesto.	171
Figura 23.	Puntuaciones medias de las emociones según el colectivo de inmigrantes.	188
Figura 24.	Resumen de conversión de factores detectados, modelo original vs modelo propuesto.	209
Figura 25.	Clasificación de los alumnos en función de la tipología de sujetos. ...	211
Figura 26.	Medias y desviaciones típicas de los ítems de la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto.	213



CAPÍTULO 1.

LAS MIGRACIONES

INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se pretende hacer, de manera concisa, un breve recorrido histórico de las migraciones en nuestro planeta, desde el origen de nuestra especie hasta la actualidad. Las migraciones han sido, y son, un evento tan ancestral como la humanidad, ya que el hombre ha ido buscando territorios que les proporcionen sustento y un lugar seguro donde vivir.

1. HISTORIA DE LAS MIGRACIONES

Las migraciones son un fenómeno universal que ha ocurrido en todas las épocas de la historia y en todas las zonas del planeta. Estos movimientos son tan antiguos como la propia historia de la humanidad. La especie humana comienza a expandirse desde sus orígenes africanos, para ir colonizando y adaptándose, progresivamente, a todos los ecosistemas del planeta para garantizar su subsistencia, lugares donde los recursos fueran abundantes, que tuvieran un clima no excesivamente riguroso y donde los recursos hídricos y variedad de especies no escaseen (Lacomba, 2008; León, Pastor y Martínez, 2012).

Desde el origen del hombre han acontecido movimientos culturales, económicos, geográficos y políticos que dieron origen a desplazamientos en masa de la población, y no solamente se produjeron estos de forma espontánea sino también forzada. Hace unos 9000 años, con la revolución neolítica, comienza la historia de las migraciones, cuyos cimientos se iniciaron con la agricultura, que obligó a la población a buscar zonas más fértiles y abandonar a aquellas que no les eran productivas. Así, la población pasó de África a Asia y después a Europa y América (León et al., 2012).

Durante la antigüedad y la Edad Media los territorios principales de las migraciones fueron Asia Central, Mongolia, Turkeistán y territorios vecinos, propagándose hacia las estepas rusas. Fueron pueblos nómadas inestables que realizaban grandes desplazamientos en masa buscando terrenos con abundante pasto y destruyendo las comunidades que encontraban a su paso transformándose en fieros agresores de las poblaciones vecinas sedentarias. Estos pueblos invasores iban creciendo al mismo tiempo que los pueblos invadidos perdían sus tierras. Aunque con el paso del tiempo, y debido a la gran cantidad de terreno conquistado, también

se fueron convirtiendo a su vez en pueblos sedentarios y los ejércitos nómadas, que continuaban asediando a otros pueblos, se fueron debilitando y mermándose las extensiones de sus invasiones. Las poblaciones que se iban asentando en el viejo mundo se agruparon en las costas de los mares del Norte, Báltico y Mediterráneo y los océanos Pacífico, Índico y Atlántico. Esta concentración, en dichas tierras, dejó sin explorar una abundante zona que cubría la parte continental de Europa y Asia, favoreciendo las migraciones desde las fronteras de China hacia el Danubio y el Rin (Carrasou, 2006).

Un hecho esencial, que ocurrió en la mayor parte del mundo de la antigüedad, fue la esclavitud que dio lugar a migraciones forzadas. En el antiguo Egipto (4000 a.C.-200 a.C.) se utilizó la esclavitud como mano de obra foránea para trabajar, suponiendo una importante movilidad forzada. En Atenas, durante el tiempo de Pericles (460 a 429 a.C.), hubo entre 75.000 y 150.000 esclavos, que representaban entre el 25 y el 35% de su población. Además de los esclavos, también es destacable el gran número de migrantes libres que se asentaron en esta ciudad, sobre todo griegos procedentes de las zonas rurales, atraídos por la importancia económica y la prosperidad de la ciudad. (Carassou, 2006; Lacomba, 2008).

La extensión de tierra, donde se asentaron los griegos, se expandía desde la Península Ibérica hasta la costa oriental del Mar Negro. Estos establecieron centros residenciales que les permitió extender su poderío comercial, mientras que los fenicios, con excepción de Cartago, habían establecido pequeñas estaciones de comercio. Toda esta superficie colonizada, con Atenas como vínculo, favoreció una enorme corriente migratoria a través de su territorio (Carassou, 2006).

Tras la caída del antiguo imperio griego, la civilización romana (509 a.C- 475 d.C) incorporará el legado griego a la cultura latina. Los grandes movimientos que se produjeron en los extensos territorios del imperio romano, dieron lugar a un mestizaje de culturas, bajo el dominio de la lengua latina y la cultura romana en el Mediterráneo oriental y occidental (Lacomba, 2008).

Durante la hegemonía romana se produjeron grandes movimientos migratorios a través del Mediterráneo y sus amplios territorios, que se vieron favorecidos por la libertad en los desplazamientos entre la población libre, por la construcción de extensas

redes de camino así como una mayor seguridad, debido al control romano. Gracias a los procesos migratorios, la población de Roma aumentó desde unos doscientos mil habitantes en el siglo III a.C. hasta traspasar la cifra del millón en el último siglo de la República. Otro importante proceso migratorio, ocurrido durante esta época, fue la migración forzosa de cientos de miles esclavos que trasladaron al imperio para someterlos sobre todo a trabajos de carácter agroindustrial (Amunátegui, 2013).

El avance de las tribus germánicas y eslavas procedentes de Europa oriental, por un lado, y las continuas migraciones de los hunos desde Asia hacia Europa, por otro, forzó el ocaso de la civilización grecolatina. En el siglo V finaliza el imperio romano y se produce el nacimiento del imperio bizantino, en el año 476, con capital en Constantinopla. Desde entonces y hasta 1453, año que tuvo lugar su caída, el imperio bizantino, que se estableció en Asia Menor, fundó un espacio de movilidad que sirvió de puente de cultura y civilizaciones entre Oriente y Occidente que pudo quedarse al margen de las invasiones germánicas (Lacomba, 2008).

En el siglo VIII se produjo otro importante proceso migratorio de conquista, protagonizado por los pueblos árabes. Procedían de Arabia y avanzaron hacia Siria, Persia, Egipto, Asia Menor, Armenia, todo el norte de África, España, llegando hasta Galia, Afganistán, India y finalmente la conquista de Sicilia. Sus conquistas se basaron en la enseñanza de sus creencias, el islam, a través de todo el territorio conquistado, naciendo una nueva cultura desde Persia y Mesopotamia hasta la península ibérica, donde se desarrollará la cultura andalusí durante los siete siglos que duró la conquista (711-1492) (Lacomba, 2008).

En otra parte del planeta, hacia el siglo XIII, aparece el mayor imperio terrestre de la historia de la humanidad: el imperio mongol. Se extendió desde el Pacífico a Europa y desde Siberia hasta el Golfo Pérsico, conquistando China septentrional, Turkestán Oriental, Afganistán, Persia, Rusia, gran parte de Europa Oriental, Asia Menor, Mesopotamia, Siria y China meridional. Gengis Khan, fundador del imperio mongol, consiguió, tras la unificación de todo su enorme territorio, que se desarrollase el esplendor de la ruta de la Seda, permitiendo el comercio terrestre de Oriente a Occidente así como la transferencia de conocimientos entre Asia y Europa (Carassou, 2006; Lacomba, 2008).

Con el descubrimiento de América por Cristóbal Colón, en 1492, se produce un cambio en el rumbo de la historia universal, se incorporó a las llamadas Indias Occidentales la civilización occidental, chocando dos mundos muy diferentes y no solamente a nivel cultural sino también debido a niveles de desarrollo y evolución muy dispares, por un lado la cultura hispanoeuropea del siglo XVI, en plena época del Renacimiento, y la cultura amerindia de los autóctonos del nuevo continente, que se encontraba en un estadio de desarrollo equiparable a la civilización del Egipto faraónico (Lacomba, 2008).

Después de la caída de los imperios aztecas, mexicas e inca, derrotados por los españoles, tanto estos como los portugueses, en una primera fase de colonización, se asentaron en tierras americanas, pero no movilizaron mucha población del viejo continente hacia el nuevo territorio conquistado. Se establecieron bases de militares y religiosas cuya misión fue la de evangelizar a los autóctonos y convertirlos al cristianismo. Debido a estas migraciones limitadas, y sobre todo por los inconvenientes que encontraron para conseguir participación de las poblaciones autóctonas, se produce el primer proceso de transmigración forzosa transcontinental de la historia: el esclavismo, un ciclo ininterrumpido de migraciones que abarca un periodo histórico de tres siglos, comenzando en 1520, cuando las primeras comunidades africanas son tomadas como esclavas para ser trasladadas a América del Sur, hasta la abolición de la esclavitud en 1830, siendo más de 7,7 millones de personas las que se llevaron a América durante los dos primeros siglos de esclavitud (Carassou, 2006; Lacomba, 2008).

El desenlace que se produjo en los dos continentes, América y África, debido a la esclavitud, fue trágico. Por un lado, se llevó a cabo la despoblación de las regiones de África oriental y occidental que utilizaron los europeos para abastecerse de esclavos, y por otro lado, se fue eliminando progresivamente a la población autóctona indígena de América que fueron sustituidos por los esclavos (Lacomba, 2008).

Tras el descubrimiento de América, además del movimiento de población esclava desde África, también se comienza una movilidad humana intercontinental desde los países europeos más importantes del momento hacia el nuevo continente y al resto del planeta. Tras la firma del Tratado de Tordesillas (1494), España y Portugal

se repartieron el océano Atlántico de polo a polo, quedando el hemisferio oriental para la Corona de Portugal y hemisferio occidental para la Corona de Castilla, acordando entre ambos las conquistas que podían realizar con el mundo recién descubierto. Años más tarde (1602), Inglaterra comienza su desarrollo colonial, estableciéndose en las costas de Norteamérica y en el continente asiático, consolidando el control comercial de la India con la creación de la Compañía de las Indias Orientales. Francia se afincó en los territorios del actual país de Canadá, en islas del Caribe, así como en parte de la India, y Holanda que constituyó la Compañía holandesa de las Indias Orientales que se extendía desde el mar del Norte hasta las Islas Molucas, en el archipiélago indonesio (Cooper y Santos, 2008; Lacomba, 2008).

A lo largo de los siglos XVIII y XIX, tras los éxitos conseguidos por Francia e Inglaterra mediante la expansión del colonialismo, y ya comenzada la revolución industrial, se originan las migraciones laborales modernas de la historia, ya que necesitaban encontrar nuevos espacios donde conseguir materias primas y mano de obra para poder implantar los mercados incipientes. El éxodo rural que se desarrolló durante la Revolución Industrial, originó otro enorme proceso migratorio desde pueblos a ciudades y hacia países industrializados, donde millones de campesinos buscaban otro medio de vida. Surgieron países emergentes, como los de América y Australia, que también atraieron a europeos empobrecidos, provocando una migración internacional durante el siglo XIX y primera mitad del XX (Lacomba, 2008; León et al., 2012).

Este desplazamiento migratorio ayudó a solucionar los problemas que existían de desempleo y sobrepoblación. Millones de europeos, huyendo de la hambruna, se desplazaron principalmente a Estados Unidos, Canadá, Australia y África del Sur. Desde 1800 hasta 1924 se trasladaron aproximadamente sesenta millones de personas en todo el mundo, yendo la mitad a Estados Unidos y el resto hacia otros países como Argentina, Brasil, Uruguay y Chile (Carassou, 2006).

Debido al inicio de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) se produjo un cambio de las migraciones en Europa. Millones de personas fueron repatriadas y provocó un enorme conflicto. Surgieron catorce Estados nuevos como resultado de los tratados de paz, por lo que las fronteras se multiplicaron, e hizo que las migraciones

internas dentro del continente se convirtieran en migraciones internacionales. El mayor movimiento de personas lo experimentó Francia, que necesitó de mano de obra tras la pérdida de más de un millón de soldados, y favoreció la entrada de trabajadores extranjeros de los países vecinos, sobre todo de Polonia, Bélgica, Italia y España (Carassou, 2006).

A mediados del siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), los países afectados en Europa necesitaron de mano de obra para poder hacer frente al proceso de la reconstrucción económica, por lo que se abrieron las fronteras para favorecer la entrada de trabajadores procedentes sobre todo de España, Portugal, Italia y Turquía, así como a los originarios de las colonias y excolonias de cada país. La reconstrucción europea se vio favorecida por la labor que hicieron estos trabajadores, por lo que su presencia fue activamente fomentada. Además, se establecieron otras formas de inmigración, ya que se produjo durante el mismo tiempo el proceso de descolonización, por lo que numerosos habitantes de las excolonias se desplazaron a las metrópolis, como sucedió en Francia con los movimientos de argelinos, o en Portugal con los desplazamientos de habitantes de los países de lengua oficial portuguesa (Solé, Parella, Alarcón, Bergalli y Gibert, 2000).

El movimiento migratorio en Europa siguió creciendo hasta que comenzó la crisis del petróleo de 1973. Al mismo tiempo que en los países del norte de Europa iban cerrando sus fronteras a la entrada de nuevos inmigrantes, se abrían otras en el sur de Europa: España, Grecia, Italia y Portugal. Una de las características comunes de estos países era la alta presencia de economía sumergida, lo que facilitó la inserción de trabajadores ilegales. Debido a la entrada de estos países en la Comunidad Europea, sus socios les obligaron a la adopción de políticas migratorias para reforzar sus fronteras (Solé et al., 2000).

2. LAS MIGRACIONES DE ESPAÑA DE LOS SIGLOS XIX Y XX

A principios del siglo XX, España era eminentemente agrícola y la existencia de extranjeros era escasa y prácticamente pasaban desapercibidos. Los extranjeros que vivían en España estaban muy bien considerados, unos venían a disfrutar del clima y otros eran estudiantes, dando un aire de prestigio a las universidades, ya que

procedían de familias adineradas y aportaban dinero donde se asentaban (Ospina, 2007).

Históricamente, España ha sido un país de emigrantes. Se puede analizar sus movimientos migratorios en dos apartados: las migraciones exteriores y las migraciones interiores.

2.1. Las migraciones exteriores

En las migraciones exteriores, durante esta época, las podemos resumir en cuatro movimientos fundamentales, en los cuales los españoles emigraron buscando un futuro más próspero.

- Por un lado, tuvo lugar las migraciones transoceánicas, en la que numerosos españoles, sobre todo desde Galicia, Asturias, Castilla y León, Cataluña y Canarias, se embarcaron hacia América con el sueño de poder regresar a España con fortuna. Entre 1882 y 1915 un millón de emigrantes se fueron de España, siendo los países de destino preferidos: Argentina, Brasil, Cuba y Uruguay, aunque con posterioridad lo hicieron a Estados Unidos y Canadá. Esta emigración a ultramar duró hasta la crisis de los años treinta, en la que los países americanos se vieron obligados a poner trabas a la entrada de extranjeros.
- Por otro lado, el segundo movimiento fue la emigración trasmediterránea a Argelia, por motivos muy diferentes al transoceánico, siendo la inestable climatología del Levante español, con numerosas sequías e inundaciones, la causa fundamental de que estos españoles abandonaran el país (Oporto y Rengifo, 2005; Romero-Valiente, 2003).
- Con el comienzo de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) se produce un cambio de rumbo de las migraciones de los españoles hacia Europa. Hasta ese momento habían elegido como destino el continente americano. Miles de españoles se trasladaron de manera clandestina, desde Valencia y Murcia con destino a Francia que duró hasta 1930. Tristemente, no podemos olvidar a los miles de españoles que se vieron obligados a abandonar su país debido a nuestra Guerra Civil (1936-1939) (Oporto y Rengifo, 2005). Cuando terminó la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), Europa comienza

un periodo de prosperidad que se extenderá hasta la crisis del petróleo de los años setenta. Se trató de una época que movilizó a personas procedentes del sur de Europa y norte de África hacia la Comunidad Económica Europea de los Seis.

- Aunque España se incorporó más tarde, a partir de los años sesenta, fueron numerosos los desplazamientos que realizaron los españoles sobre todo hacia: Alemania, Francia, Suiza y Reino Unido. Según el antiguo Instituto Español de Emigración, en el año 1973, eran más de un millón de españoles los que vivían de forma temporal o permanente en otros países europeos. Esta salida de españoles alivió las tensiones salariales del mercado de trabajo español, así como el elevado desempleo, y garantizó el envío de remesas a España (Alaminos, Albert y Santacreu, 2010; Oporto y Rengifo, 2005; Romero-Valiente, 2003). La migración de los españoles, durante esta década, se caracterizó por una migración laboral, con perfiles profesionales de baja cualificación y, más tarde, por la reunificación de las familias de los trabajadores asentados en estos países (Alaminos et al., 2010).

2.2. Las migraciones interiores

Las migraciones interiores de España, desde las áreas rurales a las urbanas entre las distintas regiones, han provocado en el último siglo un fenómeno demográfico de mayor incidencia en la distribución espacial de la población, siendo las principales causas el proceso de industrialización y urbanización sobre todo en los años 60 y 70.

La primera gran migración interior se produce desde el siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX hacia Barcelona y el País Vasco, regiones donde se produjeron una gran industrialización e importantes obras públicas, aunque debido a la Guerra Civil y los años de la posguerra, los desplazamientos disminuyeron. Las zonas migradas pertenecían a: Galicia, las dos Castillas, Aragón y Andalucía oriental.

La segunda gran migración se produce entre los años 60 y 70, siendo las provincias más beneficiadas: Madrid, Barcelona, Valencia, Vizcaya, Girona, Tarragona, Alicante y Sevilla; y, siendo las regiones generadoras de emigrantes: Extremadura, Castilla La Mancha y Andalucía oriental (Romero-Valiente, 2003).

3. DE LA ESPAÑA DE EMIGRANTES A LA ESPAÑA DE INMIGRANTES

A finales del siglo XX y en la primera década del siglo XXI, España ha pasado de ser un país de emigrantes a un país receptor de inmigrantes, por motivos económicos en ambos casos (Alonso y Furio, 2007).

A partir de los años 70 del siglo pasado, se experimenta un intenso y continuo desarrollo en el sector servicios, permitiéndole un crecimiento de capacidad de consumo de su mercado interno, provocando un aumento de su economía y el nivel de vida de los españoles, si a esto le sumamos el debilitamiento del número de personas de las poblaciones rurales que alimentaba la emigración, España sufre una transformación y dejó de ser un país de emigrantes.

Debido a la crisis del petróleo de 1973, en Europa se iban cerrando las fronteras, ya que no podía asumir la entrada de inmigrantes que hasta entonces soportó. En España ocurrió todo lo contrario, su economía fue en aumento e iba atrayendo a nuevos inmigrantes y la migración española al extranjero se frenó.

En la época de los primeros años socialistas (a partir de 1982), encabezados por el presidente Felipe González, se produjo un incremento de la inmigración y no existían apenas medidas que regularan la entrada de extranjeros, pero esta situación no podría durar, ya que si se pretendía permanecer en la Unión Europea, era necesario crear normativas sobre inmigración, que permitiera ser un país fiable para los socios europeos (Ospina, 2007).

Así que podemos decir que España experimenta un giro en las migraciones. Se integró en la Comunidad Europea en 1986, se vio favorecida la construcción de un estado de bienestar social, la población empezó a experimentar un envejecimiento, la reducción de la natalidad y el déficit de la población activa, hicieron que España se transformara en un país de inmigrantes. Sobre todo hay que destacar la inmigración procedente de Iberoamérica por la proximidad cultural e histórica, africana por la proximidad geográfica del Magreb y procedente de países de Europa del Este debido a la caída del telón de acero (Alonso y Furio, 2007).

Desde el año 2000 al 31 de diciembre de 2017, el número de inmigrantes ha pasado de 748.953 a 4.572.055, respectivamente, existiendo un descenso en los

últimos años que podemos ver en la Tabla 1 donde se muestra la evolución de la población en los últimos 6 años.

Tabla 1. *Evolución de la población residente en España (2012-2017)*

Población a 31 de diciembre			
	Españoles	Extranjeros	Total
2012	41.655.210	5.072.680	46.727.890
2013	41.835.140	4.677.059	46.512.199
2014	41.995.211	4.454.353	46.449.565
2015	42.022.582	4.417.517	46.440.099
2016	42.107.583	4.419.455	46.527.039
2017	42.087.247	4.572.055	46.659.302

Fuente: INE, 2018a

Como se puede observar en la Tabla 2, la principal nacionalidad de los inmigrantes extranjeros residentes en España ha sido la marroquí muy seguida por la rumana (INE, 2018a).

Tabla 2. *Principales nacionalidades residentes en España durante 2017*

País	Población a 31 de diciembre de 2017
Total extranjeros	4.572.055
Marruecos	682.515
Rumanía	675.086
Reino Unido	285.698
Italia	221.781
China	183.387
Colombia	160.111
Ecuador	140.032
Alemania	139.096
Bulgaria	125.244
Francia	106.508
Portugal	100.414
Ucrania	99.108
Venezuela	91.228
Argentina	74.466
Rusia	73.651

Fuente: INE, 2018a



CAPÍTULO 2.

MARROQUÍES EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

Como se ha mencionado en el capítulo anterior, España experimentó un giro en las migraciones. En 1986 se integra en la Comunidad Europea, se desarrolló la construcción de un estado de bienestar social, la población empezó a experimentar un envejecimiento, se redujo la natalidad y el déficit de la población activa. Todo ello hizo que España se transformara en un país de inmigrantes.

Además de la inmigración procedente de Iberoamérica, que nos une con ellos la proximidad cultural e histórica, la procedente de países de Europa del Este que se vio favorecida por la caída del telón de acero, hay que destacar la africana, por la proximidad geográfica del Magreb, en particular los procedentes de Marruecos (Alonso y Furio, 2007).

1. CAUSAS DE LA MIGRACIÓN DE LOS MARROQUÍES

Existen numerosas razones por las que las personas deciden salir de su país. Las principales causas de los nacionales marroquíes son las siguientes:

1.1. Aspectos políticos-económicos.

En los años ochenta del siglo pasado, Marruecos se encontraba en una situación de ausencia de desarrollo económico, con un fuerte crecimiento demográfico y con muy poca existencia de subvenciones a productos básicos así como una improductiva fiscalidad. Todo ello se tradujo en estallidos populares y huelgas generales, que se vieron incrementadas por un elevado número de parados, cierre de fábricas y la implantación de tasas fronterizas que hizo reforzar el control policial, con lo que afectó a la subsistencia de las provincias del norte del país que vivían del contrabando. El desenlace de esta situación para los ciudadanos fue la de recurrir a la economía informal, el mercado negro o a emigrar (Gavira, 2008). A propuesta del gobierno, el Banco Mundial hizo un informe explicativo de las causas de los problemas del país, que se resume en la existencia de un sistema fiscal defectuoso, desmesurado gasto público, escaso ahorro, grandes desigualdades sociales, áreas rurales subdesarrolladas así como reformar la administración y mejorar la formación y la educación (Martín Muñoz, 1999).

1.2. Aspectos sociales y culturales

Durante las décadas de los 70 y 80, la población de Marruecos creció tanto que era imposible soportar para un país en vía de desarrollo, por lo que, debido al incremento de jóvenes que existía, provocó una salida masiva de individuos, sobre todo de aquellos que vivían en ciudades del norte de Marruecos y que buscaban un futuro mejor. Las principales oleadas de marroquíes coincidieron con la primera regularización que se realizó en España en 1985, se pasó de 5.817 marroquíes a 11.152 al año siguiente; en la que se realizó entre los años 1991 y 1992 dejó un censo de cerca de 50.000 marroquíes. Las causas de este incremento también se deben a la prosperidad de España, la vecindad de ambos países así como el conocimiento de la cultura y el idioma, gracias a la cercanía en el tiempo del protectorado español en Marruecos (Gavira, 2008).

1.3. La situación demográfica

Durante las décadas de los 70 y 80, la población de Marruecos creció tanto que era imposible soportar para un país en vía de desarrollo, por lo que, debido al incremento de jóvenes que existía, provocó una salida masiva de individuos, sobre todo de aquellos que vivían en ciudades del norte de Marruecos (Gavira, 2008).

2. INMIGRANTES MARROQUÍES Y LEYES DE EXTRANJERÍA

A partir de los años ochenta, se experimenta un crecimiento de inmigrantes marroquíes que entraban en España, pero no es hasta los años noventa, cuando los flujos migratorios procedentes de Marruecos se consolidan y eligen España como destino preferido para emigrar. Principalmente eligen Madrid y Barcelona pero también hay que destacar los que se asentaron en la Costa del Sol, dedicándose al comercio y al sector turístico (Mohatar, 2009).

Debido a las cambiantes características de las políticas migratorias españolas, un gran número de inmigrantes marroquíes vivió un periodo de irregularidad antes de conseguir permiso de residencia (Colectivo IOE, 2012).

El primer proceso de regularización que se puso en marcha en nuestro país fue con la Ley orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los

extranjeros en España. Esta Ley estableció las bases para regularizar a los extranjeros que se encontraban trabajando o residiendo en el país. Del total de solicitudes que se presentaron (48.815), el 18%, eran de marroquíes, es decir, 7868 personas. Esta regularización fue muy limitada ya que solamente afectó al 15% de las solicitudes presentadas, por lo que se iba acumulando un importante número de extranjeros en España que se encontraban en situación irregular.

En 1991 se produjo otra regularización que afectó a los extranjeros que estaban trabajando de manera irregular, y por la vía de la reagrupación familiar, se pudieron acoger los familiares que se encontraban entonces en territorio español. En este caso, la comunidad de marroquíes se presentó como el colectivo nacional más importante, pues acaparó el 44% de los 128.068 expedientes resueltos en España. De esta cifra, 48.644 expedientes fueron aceptados, y 7.756, denegados. Esta regularización permitió hacer visible geográficamente a la población marroquí irregular que había llegado a España en los últimos años (Mohatar, 2009).

A partir del año 1993 y hasta el año 1995 se convocan anualmente «contingentes» sobre el planteamiento inicial para canalizar la llegada de trabajadores extranjeros desde sus países de origen. No obstante, serán los que ya se encontraban irregularmente en España, los que accedan a un permiso de residencia por esta vía, alterando el objetivo del propio sistema, que de «contingente» pasa a convertirse en «proceso de regularización» año tras año. En total, 54.516 extranjeros fueron regularizados por esta vía a lo largo de estos tres años. Las actuaciones llevadas a cabo durante este período dieron lugar a una cultura de la extranjería y la inmigración en nuestro país, que giraba sobre el hecho de que el procedimiento para obtener un permiso de residencia en España era entrar ilegalmente y esperar a que se aprobase el cupo del año siguiente para poder obtener un permiso de residencia (Pérez, 2004).

Otro hecho que hizo aumentar el número de inmigrantes irregulares en España fue, cuando en 1995 entra en vigor el espacio Schengen en el territorio europeo. Esta situación hizo que hubiese libre circulación de personas pertenecientes a los estados miembros, pero también produjo que numerosas personas que vivían en dicho territorio y se encontraban en situación irregular, se dirigieran a España, soportando aún más el país el incremento de la presión migratoria.

En España hay que destacar dos características principales que se observa en todos los procesos de regularización hasta la fecha, una, que todos los inmigrantes procedían de países de ingresos bajos y la segunda que, entre los años 1998-2000, el principal colectivo de inmigrantes regularizados fue el procedente de Marruecos, mientras que a partir de entonces empiezan a serlo nacionales de países del este de Europa y América del Sur (Kostova, 2006).

En el siguiente periodo de regularización, se llega a finales del año 2000 con unas cifras de extranjeros de 895.720. Entrar en España de manera irregular se convierte en la principal forma de poder acceder con posterioridad, a través de un proceso de regularización, a la adquisición de un permiso de residencia.

A partir del año 2000, y durante los primeros diez años, en los que España experimenta un buen periodo de crecimiento del empleo, los extranjeros marroquíes, colectivo mayoritario de inmigrantes, comienza a ser desplazado por los procedentes de Iberoamérica en su conjunto, y principalmente por originarios de Ecuador y Colombia, también por la llegada de personas del Este de Europa como Rumania y Bulgaria. Este incremento de inmigrantes se vio favorecido por los procesos de regularización que se venían celebrando en España. En el nuevo proceso, que se produce en el año 2000 y 2001, consiguen obtener permisos de residencia un total de 199.365 extranjeros, y por el proceso de arraigo, un total de 239.147 extranjeros. Todo este incremento de los flujos migratorios hacia España se caracteriza por la supresión de controles fronterizos y la no exigencia de visado a determinados colectivos, como fue los casos de Colombia, Ecuador, Bulgaria y Rumania. A esto hay que añadirle la entrada de forma irregular de marroquíes y subsaharianos por vía marítima, lo que hizo reforzar los controles fronterizos en el mar y en las fronteras de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Esto forzó una nueva situación, se comenzaron los diálogos con los países de procedencia de los extranjeros que querían establecerse en España, para facilitar el acceso de estas personas al mercado de trabajo, favoreciendo la inmigración legal, y de esta manera, luchar contra la inmigración ilegal. Así, se celebraron acuerdos con: Colombia, Ecuador, República Dominicana, Marruecos, Nigeria, Bulgaria y Rumanía. De esta forma se favoreció que, en el año 2003, más de 150.000 trabajadores extranjeros consiguieran permiso desde sus países para venir a España (Pérez, 2004).

En 2003 se aprobó la Ley Orgánica 14/03, que aunque no preveía ningún proceso de regularización, a través de su Disposición Transitoria 3ª, se realizó el mayor proceso que jamás se había hecho en España. Fue un proceso muy criticado, ya que produjo un efecto de llamada a nuevos inmigrantes, pero el Gobierno defendía que era necesario legalizar al gran número de inmigrantes ilegales existentes en el país, con la correspondiente repercusión a las cuotas de la Seguridad Social, el pago de impuestos que se dejaba de recaudar, reducir la economía sumergida, además de las pésimas condiciones de trabajo que tenían, y por lo tanto la marginalización social de ese colectivo y las barreras que esto crea para su integración.

3. LA CRISIS EN ESPAÑA Y LOS MARROQUÍES

A partir del 2008, debido a la crisis económica que afecta a España, el número de inmigrantes de diferentes nacionalidades disminuyó, aunque no afectó en gran medida a los marroquíes.

En este año, el Gobierno socialista anunció medidas de incentivo al retorno mediante tres modalidades: el retorno de atención social o humanitario, dirigido a personas que por razones de fuerza mayor no pudieran seguir en España; el retorno productivo, dirigido a los inmigrantes que no pudieran acceder a la prestación por desempleo con proyecto de negocio en el país de origen; y el programa APRE (Abono Anticipado de Prestación a Extranjeros), que consistía en abonar una prestación contributiva por desempleo a trabajadores extranjeros no comunitarios que retornasen voluntariamente a su país de procedencia. El principal objetivo de estas medidas era que se acogieran los inmigrantes latinoamericanos y los africanos, en concreto los marroquíes. Desde que se aprobaron estas medidas y hasta el año 2012, 10.299 personas se acogieron al APRE, de las cuales ninguna fue marroquí, y 5 de 9.810 personas que se acogieron al retorno voluntario por atención social fueron marroquíes.

Aunque el objetivo propuesto por el gobierno español no obtuvo los resultados que pretendía de reducir el número de marroquíes irregulares. Así, si a principios del año de 2007 el número de estos era de 582.923 personas (INE, 2008), en 2012 pasó a 788.563 marroquíes (Domingo y Sabater, 2013). Los últimos datos actualizados del

Instituto Nacional de Estadística, indican que en 2016 el número de marroquíes es de 680.486, suponiendo el 15.4% de la población extranjera total en España (INE, 2017).

4. MELILLA, CIUDAD FRONTERIZA

4.1. Situación geopolítica

La Ciudad Autónoma de Melilla está situada en el norte de África, haciendo frontera con Marruecos, entre el cabo Tres Forca y el cabo de Agua (Figura 1). Tiene una superficie de 12,33 Km² y todo su perímetro fronterizo con Marruecos se encuentra rodeado de una doble valla con puestos de vigilancia y control.

Se distingue una pequeña península donde se encuentra situada Melilla la Vieja, ciudad amurallada, que fue el primer enclave de la ciudad. Hacia el sur de esta se localiza una llanura que limita con la costa. Hacia el norte y oeste se encuentra el cerro de Rostrogordo, superficie accidentada, y los acantilados de Horcas, Rostrogordo y Aguadú (Del Amo, 2005).



Figura 1. Situación geográfica de la Ciudad Autónoma de Melilla. Fuente: Elaboración propia.

Existen cuatro puestos fronterizos: el primero corresponde a la frontera de Beni Enzar, que de hecho es la única frontera *stricto sensu*. Está situada en la zona sur de la ciudad y delimita con el poblado marroquí del mismo nombre, perteneciente a la provincia de Nador. La frontera internacional de Beni Enzar posee, tanto tránsito rodado como peatonal, además de tener también una aduana comercial. Esta frontera

está abierta las 24 horas del día y corresponde el setenta y cinco por ciento del flujo total, alrededor de 10.000 personas pasan a pie y unos 5.000 vehículos al día (Acosta, 2014). En la actualidad, la frontera está sufriendo cierres, por parte de la policía española y otras veces por la policía marroquí, ya que la Delegación del Gobierno de Melilla intenta controlar el paso de mercancías, del denominado “comercio atípico”, de cientos de porteadores con grandes bultos que intentan pasar a Marruecos, provocando auténticas avalanchas humanas (Figura 2).



Figura 2. Imagen del cierre de la frontera de Beni Enzar. Fuente: 20 minutos¹

El segundo paso fronterizo de Farhana también tiene tráfico rodado y a pie, pero solamente puede ser transitado por los habitantes de Melilla y Nador y por la noche se cierra. Está situado en la zona oeste de Melilla y representa el veinte por ciento del flujo total, aproximadamente unas 3.000 personas lo atraviesan a pie y unos 1.700 vehículos al día.

1- 20 minutos. (24 de octubre de 2017). Antidisturbios y “caos extremo” en la frontera en Melilla, que estuvo cerrada casi todo el día. Recuperado de <https://www.20minutos.es/noticia/2257842/0/policia-nacional-herido/arma-blanca/frontera-marruecos/>

El tercer paso fronterizo, denominado Barrio Chino, solamente es peatonal y para las poblaciones vecinas, abierto de siete de la mañana a diez de la noche, para el transporte a pie de alimentación (Acosta, 2014). En la actualidad, son caóticas las colas que deben de soportar los porteadores para introducir mercancía a Marruecos, soportando horas a la espera de que abran la frontera y poder pasar los fardos de más de 50 kilos para ganar unos 4 Euros el pase (Figura 3).



Figura 3. Imágenes del video sobre los porteadores de Melilla. Fuente: Youtube²

El cuarto y último paso fronterizo es el de Mariguari, únicamente es peatonal y es utilizado por estudiantes y padres de esta pequeña localidad marroquí para ir a los centros educativos en Melilla, y para el paso de marroquíes que vienen a trabajar; está abierto por el día y durante los meses de verano permanece cerrado (Acosta, 2014).

La Ciudad, administrativamente, se encuentra dividida en ocho distritos, como se puede observar en la Figura 4. El primer distrito corresponde a la parte antigua, conocida como “El Pueblo” o “Melilla la Vieja”, situada muy cerca del puerto. Aquí se encuentran edificaciones históricas reconvertidas en museos e instalaciones de uso público.

² <https://www.youtube.com/watch?v=PCMW4PwWF6g>

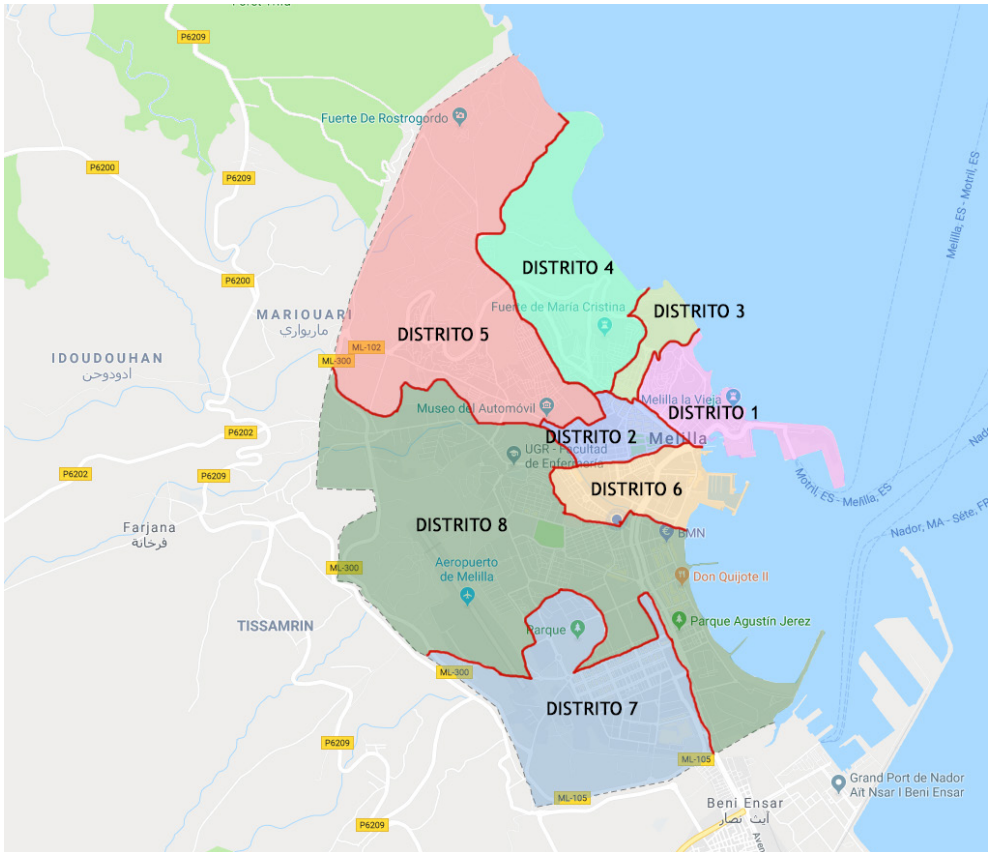


Figura 4. Mapa de los diferentes distritos de la Ciudad Autónoma de Melilla.
Fuente: Elaboración propia.

El centro de la ciudad está formado por los distritos dos y seis, donde se encuentran la mayor actividad comercial, entidades bancarias y dependencias administrativas.

El distrito tres también está situado en la zona céntrica y de actividad comercial, pero se caracteriza por estar habitado por población bereber mayoritariamente. La zona es conocida como “el Polígono” con numerosos comercios, almacenes y puestos de vendedores.

Hay que destacar que los distritos tercero, cuarto y quinto, formados por los barrios de Monte de María Cristina, Barrio Hebreo, Polígono de la Paz, Cañada de Hidum y Barrio de los Cuernos, están compuestos casi exclusivamente por personas

de origen bereber. Destacar la zona de la Cañada de Hidum, conocida como “Cañada de la Muerte”, debido a la forma de vida de sus habitantes que se equipara a la cultura rifeña, por sus construcciones ilegales y poco frecuentado por habitantes de otras zonas de la ciudad.

El distrito seis está formado por el Barrio del Tesorillo, eminentemente residencial, y el distrito siete está formado por el Barrio del Real, donde en pocos años se han construido numerosas urbanizaciones, y los pisos han ido sustituyendo a las casasmatas³; está habitado por familias de clase media y con presencia de numerosos negocios y bares; también se encuentra el polígono industrial SEPES⁴, con empresas que se dedican al almacenaje y venta al por mayor.

Por último, el distrito ocho es el más grande, poblado y heterogéneo, con una gran diversidad social. Existen urbanizaciones de chalets, pisos de lujo del Paseo Marítimo, bloques de viviendas sociales, viviendas militares y barrios de casasmatas. También destacar la frontera de Beni-Enzar, donde se produce un gran tráfico de personas que entran a Melilla para trabajar y comerciar (Del Amo, 2005).

4.2. Población de la Ciudad

Melilla, a principios del siglo XX, experimentó uno de los crecimientos demográficos más acelerados de España (Figura 5), resaltando la importancia que tuvo la ciudad durante el Protectorado de Marruecos, además de su destacada plaza militar y las importantes funciones realizadas por su puerto, tanto pesquero, como conexión con la península.

Desde 1900 a 1950 la población pasó de 10.182 habitantes a 76.247 habitantes censados, siendo los de origen bereber o amazigh⁵ muy minoritarios. Este crecimiento demográfico se interrumpió debido a la finalización del Protectorado español y la independencia de Marruecos. Debido a esto, la ciudad perdió su capitalidad sobre una extensa área, que abarcaba un gran territorio que dejó de pertenecer a España, y grandes contingentes de tropa regresaban a la península.

3 Casamata: Vivienda unifamiliar.

4 SEPES: Sociedad Estatal de Promoción y Equipamiento de Suelo. Entidad Pública Empresarial de Suelo.

5 Amazigh: es el nombre con el que se denominan los pobladores originales del norte de África y sus descendientes.

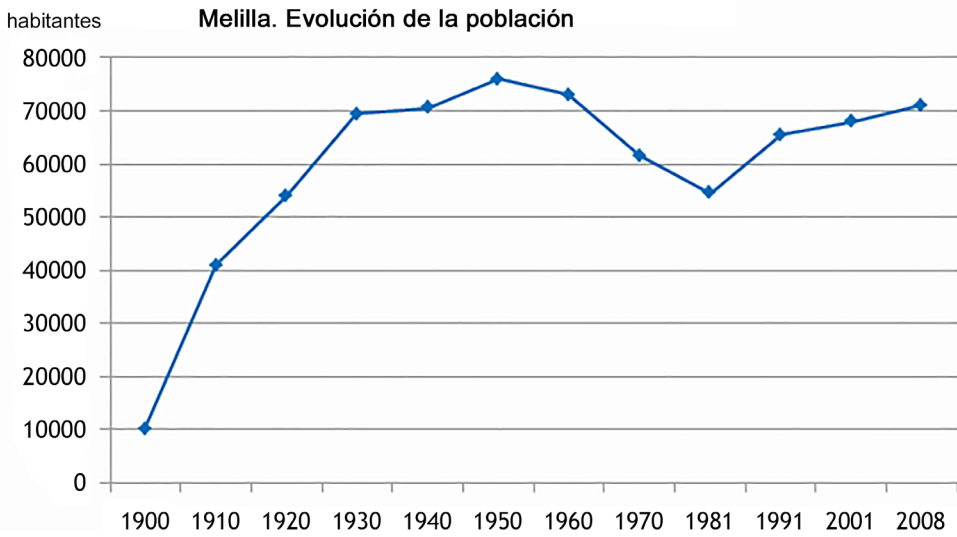


Figura 5. Evolución de la población de Melilla desde 1900 a 2008. Fuente: Ponce, 2010

Como se puede observar en la Figura 5 la población fue disminuyendo hasta la entrada de los años 80, en los que se empieza a experimentar un cambio llamativo del incremento de la población, sobre todo tras la aprobación de la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, conocida como Ley de Extranjería, que permitió la regularización de numerosas personas residentes en la ciudad, de los cuales muchos habían nacido en Melilla pero no tenían regularizada su situación, también dicha Ley atrajo a sucesivas oleadas de regularizaciones y debido al amparo de los derechos reconocidos por la Ley de Extranjería, muchas personas consiguieron la residencia tras matrimonios mixtos entre musulmanes nacionalizados y musulmanes extranjeros, y por los efectos del reagrupamiento familiar.

El proceso de regularización, que tuvo lugar en los años 2000 y 2001, influyó de nuevo en el crecimiento de la población de Melilla, ya que numerosos marroquíes afincados en la ciudad que pudieron demostrar su residencia en España, se les concedió un permiso de trabajo por un año, que era renovable.

En los últimos años el crecimiento de la población ha sido positivo, con la llegada de nuevos habitantes, que por lo general son personas jóvenes, ha contribuido a rejuvenecer la demografía de la ciudad, aumentando la natalidad y disminuyendo la mortalidad.

El flujo migratorio es la variable más importante que se manifiesta en el crecimiento de la población de Melilla, aunque se han tenido pérdidas de españoles, con estudios universitarios sobre todo, en busca de mejores ofertas de trabajo en la Península, y de inmigrantes, sobre todo marroquíes, que han retornado a su país, hay que destacar la creciente entrada de inmigrantes (el 94% procedentes de Marruecos) y de los empadronamientos colectivos de residentes, ya establecidos en la ciudad, que han ido aumentando las cifras del Padrón municipal.

El origen de los extranjeros en la ciudad en 2017, es mayoritariamente de marroquíes, suponiendo el 91.33% del total de la población extranjera, siendo el resto de nacionalidades cifras testimoniales (Tabla 3) (Foro ciudad, 2018).

Tabla 3. *Número de habitantes en Melilla en 2017, según país de nacimiento*

Habitantes en Melilla según país de nacimiento en 2017		
Nacionalidad	Extranjeros	Porcentaje
Marruecos	18.724	91.33%
Francia	191	0.93%
Alemania	178	0.86%
Colombia	155	0.75%
Argentina	76	0.37%
Argelia	67	0.32%
Otras nacionalidades	1.110	5.41%

Fuente: Foro-Ciudad (2018)

Debido a todos los procesos de regularización que se han ido realizando en el país, en Melilla, la mayor parte de la población musulmana consiguió la nacionalidad española y al mismo tiempo, muchos de ellos poseen la doble nacionalidad (española y marroquí). En el año 1986, el número de musulmanes era de 17.027 personas, número que fue en continuo crecimiento, además de la reagrupación familiar, es un colectivo con una elevada natalidad. En el año 2008, se estima que los ciudadanos españoles de origen musulmán ya ascendía a unos 29.000 personas (Ponce, 2010). En 2015, el número de musulmanes asciende a 43.981 personas, siendo 11.322 extranjeros y 32.659 españoles (Observatorio Andalusi, 2016).

En la actualidad, la población en Melilla ha ido creciendo, siendo su número a finales de 2017 de 84.721 personas (Figura 6) (Expansión, s/f)

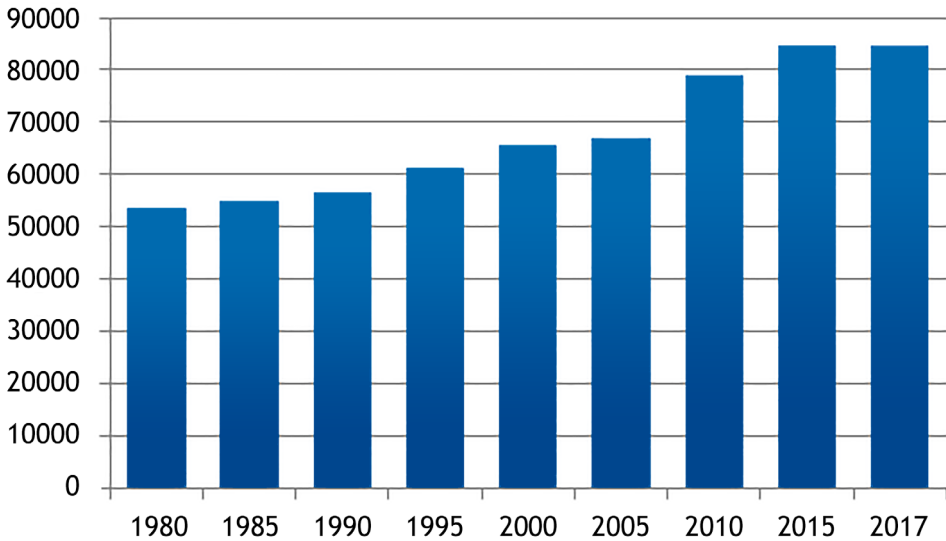


Figura 6. Evolución de la población en Melilla desde 1980 a 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de Expansión, Datos Macro, s/f.

4.3. Contexto Socio-cultural

La característica más significativa que tiene Melilla es la pluralidad de culturas. Aunque en los últimos años, la multiculturalidad se ha impuesto en el país, debido a las migraciones, para la España Peninsular este hecho era muy extraño. Los colectivos mayoritarios en la ciudad son el de origen hispano, tradicionalmente identificado por costumbres españolas y de religión católica, y el de origen bereber o *amazigh*, de lengua *tamazight*⁶ y religión islámica. Los otros colectivos minoritarios están formados por los judíos, hindúes y romaní, con una importante presencia en la vida social y económica de la ciudad. Por lo que el primer rasgo diferencial es que los colectivos mayoritarios están prácticamente equiparados en número, los de origen hispano y bereber, con tendencia a que esta sea superior, debido a que la natalidad de las familias de origen bereber es mucho mayor.

Hay que destacar un acontecimiento que tuvo una gran repercusión en la ciudadanía de origen *amazigh* de Melilla, que fue el movimiento Bereber, ya que sentían la necesidad de definir su identidad como ciudadanos españoles. Hasta que

⁶ Tamazight: lengua ancestral de la gran mayoría de las poblaciones magrebíes.

comenzó el proceso de regularización en 1985, estos ciudadanos se encontraban ante una situación de indefinición documental, ya que la mayor parte poseían nacionalidad marroquí, pero muchos eran apátridas, al ser originarios de Melilla y descendientes de melillenses, no estaban inscritos en el censo de Marruecos y tampoco eran españoles.

Mediante este proceso complejo y tenso, se reconoció, a miles de melillenses de origen rifeño, como ciudadanos españoles de pleno derecho. Esto fue necesario para asentar las bases de las que en el futuro sería la convivencia intercultural y no una simple coexistencia multicultural, desde la igualdad, el diálogo y la búsqueda de los intereses ciudadanos de todos los melillenses. La convivencia de diferentes culturas en Melilla es una realidad y es sin duda una riqueza, pero también puede ser una fuente de conflicto, sobre todo por la existencia de desigualdades sociales y económicas, y esta desigualdad es un hecho entre la población de origen hispano y la de origen bereber (Del Amo, 2005).

4.4. La situación sanitaria en Melilla

La población melillense, a fecha 1 de enero de 2018, es de 86.120 personas (INE, 2018) y cuya evolución ha sido diferente al resto de España (Figura 7), ya que, aún con la crisis económica, ha ido creciendo y es debido en parte por el retorno de la población de origen bereber a Melilla procedente de todas partes del territorio nacional que han perdido su trabajo a causa de la crisis económica, y debido a la elevada tasa de natalidad de esta población (Consejería de Economía y Hacienda, 2014).

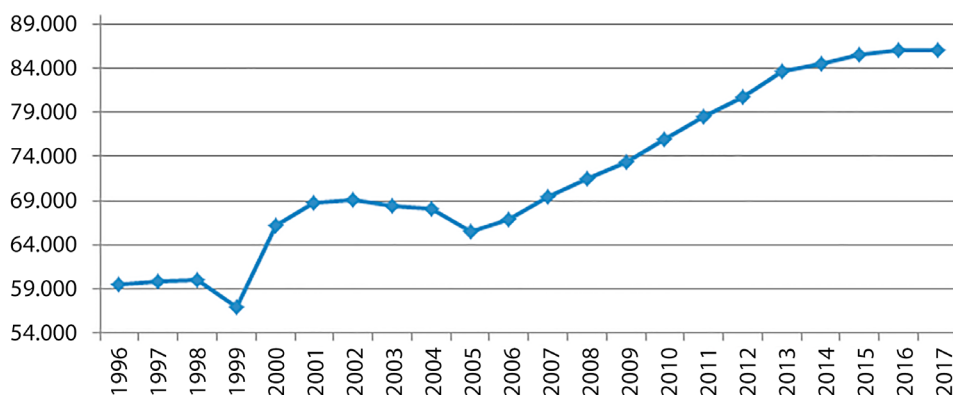


Figura 7. Evolución de la población de Melilla en los últimos años. Fuente: INE, 2018

A 1 de enero de 2017, el número de extranjeros que viven en Melilla es de 13.347 personas, lo que supone aproximadamente el 15,5% de la población. Del total de extranjeros, 11.982 personas proceden de Marruecos, con lo que casi el 90% de la población extranjera en Melilla son originarios del país vecino (INE, 2017b). Sin embargo, el bloque más espectacular lo constituyen los casi 30.000 marroquíes que diariamente atraviesan los puestos fronterizos. Estas personas trabajan, comercian o sencillamente deambulan por las calles de la ciudad (López-Guzmán, González-Fernández, Herrera-Torres y Lorenzo-Quiles, 2007).

La Ciudad Autónoma de Melilla no posee competencias en materia sanitaria, siendo la Administración Central del Estado la que mantiene la gestión a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), mediante sus Servicios Centrales en Madrid y la Dirección Territorial de Melilla, gestionando las prestaciones sanitarias de los Centros Sanitarios públicos de la ciudad.

Al INGESA, prestador de servicios sanitarios en Melilla, le compete aplicar las leyes vigentes en el país, garantizando la igualdad en el acceso y la calidad de la atención sanitaria, como son la Ley 14/1986, General de Sanidad, la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como el 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 las prestaciones. En las citadas leyes se establece la accesibilidad a las prestaciones sanitarias en las mismas condiciones para toda la población.

También hay que mencionar las leyes relacionadas con los extranjeros en España como la Ley 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, con sus sucesivas reformas hasta la actual Ley orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, que han tenido, desde que se creó el INGESA, especial relevancia en la gestión de este Organismo, dada la especial situación geográfica de la Ciudad Autónoma de Melilla.

Nuestra legislación actual dispone que los extranjeros, no registrados ni autorizados como residentes en España, puedan recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles en los siguientes supuestos:

- De urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica,
- De asistencia al embarazo, parto y puerperio
- Y aquellos que sean menores de 18 años.

Por todo lo expuesto, el número de personas que son atendidas en los 4 Centros de Salud y un único Hospital que posee la ciudad, gestionados por el INGESA, no se limita a las de derecho, sino que hay que sumarles como usuarios potenciales a la población no española residente o transeúnte en Melilla, siempre que coincidan las particularidades mencionadas en la legislación vigente, como los ciudadanos marroquíes que atraviesan las fronteras de la ciudad de forma legal para estancias breves, no residenciales, que podrían demandar asistencia sanitaria.

De esta manera, las personas que son demandantes de atención sanitaria en los centros sanitarios de la ciudad de Melilla son:

- Aproximadamente unos 30.000 marroquíes que atraviesan la frontera a diario la frontera para comerciar o para realizar trabajos no regulados.
- Unos 3.000 trabajadores fronterizos regulados que vienen a la ciudad a trabajar en distintos sectores como hostelería, construcción, tareas del hogar y otros sectores.
- Las personas que viven en el Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) cuya capacidad es de 900 personas aunque la población es mayor.
- Marroquíes que vienen expresamente a la ciudad para ser atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Comarcal sobre todo partos, diálisis, etc.
- Personas que viven en la península y que vienen a trabajar a la ciudad de lunes a viernes.

Todo esto deriva en una saturación de los servicios sanitarios de la ciudad (los más utilizados son urgencias del Hospital, urgencias de Atención Primaria, Obstetricia, Neonatología/Pediatría, Diálisis y Servicios Sociales) ya que se atiende a unas 21.000 personas más, aproximadamente un 30.4%, sumado a la población censada.

Además de la saturación de los centros sanitarios, se puede hablar del elevado coste que conlleva la atención sanitaria de los extranjeros, que en el año 2013 ascendió a la cifra de 6.776.524 €, como se puede observar en la Tabla 4 (INGESA, 2014).

Tabla 4. *Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Melilla. Año 2013*

Ciudad Autónoma de Melilla	Hospitalización (GRD)		Urgencias		Consultas		Otras: importe	Total Importe
	Nº Pac.	Importe	Nº Pac	Importe	Nº Pac	Importe		
Residentes CETI	80	235.951	1.413	214.267	469	46.867	890	497.977
Extranjeros Transeúntes	184	1.041.577	3.544	554.288	22	6.569	8.591	1.611.026
Embarazadas Transeúntes	1.293	2.946.258	2.836	443.336	217	20.294	0	3.409.889
Menores Transeúntes	228	770.964	1.190	187.309	52	4.744	0	963.017
SUMA	1.785	4.994.752	8.903	1.399.200	760	78.476	9.482	6.481.911
Gasto en Atención Primaria	-	-	-	-	-	-	23.195	23.195
Evacuaciones	-	-	-	-	-	-	271.417	271.417
TOTAL	1.785	4.994.752	8.903	1.399.200	760	78.476	304.095	6.776.524

Fuente: INGESA (2014, p.7). Nota: Importe en euros.

Según datos aportados por Gerencia del Hospital Comarcal de Melilla, en el año 2014 hubo un total de 62.167 urgencias, de las cuales 8.844 eran atenciones a personas extranjeras que no poseían ningún tipo de seguro sanitario y, aunque debido al programa informático no se puede comprobar a qué nacionalidad correspondían, el movimiento migratorio que tiene Melilla hace pensar que la mayoría eran marroquíes, y 2.261 urgencias de inmigrantes que están alojados en el CETI. De las 7.449 personas que ingresaron en planta, 2.204 correspondieron a ingresos de extranjeros. De los 2.758 nacimientos ocurridos en el hospital, 1.458 corresponden a extranjeras, la mayoría mujeres no controladas durante el embarazo, procedentes de Marruecos.

El número de atenciones sanitarias a personas inmigrantes, cuya procedencia la mayor parte es de Marruecos, en el Hospital Comarcal de Melilla ha ido creciendo en los años sucesivos, tal y como se puede comprobar en la siguiente tabla.

Tabla 5. *Número de Urgencias, Ingresos hospitalarios y de partos atendidos en el Hospital Comarcal de Melilla a la población total y a la población extranjera*

Año	Urgencias		Ingresos Hospitalización		Número de Partos	
	Total	Extranjeros	Total	Extranjeros	Total	Extranjeras
2014	62.167	8.844	7.449	2.204	2.758	1.458
2015	61.773	10.507	7.608	2.632	3.001	1.825
2016	63.785	11.459	7.830	2.710	2.996	1.772
2017	59.232	11.246	7.948	2.813	2.799	1.722

Fuente: Elaboración propia

Además, el Sindicato de Enfermería SATSE de Melilla denunciaba que, el número total de partos en el 2014 alcanza cifras muy elevadas, como ya se ha mencionado, y desde enero a mayo de 2015, se han producido 812 partos y 313 cesáreas para un total de 1.125 nacimientos, siendo imprescindible el aumento de plantilla en el Área Materno Infantil del Hospital Comarcal, ya que es uno de los servicios mayor demandados, este hecho no sólo sobrecarga de trabajo a los profesionales que prestan servicio en este área sino que merma la calidad de la asistencia sanitaria prestada. Esta misma situación se observa en el Servicio de Urgencias que sufre una masificación continua y constante (SATSE, 2015).

5. CARACTERÍSTICAS DE LOS INMIGRANTES DE PROCEDENCIA MARROQUÍ

Para poder prestar unos cuidados de calidad, es necesario conocer las características de la población a la que se atiende (Leininger, 1991).

El personal sanitario, en general, y enfermería en particular, debe garantizar los cuidados y los derechos de todos los pacientes ingresados en una institución hospitalaria. En lo que se refiere al cuidado de pacientes marroquíes es necesario conocer cuáles son sus costumbres, su modo de vivir, de sentir la enfermedad y la salud, para prestar los cuidados necesarios. Y para los marroquíes, de religión musulmana, el islam les proporciona una identidad común, dictándoles valores y normas de conducta (Gentil, 2005).

Además, no podemos olvidar que la protección de la salud es un derecho reconocido en casi la totalidad de los textos constitucionales europeos y como en

nuestra Constitución, y en el 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 la seguridad de sus prestaciones, mediante el cual se regula el acceso al Sistema Público de Salud en España, los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria, como se ha comentado antes.

5.1. La religión: el Islam

Junto con el cristianismo y el judaísmo, el islam es una de las tres religiones monoteístas del mundo. Es la religión predominante en numerosos países de África, Asia y de Oriente Medio y viven comunidades musulmanas en la mayoría del resto de países. Por tanto, es una religión que engloba a numerosas nacionalidades, por lo que es necesario diferenciar tradiciones y costumbres étnicas de cada pueblo con el islam. Los musulmanes no son un grupo homogéneo, ya que incluye a millones de personas procedentes de muy diferentes países, con orígenes muy diversos (cultura, política, economía, sociedad...), pero comparten prácticas comunes al mundo islámico debido a que esta religión influye y orienta en todas las dimensiones de la vida de los musulmanes como: el nacimiento, el matrimonio, la familia, la política, la economía y las relaciones sociales (Daneshpour, 1998).

En el siglo VII d.C., Mahoma fundó el islam y, para la religión musulmana, se le considera como el último de los profetas enviados por Dios (Alá para los musulmanes). El Islam es una religión de paz, misericordia y perdón y la mayoría de los musulmanes no tienen nada que ver con el terrorismo que se asocia a la fe islámica. Un musulmán es una persona que se somete a la voluntad de Alá. El libro sagrado del islam es el Corán y la Sunnah (la práctica del Profeta Mahoma) consiste en siete artículos de fe y cinco pilares fundamentales (Hyder, 2003).

Los siete artículos de fe son:

1. Alá es Dios Todopoderoso.
2. Los ángeles son seres espirituales creados por Alá que obedecen su voluntad.
3. Los libros de Dios son: Los Salmos de David, Libro de Moisés (Torá), La Biblia y El Corán, siendo este el último, completo e incorruptible libro de Dios.

4. Profetas. Existe una larga lista de profetas, comenzando con Adán, que fue el primero, Noé, Abraham, Ismael, Isaac, Jacob, Job, Moisés, Aarón, David, Salomón, Jonas, Juan el Bautista, Jesús y Mahoma. El mensaje final de Dios al hombre fue revelado por el Arcángel Gabriel a Mahoma.
5. El Día del Juicio. Los musulmanes creen que habrá un último día cuando todos los muertos sean resucitados y todas las almas sean juzgadas por Alá.
6. Destino. El Destino es el Decreto general de Alá y es que todo hombre tiene que morir y el Decreto Divino es que todo hombre morirá en un determinado tiempo y lugar y todo ocurre por Voluntad de Alá que es el Creador de todas las cosas.
7. Vida después de la muerte. Después de la muerte, los buenos vivirán en el Paraíso con Alá mientras que el mal será castigado en el infierno.

Los cinco pilares del Islam son:

1. La Fe: el único dios es Alá, siendo su profeta Mahoma.
2. La oración: los musulmanes deben rezar cinco veces al día: antes de la salida del sol, al mediodía, por la tarde, después de la puesta del sol y antes de dormir, siempre orientados hacia la Meca. En la mezquita (lugar de culto) los hombres y mujeres rezan por separados, quedándose las mujeres siempre detrás de los hombres.
3. Deben hacer un mes de ayuno denominado Ramadán. El mes que dura el Ramadán, desde que sale el sol hasta que se pone, no pueden comer, beber, fumar y tampoco pueden mantener relaciones sexuales. Están exentos del ayuno los niños, los enfermos y las embarazadas, lactantes y mujeres en periodo menstrual.
4. Tienen la obligación de dar limosna a los pobres, bien cubriendo directamente una necesidad a alguien o lo abonan a un comité dentro de la comunidad.
5. El último precepto que han de cumplir los musulmanes es peregrinar a la Meca, al menos una vez en la vida, recordando el viaje que hizo el profeta Mahoma, y se realiza a los 70 días de la finalización del Ramadán.

5.1. Comida y alcohol

Las religiones, por lo general, son fuentes de emisión de normas y códigos dietéticos y, el Islam, a través de su libro sagrado El Corán, dicta las prescripciones alimenticias que cada musulmán debe cumplir escrupulosamente. Los productos

deben ser *halal* (permitido, autorizado) y por lo tanto, han sido preparados según la Ley islámica (Jiménez, 2005).

Para que un producto sea considerado *halal*, debe cumplir los siguientes requisitos:

1. No debe contener ninguna sustancia no lícita o *haram* (prohibida) o algún componente de animales prohibidos.
2. Debe ser elaborado o almacenado siempre usando materiales según lo estipulado por la normativa islámica (hierro u otro material, exceptuándose los dientes y las uñas).
3. No puede estar en contacto con ningún alimento o sustancia prohibida en ningún momento desde su elaboración, producción, procesado, almacenamiento y transporte.
4. Los animales deben sacrificarse conforme a la Ley islámica; consiste en hacer fluir la sangre por el corte de venas del animal o por disparo al animal salvaje; debe llevarse a cabo por un musulmán y siempre orientado hacia la Meca.
5. Durante el sacrificio se ha de rezar a Alá, recordando que el animal es una criatura de Dios, está bendecido y solamente se realiza como sustento.
6. El marisco y los productos lácteos se consideran *halal*.

Los productos considerados *haram* o prohibidos son:

1. Los animales hallados muertos, la sangre, el cerdo y jabalí, así como sus derivados.
2. Los animales muertos por asfixia, estrangulado, apaleado o cualquier otro método que no sea el debidamente permitido mediante el sacrificio mencionado con anterioridad.
3. Los animales que posean colmillos, sean carnívoros o carroñeros, los que posean dientes caninos protuberantes, los anfibios, los reptiles, los insectos y las aves con garras.
4. El alcohol también está prohibido, el tabaco, así como cualquier sustancia nociva o tóxica.

4.1. Aspectos culturales de los marroquíes musulmanes en el proceso salud-enfermedad

4.1.1. La familia

Es importante conocer como está diseñada la sociedad musulmana para comprender a los pacientes musulmanes cuando están ingresados o utilizan una institución sanitaria. Para los musulmanes, la jerarquía en su sociedad es primordial, ya que Islam significa sumisión. El poder y la autoridad se dictan desde arriba, por lo que jerárquicamente quedaría: Alá, El Corán, los juristas, los ancianos, los hombres, las mujeres y los niños. Puesto que Islam significa sumisión la conducta de los musulmanes hacia sus superiores ha de ser de sumisión.

La estructura familiar musulmana es patriarcal, siendo la familia uno de los valores más importantes para los musulmanes, así como la solidaridad hacia la familia y al grupo. El honor es otro valor fundamental, teniendo que demostrar, un buen musulmán, obediencia y respeto hacia las normas y valores familiares y de la comunidad, siendo una ofensa para toda la familia cualquier acto irrespetuoso de alguno de sus miembros. Han de ser respetuosos, sobre todo con sus ancianos, ya que son los que han vivido más y por tanto, saben más, y los jóvenes deben de respetarlos y obedecerlos (Gentil, 2005).

La importancia familiar, se refleja cuando un musulmán está ingresado en el hospital y es normal que numerosos familiares y amigos vayan a visitarlo. La familia ha de prestarle apoyo y cuidados espirituales mientras esté enfermo y ha de rezar las oraciones que están presentes en el Corán para que sane. Delante de la persona enferma deben reprimir sus emociones, los hombres no pueden expresarlas públicamente, mientras que las mujeres lo tienen permitido y lo hacen de una manera muy efusiva. Esto se puede observar cuando fallece un musulmán en el hospital, ya que las mujeres chillan y lloran desconsoladamente.

Aunque El Corán expresa que los hombres y las mujeres son iguales, estos poseen características distintas. El hombre es el cabeza de familia y, por tanto, el responsable de proporcionarle sustento. La mujer puede trabajar fuera del hogar, pero no puede descuidar sus deberes en el cuidado de los hijos y del hogar. Si el padre, que

es el cabeza de familia, no está, será su hijo varón mayor el responsable de la familia. Por tanto en el ámbito sanitario, el hombre será el que reciba la información acerca de la persona enferma y el responsable de tomar las decisiones oportunas y la mujer será la que cuide al enfermo (Plaza-del Pino, 2008).

4.1.2. Valores culturales

La mujer musulmana debe preservar su intimidad y es un valor que debe defender sobre todo, con respecto a la mirada del hombre. Debe utilizar ropa que no revele la forma de su cuerpo, y muchas mujeres usan un pañuelo para tapar su cabello. Una mujer musulmana no puede estar sola con un hombre que no sea de su familia. Es muy importante conocer esta característica para respetar la intimidad de la mujer en una institución sanitaria. En la exploración física, su marido ha de estar presente. En general, los musulmanes preferirán que un enfermo sea atendido por un personal sanitario de su mismo sexo. Se ha de saber también que, el contacto físico como los abrazos o el tacto entre personas que no sean familiares del sexo contrario, están mal visto entre los musulmanes (Plaza del Pino, 2008).

La barba es considerada un símbolo religioso muy importante para el musulmán. Cuando está ingresado en el hospital se le debe pedir permiso para afeitarse cualquier parte y debe hacerse por un hombre.

La mano izquierda es considerada como sucia, por lo que es preferible alimentar o administrar medicación, a un paciente musulmán, con la mano derecha, independientemente de la mano dominante.

Como se ha mencionado, uno de los cinco pilares del islam es la oración y deben realizarla cinco veces al día, por lo que un paciente que no tenga libertad de movimiento podrá rezar acostado y el personal sanitario deberá respetarlo mientras realiza sus oraciones.

Dejar en el baño una jarra, es un hecho muy apreciado por los pacientes musulmanes, ya que prefieren lavarse con agua después de usar el inodoro.

El día santo para los musulmanes es el viernes y es cuando el paciente musulmán puede recibir un mayor número de visitas en el hospital (Hyder, 2003).

4.1.3. El nacimiento y la muerte

Los musulmanes consideran un feto viable a partir de los 120 días de gestación. Si se produce un aborto o muerte intrauterina, a partir de este tiempo, el feto debe ser enterrado, por lo que debe entregarse a la familia para su entierro. El aborto está permitido siempre y cuando esté amenazada la vida de la mujer embarazada.

Después del nacimiento de un niño musulmán se le rezará en el oído derecho una oración del Corán y es posible que los padres prefieran que lo realice una persona instruida en la fe islámica.

A todos los niños varones se les realizan la circuncisión, no hay una fecha fija pero siempre será antes de la pubertad (Hyder, 2003).

En cuanto a la práctica de la mutilación genital femenina, se realiza indistintamente entre cristianos, judíos, musulmanes o cualquier otra religión. No tiene ninguna base con las religiones y ninguna creencia la respalda, por lo que no se le puede considerar una práctica de la religión islámica, siendo además, condenada por ella (Amiriam y Zein, 2009).

Es tradición, que a la semana de haber nacido el niño, se realice una fiesta lúdico-religiosa (*Sbúeh*), en la cual al niño se le rasura la cabeza, se mata un cordero y se le pone nombre; en ella la familia presenta al niño ante su comunidad y la hace participe de la alegría del nacimiento del nuevo miembro.

El nacimiento es considerado cosa de mujeres, con lo que el marido no estará presente en el parto. En las zonas rurales, las mujeres siguen dando a luz en sus casas con la ayuda de una partera. La posición de parto es de cuclillas, sujetándose de una cuerda colgada del techo y la partera detrás de ella.

Tras el parto, las mujeres no pueden ducharse hasta que no haya transcurrido diez días, con lo que utilizarán paños mojados para el aseo (Plaza-del Pino et al, 2007a).

En cuanto a la muerte, al igual que en el cristianismo, para los musulmanes es algo predestinado por Alá y después de la muerte está la vida eterna, en un mundo lleno de paz y de felicidad en el paraíso, siempre y cuando haya sido un buen musulmán.

Las familias más creyentes pueden aparecer tranquilas tras el fallecimiento ya que aceptan la muerte como una decisión divina y es por ello que, los musulmanes no aprueban ninguna actuación médica que pueda acelerar la muerte; son contrarios a la eutanasia.

Si un paciente musulmán está en coma, se prefiere que su hombro derecho esté orientado hacia la Meca. Los familiares del paciente recitarán oraciones del Corán delante del paciente o en una habitación cercana a él.

El fallecido debe ser envuelto en una sábana y debe ser manipulado lo menos posible, siempre por una persona del mismo sexo. No puede lavarse el cuerpo en el hospital ya que forma parte del ritual religioso antes del entierro. El entierro se hará lo antes posible y el fallecido debe tener los ojos cerrados, la mandíbula inferior vendada para evitar que se abra la boca, los pies juntos y ha de ser enterrado mirando hacia la Meca (Hyder, 2003).

Tras el entierro, el pueblo acudirá a casa de la familia para mostrar su respeto y condolencias. A los cuarenta días del fallecimiento, los vecinos irán a casa de la familia para acompañarlos en su dolor y rezarán por su alma. Es tradición que lleven comida y bebida (Plaza-del Pino et al, 2007a).

4.1.4. Donación de sangre y órganos

Los musulmanes aceptan transfusiones de sangre y trasplantes de órganos ya que con ello alargan y mantienen la vida y esta es considerada un acto de virtud (Hyder, 2003).

4.1.5. Salud y enfermedad

En el Corán es frecuente el uso de los términos de salud y enfermedad. La salud está relacionada con la espiritualidad, con el dominio de las creencias y los valores del hombre. La existencia del hombre en la Tierra es gracia a lo divino y la salud es un don dado por Alá, por lo que cada musulmán es responsable de su propia salud y la conciben como un deber o cumplimiento que debe hacer durante su vida.

La enfermedad está relacionada con la fe de cada musulmán, se describe como una situación de impermeabilidad al mensaje divino y la negación de la verdad que

fue revelada por el profeta Mahoma. Es considerada como una prueba, y la paciencia y la perseverancia en la oración, son las dos virtudes que ratifican la fe del musulmán creyente ante las situaciones de dificultad como es la enfermedad.

Tanto el concepto de salud como de enfermedad se refieren primariamente a la dimensión espiritual del ser humano y de manera secundaria están asociados a aspectos físicos y terrenales de la existencia. La naturaleza humana está estrechamente relacionada con la divinidad, y el individuo a su vez se relaciona con su familia, su comunidad, su medio físico inmediato y en general con el universo (Rubio y Ferrater, 2006).

4.1.6. Barreras en la atención del paciente inmigrante/marroquí

El objetivo de la Enfermería Transcultural es proporcionar cuidados a personas de diferente o parecida cultura. Los pacientes de diferentes culturas esperan que los profesionales de enfermería entiendan y respeten sus valores, creencias y así los ayuden de una manera apropiada. Cuando no existe esta implicación, por parte de enfermería, los pacientes pueden experimentar situaciones negativas. Los conflictos que se pueden encontrar en una inadecuada atención son:

4.1.6.1. Por parte de los profesionales sanitarios

Etnocentrismo e imposición cultural. El etnocentrismo es la creencia de que los propios valores, creencias y conocimientos de una cultura o grupo son superiores a otros. La imposición cultural es la tendencia de imponer los propios valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando su libertad y respeto (Leininger, 1999). De tal manera que los enfermeros pueden caer en el error de imponer sus propias costumbres y forma de cuidarlos.

También pueden tener la percepción de abuso, sobrecarga en la atención de numerosos pacientes, desconocimiento de la cultura, estereotipos y prejuicios sobre la inmigración.

4.1.6.2. Por parte de los propios inmigrantes

El desconocimiento del idioma del país de acogida, con los problemas que conlleva de comunicación. Miedos, incertidumbre, choques culturales, religiosos y

morales, desconfianza de la medicina occidental, uso de la medicina tradicional y natural, concepto de salud, cuidados y enfermedad (Plaza-del Pino, 2008).

4.1.6.3. Por parte de los propios servicios de salud

Dificultad de accesibilidad a centros sanitarios debido a la burocracia, requisitos administrativos, como están gestionadas las consultas, horarios, falta de programas dirigidos a los inmigrantes, etc.



CAPÍTULO 3.

LA FORMACIÓN DEL
PERSONAL SANITARIO EN
TRANSCULTURALIDAD

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se pretende mostrar brevemente la evolución que ha tenido la profesión de enfermería a nivel mundial y en España, diferentes definiciones de la profesión así como los principales modelos de enfermería que centran los cuidados, según la cultura del paciente, necesarios para poder ofrecer cuidados óptimos.

También se ha hecho una revisión de todos los planes de estudios de las universidades españolas para observar en cuáles se imparten alguna asignatura donde se incluya la importancia de ofrecer cuidados en función de la cultura de los pacientes.

1. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

Como indican Moreno y Siles (2015), desde hace muchos años han sido numerosos los esfuerzos de las enfermeras para desarrollar el pensamiento que guíe la práctica, investigación, formación y la gestión en enfermería.

La actividad del cuidado, a lo largo de la historia, ha estado relacionada con la mujer, ya que socialmente siempre ha sido la encargada de cuidar a la familia y a los enfermos, de realizar las tareas del hogar y no se le permitía estudiar. A estas características hay que sumarle el rápido avance de la medicina y la importancia que ha tenido el médico en la sociedad han influenciado de manera negativa en el pensamiento enfermero.

A mediados del siglo XIX es cuando, con Florence Nightingale (1820-1910), nace la enfermería moderna. Florence Nightingale perteneció a una familia acomodada inglesa. En 1851 estuvo en Alemania trabajando en una comunidad religiosa protestante y se formó como enfermera. En 1854, durante la guerra de Crimea, se desplazó hasta Scutari (Turquía) con un grupo de enfermeras para atender a los soldados británicos heridos que se encontraban en situación de precariedad, en cuanto a falta de higiene y de suciedad. Demostró que introduciendo mejoras en la higiene, cuidados, y condiciones sanitarias en las que se atendía a los pacientes, mejoraban los resultados y estos justificaban la moderna atención de enfermería que ella propugnaba. Se convirtió en una persona muy popular y querida por los soldados, la llamaban la “Dama de la lámpara” ya que realizaba rondas nocturnas con una lámpara para dar apoyo emocional a los soldados.

Cuando finalizó la Guerra, regresó a Inglaterra, donde fue recibida con grandes honores, y le concedieron fondos para fundar escuelas de enfermería. A los pocos años, la *Nightingale School* recibió numerosas peticiones para abrir más escuelas en hospitales de todo el mundo. Aplicó un proceso mediante la observación y le dio especial importancia al entorno que rodea al paciente, siendo el responsable de la salud/enfermedad de las personas. Conceptualizó la enfermería como la encargada de la salud personal del individuo y la enfermera tenía que poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él. Desde entonces se le conoce como la fundadora de la enfermería moderna.

No es hasta mediados del siglo XX cuando surgen numerosas teóricas en enfermería y establecen diferentes tipos de principios sobre lo que debe constituir la enfermería.

Alberdi (1986, citado por Baganeta, 2016) define la enfermería como:

una disciplina tan antigua como el propio hombre, dado que tiene que ver con todos aquellos elementos y factores materiales y humanos que convergen en una actividad innata y esencial en el ser humano. El cuidado del individuo, el grupo y la comunidad... (p.4)

Por ello, la profesión de enfermería surgió para cuidar. El término cuidado lo define Marie François Collière (1993) como:

un acto para mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensable para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona. (p.8)

Existen diversos conceptos de Enfermería, detrás de los cuales subyacen distintas teorías y modelos profesionales que explican la diversidad de los cuidados y que influyen en las decisiones y guían las acciones que tomamos, es decir, son un conjunto de conceptos interrelacionados que facilitan la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado (Raile y Marriner, 2011).

A continuación se expone diversos conceptos de Enfermería según la visión de prestigiosas enfermeras, centrándonos en los tres modelos de Enfermería más utilizados que basan los cuidados teniendo en cuenta la cultura del paciente para poder ofrecer unos cuidados competentes:

- **Hildegard E. Peplau** (1909-1999): se le ha considerado la madre de la enfermería psiquiátrica como especialidad diferenciada. Describió la importancia que existe en la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo y terapéutico e identificó las cuatro fases de dicha relación desde el ingreso, hospitalización, convalecencia-rehabilitación y alta: orientación, identificación, explotación y resolución.
- **Virginia Henderson** (1897-1996): para ella el paciente necesitaba ayuda para conseguir la independencia e integración total de cuerpo y mente. Puso de relieve el arte de la enfermería y definió las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. Definió la enfermería como:

la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible. (Henderson, 1964, p.63)
- **Faye Glenn Abdellah** (1919-2017): formuló los veintiún problemas de enfermería; establece los servicios de enfermería que se utilizan para determinar las necesidades del paciente. Definió la enfermería como un arte y una ciencia que moldea la actitud, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas individuales de la enfermera en su deseo y su capacidad de ayudar a las personas a afrontar sus necesidades de salud, tanto si están enfermas como si están sanas (Raile y Marriner, 2011).
- **Ernestine Wiedenbach** (1900-1996): destacó por su trabajo en enfermería materno-infantil. Aporta una definición de enfermería que evidencia su formación como enfermera comadrona. Manifestó que “las personas pueden diferir en cuanto a su concepto de la enfermería, pero pocos estarían en desacuerdo en que la enfermería es criar o cuidar a alguien de una manera maternal” (Wiedenbach, 1964, p.1).
- **Joyce Travelbee** (1926-1973): afirmó que la enfermería debía solidarizarse y empatizar con el paciente; el binomio enfermera-paciente tenía que desarrollar una relación entre seres humanos. Manifestó que el principal objetivo que tenía la enfermería es ayudar a la persona, a la familia o a la comunidad, debe prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado de estas experiencias siendo el fin último la presencia de la esperanza (Travelbee, 1966).

- **Martha E. Rogers** (1914-1994): para esta enfermera el hombre está constantemente en relación con su entorno, intercambiando materia y energía. El objetivo de la enfermera es ayudar a las personas para que alcancen su máximo potencial de salud y fomentar la interacción armoniosa entre el hombre y su entorno (Raile y Marriner, 2011).
- **Dorothea E. Orem** (1914-2007): defendió que todas las personas deben saber cuáles son sus necesidades y procurarse el autocuidado; cuando se produce un déficit en el autocuidado interviene la enfermera procurando cuidados y actividades, para mantener y conservar la salud y la vida y recuperarse de la enfermedad (Raile y Marriner, 2011).
- **Sor Calista Roy** (1939-): comenzó su carrera trabajando con niños y le fascinó la capacidad de adaptación que tenían a cambios físicos y psicológicos, lo que la llevó a desarrollar el modelo de enfermería de adaptación. Existe cuatro modos de adaptación en el individuo: 1) las necesidades fisiológicas básicas: referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación; 2) la autoimagen: el yo de la persona debe responder a los cambios del entorno; 3) el dominio de un rol o papel: cada persona tiene un papel en la sociedad (madre, hijo, jubilado...); este papel cambia y la persona debe adaptarse; 4) interdependencia: influida por la autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo ya que interacciona con otros individuos del entorno recibiendo influencias. Según Roy, el objetivo de las enfermeras es:

mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad (Roy y Andrews, 1999, p.19).

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y CULTURA

En este apartado se va a proceder a explicar tres de las teorías de Enfermería más destacadas relacionadas con el cuidado de un paciente y la importancia de conocer su cultura para ofrecer cuidados de enfermería competentes. Antes de comenzar a desarrollar estas teorías, es conveniente definir los siguientes conceptos para comprenderlas mejor.

Cultura

Son numerosos los autores que han definido el término cultura desde que Tylor lo hiciera por primera vez en 1871. Como indica la autora Tarrés (2001) hay que entender la cultura como un todo integrado, que incluye el conjunto de creencias, conocimientos, costumbres, leyes, artes, educación, etc., que permite al hombre vivir en sociedad.

Etnocentrismo

El etnocentrismo es un concepto teórico que surgió del estudio del comportamiento y las diferentes formas de relacionarse entre los grupos. Es un rasgo inherente de todos los colectivos humanos fundamentado en la pertenencia y la identidad de cada grupo (Alaminos y Alaminos, 2012). Se podría definir como la predilección del propio grupo de pertenencia, considerando que su cultura es la mejor y presupone su superioridad sobre los demás, explicando los comportamientos del propio grupo como los idóneos que deberían tener el resto de grupos (Aguilera, 2002).

Multiculturalidad

El término multiculturalidad se puede definir como la coexistencia de varios grupos étnicos diferentes en una misma sociedad y en el mismo territorio (Froufe, 1994), sin que exista una relación entre los diferentes grupos culturales (Del Arco, 1998) o situaciones de escasa convivencia (Sánchez, 2013).

Esta corriente lucha por el reconocimiento y la defensa de la pluralidad cultural. Una sociedad multicultural es donde conviven grupos de distinta etnia o de otro origen nacional, con lenguas diferentes, religiones y tradiciones distintas, que pueden vivir en armonía y respeto mutuo (Plaza del Pino, 2008), pero esta multiculturalidad supone un aislamiento recíproco de las culturas que componen esa sociedad, siendo sus distintos grupos culturales estancos (Siles, García, Cibanal y Galao, 1999).

Interculturalidad

El término de interculturalidad es diferente al de multiculturalidad ya que, como indica Sánchez (2013), la interculturalidad es un grado mayor de interacción

entre los grupos. Está relacionada con la integración de las contribuciones de distintos grupos, sus relaciones interactivas, la convivencia avanzada entre ellos, que pueden dar lugar a aportaciones culturales nuevas, distintas de las originarias de cada grupo y a la vez integradoras de ellas.

Es la interacción, el intercambio, la relación mutua y la solidaridad efectiva del reconocimiento de los valores, formas de vida, conductas sociales, etc., de diferentes grupos étnicos, favoreciendo la integración y convivencia entre diferentes culturas (Alaminos y Alaminos, 2012). Por lo que la interculturalidad permite entender y comprender los aspectos culturales que, pudiendo ser negativo a primera vista, permite el entendimiento y la convivencia solidaria, dejando de lado el etnocentrismo, el prejuicio y la discriminación (Borboa-Trasviña, 2006).

Es necesario construir una sociedad intercultural y responsable, donde los siguientes valores sean los que marquen el camino de una igualdad en la diversidad cultural: respeto, aceptación y reconocimiento, cooperación y solidaridad, democracia cultural, globalidad ecológica, pensamiento crítico y justicia social (Soriano, 2001).

Transculturalidad

El prefijo *trans* incorpora a la palabra a la que se une la propiedad de atravesar algo, ir más allá o traspasar, modificando con ese traspaso sus cualidades (Martín Gómez, 2015).

Por lo que el término de transculturalidad va más allá de la interculturalidad. No solamente existe una interrelación solidaria entre diferentes grupos culturales, sino que los grupos reciben y adoptan características de otros grupos culturales, sustituyendo en mayor o en menor medida sus propias prácticas culturales, como idioma, vestimenta, gastronomía, conductas, valores, etc. (Escobar y Paravic-Klijin, 2017).

Vivimos en una sociedad cambiante y dentro de cada cultura, esta se encuentra en continuo cambio, ya que las culturas no son estáticas. Por lo que Siles et al. (1999) describen que estamos en continuo cambio y desarrollo positivo de las situaciones sociales, pasando de la multiculturalidad a la interculturalidad y avanzar a la transculturalidad; pasos que son necesarios para llegar a una verdadera convivencia.

2.1. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales

Madeleine M. Leininger nació en 1925 en Sutton, Nebraska, y se diplomó en enfermería en *la St. Anthony's School of Nursing* de Denver en Colorado.

Es la fundadora y líder en la teoría de los cuidados culturales y de la Enfermería Transcultural. Fue la primera enfermera con preparación universitaria en enfermería que obtuvo un doctorado en antropología cultural y social.

Su interés por los cuidados culturales surgió cuando estuvo trabajando en 1950 en un centro psiquiátrico infantil, donde se dio cuenta como la falta de comprensión de los factores culturales del personal sanitario influía en el comportamiento de los niños. Estos niños, de procedencias culturales diferentes, no respondían adecuadamente a los cuidados y tratamientos psiquiátricos que se les prestaban. Esto le llevó a su gran preocupación por los cuidados en función de la cultura y a realizar un doctorado que se centró en antropología cultural, social y psicológica en la Universidad de Washington.

Durante el tiempo que estuvo haciendo el doctorado estudió diferentes culturas y le fascinó el estudio de la antropología, estimándola necesaria para todas las enfermeras. Vivió durante dos años en Nueva Guinea estudiando a un grupo de indígenas, observando su cultura y la gran diferencia que había entre la cultura occidental y otras culturas en cuanto al cuidado de la salud y las prácticas para el bienestar. Desde entonces siguió investigando otras culturas desarrollando su teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales.

En 1970 publicó su primer libro sobre la Enfermería Transcultural que sirvió de sustento para el desarrollo del campo en dicho concepto, así como la necesidad de prestar cuidados sanitarios basados en la cultura (Raile y Marriner, 2011).

La teoría desarrollada por Leininger está basada en las disciplinas de la antropología y de la enfermería, definiendo la Enfermería Transcultural como un área de la enfermería que estudia las culturas para comparar y analizar las diferencias existentes en base a los cuidados, las creencias de salud y la enfermedad y el modelo de conducta. Es necesario el conocimiento de las particularidades que tiene cada

cultura para poder ofrecer cuidados culturalmente congruentes para que una persona pueda mantener o recuperar su bienestar, salud, hacer frente a sus discapacidades o pueda afrontar la muerte de una manera culturalmente adecuada. Por lo tanto el principal objetivo de esta teoría es proporcionar cuidados culturalmente acordes a las personas, que les ayuden, les sean útiles al estilo de vida saludable del individuo, de la familia o del grupo cultural (Leininger, 1991).

Según Leno (2006) los factores que influyeron en Madeleine Leininger para la fundación de la enfermería transcultural a través de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales fueron los siguientes:

- El aumento de las migraciones a nivel mundial ha provocado un incremento de la diversidad cultural en cualquier lugar, lo que hace necesario adquirir conocimientos en enfermería transcultural ya que las diferencias entre individuos es notable como nacionalidades distintas, religión, edad, género, clase social, etc.
- Los individuos esperan que las enfermeras y el resto del personal sanitario entiendan y respeten sus creencias, valores y estilos de vida.
- El desarrollo tecnológico aplicado a los cuidados puede provocar un choque con los valores culturales de los pacientes.
- Al entrar en contacto numerosas culturas se producen conflictos sobre los cuidados en salud.
- Cada vez más son las personas que viajan o trabajan en cualquier parte del planeta.
- Debido al conflicto cultural en los cuidados se han dado un aumento de temas legales, negligencias, ignorancias e incluso imposiciones en los cuidados.
- También se han producido un incremento de los problemas de género siendo fundamental que los sistemas sanitarios protejan las necesidades de mujeres y niños.
- Y por último, es necesario prestar cuidados culturalmente congruentes en diferentes contextos ambientales.

Para Leininger (2002) la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales se basa en los siguientes supuestos:

- La esencia de la enfermería es la prestación de cuidados, siendo estos un elemento esencial y distintivo de la disciplina.
- La prestación de cuidados culturales son vitales para el bienestar, la salud, la curación así como para hacer frente a las discapacidades o a la muerte.
- La prestación de cuidados culturales es el medio holístico para conocer, explicar e interpretar los fenómenos enfermeros que permita orientar la práctica de la enfermería.
- La enfermería transcultural es una disciplina y una profesión humanística de los cuidados, siendo su principal objetivo atender al individuo, grupo o comunidad.
- Es indispensable la prestación de cuidados culturales para curar y recuperar la salud ya que no existe curación sin cuidados.
- El significado de los cuidados culturales como sus expresiones, modelos y procesos tienen algo diferente y algo semejante en todas las culturas del mundo.
- Cada una de las culturas humanas existentes poseen sus conocimientos y prácticas de los cuidados genéricos y, normalmente, poseen también conocimientos y prácticas de los cuidados profesionales que según la cultura variarán.
- Cada cultura posee unos valores, creencias y prácticas culturales diferentes a otras ya que estos están influenciados por la lengua, religión, filosofía, sociedad, educación, economía, desarrollo, tecnología y entorno.
- Cuando la enfermería presta unos cuidados culturales, estos proporcionan bienestar a las personas, familias, grupos y comunidades de una cultura.
- Para prestar cuidados culturalmente congruentes es necesario que la enfermera tenga conocimientos sobre la cultura de la persona, familia, grupo o comunidad a la que presta sus cuidados.
- En todas las culturas se producen diferencias y similitudes culturales entre los profesionales que prestan los cuidados y el individuo que recibe la asistencia sanitaria.
- Aquellos pacientes que reciben cuidados de enfermería que no corresponden a su cultura, creencia o tradiciones, mostrarán signos de conflictos culturales, imposición, estrés e insatisfacción, que serán perjudiciales para su recuperación.

Durante el desarrollo de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales, Leininger y McFarland (2002) conceptualizaron los cuatro principios teóricos que sustentan la teoría:

- En los cuidados existen diferencias y aspectos comunes entre todas las culturas del mundo. Por lo que es imprescindible descubrir los significados y los usos de los cuidados culturales para disponer de un cuerpo de conocimiento transcultural.
- En los cuidados culturales influyen las características de cada cultura: la lengua, religión, filosofía, sociedad, educación, economía, desarrollo, tecnología y el entorno. Todos estos factores influyen en la vida de un individuo, familia o comunidad por lo que es necesario documentarse para proporcionar cuidados significativos y beneficiosos a las personas.
- El cuidado genérico y el cuidado profesional ha de aprenderse, investigarse y reconciliarse en las prácticas de los cuidados para poder satisfacer a las personas que reciben dichos cuidados, y conseguir, mantener o recuperar su bienestar, salud, hacer frente a sus discapacidades o pueda afrontar la muerte de una manera culturalmente adecuada.
- Para conseguir unos cuidados culturalmente congruentes y satisfactorios es necesario que exista un equilibrio entre los siguientes cuidados:
 - * *Cuidados de preservación y mantenimiento del cuidado cultural del individuo:* son aquellas acciones y decisiones que ayudan al paciente a mantener, preservar o recuperarse de una enfermedad. Por ejemplo en una operación quirúrgica dejar que el paciente entre en el quirófano con un amuleto; esto dará tranquilidad y beneficiará el estado de ánimo del paciente si la enfermera respeta sus creencias y tradiciones.
 - * *Cuidados de acomodación y negociación del cuidado cultural:* ayudan a modificar ciertos hábitos mediante la negociación con el paciente e introducir en su rutina determinados cuidados para obtener un resultado de salud provechoso. Por ejemplo modificar algún cuidado como dejar, si es posible, que los familiares traigan la comida de su casa.
 - * *Cuidados de reorientación o reestructuración del cuidado cultural* entre individuo y enfermera. Son las acciones y decisiones que se toman para asistir, sostener, facilitar o ayudar a la gente a modificar

determinadas conductas por otras nuevas, respetando los valores culturales. Por ejemplo, enfermería ayudará al paciente a cambiar de manera importante el modo de vivir respetando los valores culturales y creencias del paciente. La enfermera debe conocer cuáles son los factores que influyen en el bienestar o enfermedad de la persona para que exista una estrecha relación enfermera-paciente.

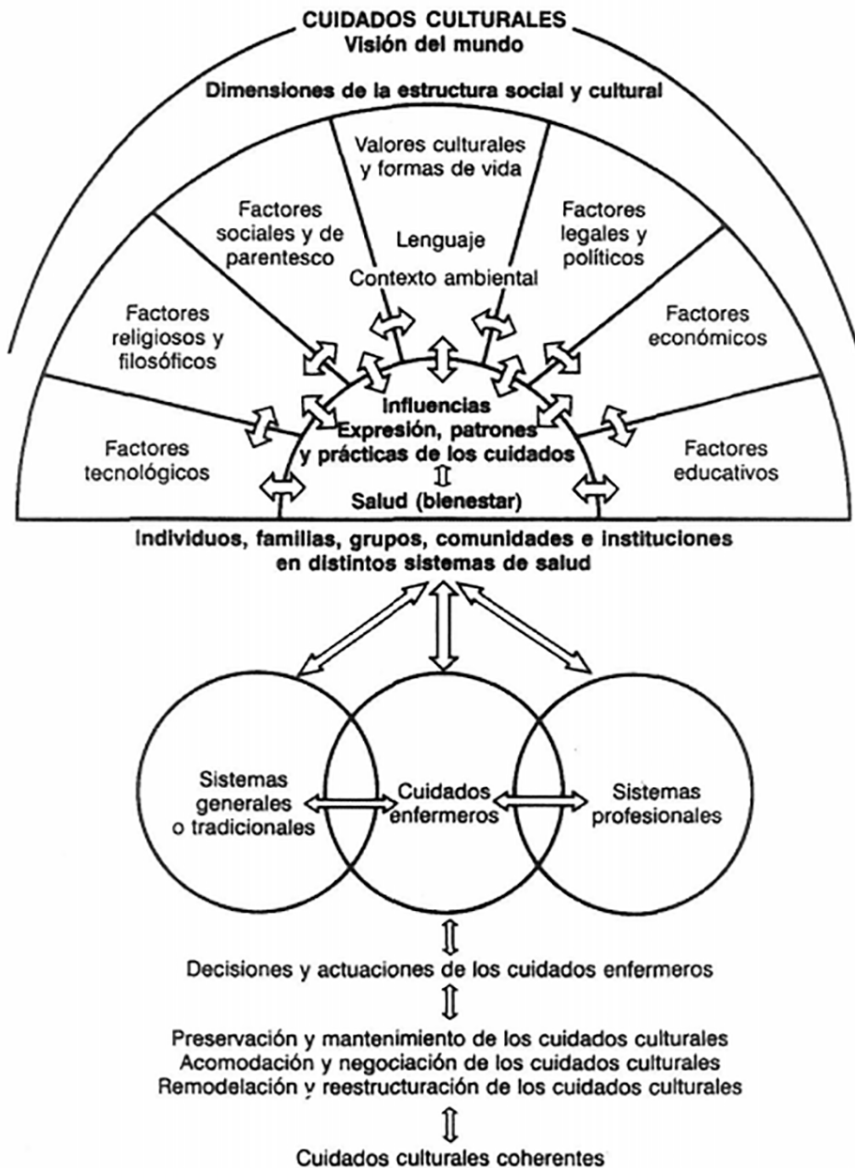


Figura 8. Modelo del sol naciente de Madeleine Leininger. Fuente: Siles et al. (2001).

A lo largo de los años 70 del siglo pasado, Leininger confeccionó el *modelo del sol naciente* (Figura 8) como forma de representar los componentes esenciales de su teoría. Este modelo describe a los individuos como personas a los que no pueden separarle su procedencia cultural y su estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno. El modelo simboliza los cuidados con la salida del sol y está formado por cuatro niveles. El primer nivel se encuentra en la mitad superior del círculo, donde aparecen los componentes de la estructura social (sexo, etnia, edad y estatus social) y los factores de visión del mundo (dimensión biológica y emocional) que se estudian de una manera holística por lo que no se pueden ni separar ni fragmentar. El segundo nivel brinda información sobre los individuos, familias y grupos relacionados con los cuidados de salud. El tercer nivel nos da información sobre los sistemas populares, profesionales y enfermeros. Estas dos mitades del dibujo dan lugar al sol completo, que caracteriza al universo que la enfermera tiene que tener en cuenta para valorar la asistencia y salud de las personas. Y por último, el cuarto nivel representa las acciones de los cuidados enfermeros, dando lugar a los cuidados culturalmente coherentes que son los tres niveles de cuidados vistos anteriormente (preservación y mantenimiento de los cuidados, la acomodación y/o la negociación de los cuidados y el rediseño y/o reorientación de los mismos) (Raile y Marriner, 2011).

2.2. El Proceso de Competencia Cultural en la prestación de Servicios Sanitarios

Josepha Campinha-Bacote es enfermera, desde 1974, por la Universidad de Rhode Island y realizó su doctorado en la Universidad de Virginia. Durante los años que cursaba la carrera, se produjeron unos disturbios y conflictos raciales en Estados Unidos entre blancos y negros, lo que hizo que se interesara en los diferentes grupos culturales y étnicos. Más tarde, su inquietud la llevo al estudio de la Enfermería Transcultural y la Antropología. Trabajando como enfermera psiquiátrica se dedicó al asesoramiento multicultural y fue desarrollando su modelo: “El Proceso de Competencia Cultural en la prestación de Servicios Sanitarios”, centrándose fundamentalmente en la competencia cultural.

Campinha-Bacote (2002) define la competencia cultural como un proceso en el que el profesional sanitario debe esforzarse continuamente para ser capaz y

estar disponible y así poder trabajar de manera efectiva en el contexto cultural de un individuo, familia o comunidad.

Los supuestos de este modelo son:

1. La competencia cultural es un proceso, no un acontecimiento. Los profesionales deben verse como personas en proceso de adquirir dicha competencia y no como personas con la competencia ya adquirida.
2. La competencia cultural está compuesta por cinco elementos: conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros culturales y deseo cultural.
3. Variación intraétnica: existe más variación dentro de un grupo étnico que entre los grupos étnicos.
4. Existe relación directa entre el nivel de competencia de los profesionales sanitarios y su capacidad en la prestación de atención sanitaria.
5. La competencia cultural es un componente esencial para la prestación de atención sanitaria eficaz y culturalmente adaptada a las necesidades culturales diversas.

A continuación se definen los elementos de la competencia cultural:

Conciencia cultural

Se define la conciencia cultural a la autoexploración y profundización del propio conocimiento cultural y profesional, así como el reconocimiento de los sesgos y prejuicios hacia grupos o individuos que son diferentes.

Debido a que todas las personas están influenciadas por los valores de su cultura, los profesionales, inconscientemente, pueden caer en la imposición cultural, es decir, imponer sus creencias, valores y comportamientos en el cuidado a otras personas de culturas diferentes.

Conocimiento cultural

Los proveedores de atención sanitaria deben obtener una adecuada formación sobre diferentes cuestiones de los aspectos culturales y grupos étnicos, como son:

- Conocer las creencias y los valores culturales de cada grupo relacionados con la salud, para comprender cómo interpretan los individuos la enfermedad y cómo guía esta sus pensamientos.

- Cuál es la prevalencia e incidencia de las enfermedades que afectan a cada grupo para poder orientar las decisiones de tratamiento y la educación sanitaria que necesiten.
- Saber la eficacia del tratamiento, por lo que se ha de tener conocimientos de farmacología étnica, es decir, el estudio de las variaciones que se producen en el metabolismo de los fármacos entre los grupos étnicos.

Para la obtención de conocimiento cultural hay que tener presente que una persona no es un estereotipo de su cultura de origen, sino una mezcla de la diversidad que hay dentro de cada cultura, del cúmulo de sus experiencias vividas y del proceso de aculturación, por lo que el profesional sanitario debe desarrollar la capacidad de poder realizar una evaluación cultural con cada paciente y no con cada grupo cultural.

Habilidad cultural

La habilidad cultural se define como la capacidad de poder recoger datos culturales relevantes en función del problema de salud del paciente, realizando una adecuada evaluación física basada en la cultura, de esta manera se podrá determinar cuáles son las necesidades del paciente y poder realizar las intervenciones necesarias según el contexto del paciente. Se ha de tener en cuenta la estructura corporal, el color de la piel, características físicas visibles y los resultados de las pruebas realizadas.

Encuentros culturales

El encuentro cultural es el proceso mediante el cual un profesional sanitario entra en contacto con pacientes de culturas diferentes. Este contacto hará modificar ideas erróneas sobre un grupo o evitar estereotipos. Aunque se ha de tener en cuenta que entrar en contacto con varias personas de un colectivo específico no implica que ya se conozca las costumbres de ese grupo, ya que puede que esas personas no sean representativas de las costumbres, creencias y valores de su cultura (es lo que explica la autora con la variación intraétnica).

Para los encuentros culturales es necesaria una persona que sepa el idioma del paciente, un intérprete formado que facilite la comunicación en la entrevista, ya que si la traducción la hace un amigo o familiar y no conoce la terminología específica puede llevar a la recogida errónea de los datos.

Deseo cultural

Los profesionales sanitarios tienen que estar motivados, saber, realmente que desean y quieren, en lugar de tener que participar en el proceso para convertirse culturalmente competentes. El deseo cultural es estar abierto y ser flexible con los demás, aceptar las diferencias y reconocer las similitudes y estar dispuesto a aprender de los demás.

Los cinco elementos de la competencia cultural están relacionados entre sí, no importa por qué elemento del proceso se empiece a experimentar hasta llegar al equilibrio de todos ellos, sin embargo, en la intersección de estos elementos se representa el verdadero proceso de competencia cultural (Figura 9).

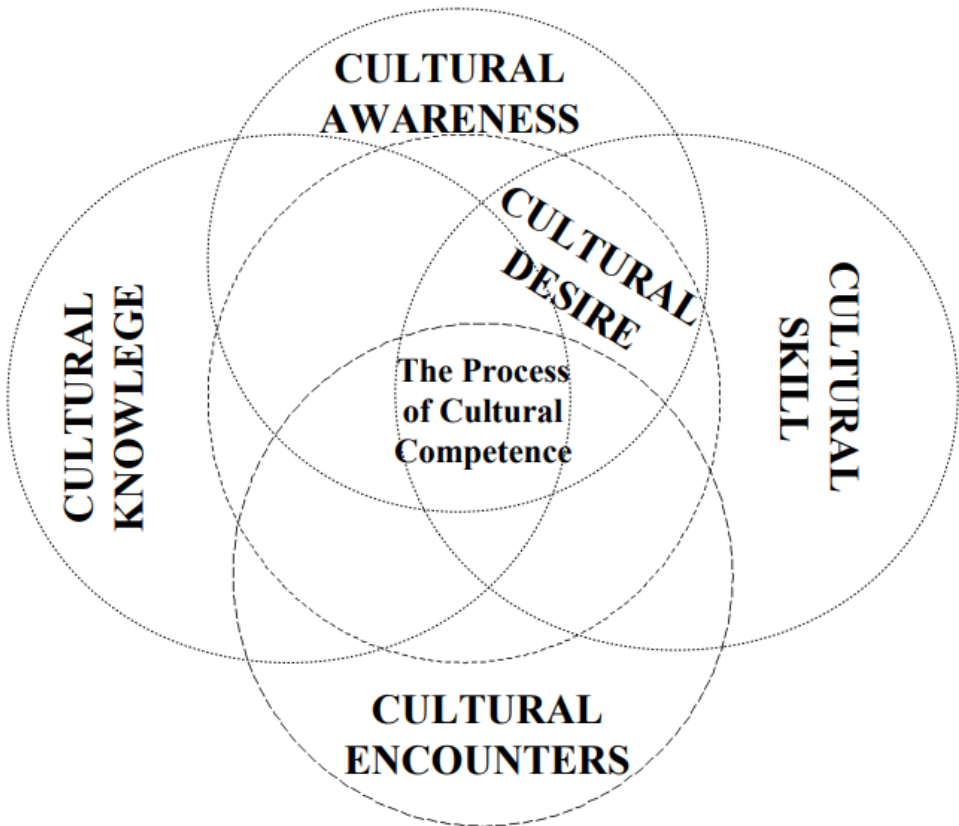


Figura 9. Elementos de la competencia cultural de Campinha-Bacote. Fuente: Campinha-Bacote, (2002).

5.1. El modelo de Purnell para la Competencia Cultural

Larry Purnell es licenciado en Enfermería por la Universidad de Ohio, realizó el doctorado en la Universidad del Pacífico de Columbia y en la actualidad es profesor emérito de la Universidad de Delaware en Estados Unidos.

En Purnell (2002), el autor comenta que desarrolló su modelo de Competencia Cultural en 1995 para que sea utilizado por todos los profesionales que se dediquen al cuidado de la salud.

El modelo que desarrolla Purnell constituye un acercamiento etnográfico que promueva la comprensión cultural de las situaciones humanas durante las etapas de enfermedad, mantenimiento y promoción de la salud.

El autor defiende que todos los profesionales que se dediquen al cuidado de la salud necesitan adquirir conocimientos sobre la cultura de los pacientes que atienden, siendo necesario crear un ambiente sincero y adecuado para poder recabar la información imprescindible para prestar cuidados culturalmente competentes.

La competencia cultural es la adaptación del cuidado en función de la cultura del paciente, siendo un proceso continuo y no lineal. Los principales supuestos que sustentan el modelo de Competencia Cultural de Purnell son:

1. Los profesionales sanitarios necesitan tener conocimientos sobre diversidad cultural.
2. Todas las profesiones sanitarias comparten los siguientes conceptos del metaparadigma del modelo: sociedad global, comunidad, familia y persona.
3. Ninguna cultura es mejor que otra, simplemente son diferentes.
4. Todas las culturas comparten similitudes básicas.
5. Existen diferencias entre culturas pero también dentro de cada cultura.
6. Con el paso del tiempo, las culturas van cambiando lentamente hasta convertirse en una sociedad estable.
7. Las características primarias (nacionalidad, color de piel, edad, raza, género y religión) y secundarias (estado socioeconómico, creencias políticas, nivel de educación, ocupación, orientación sexual, tiempo fuera del país y razones de la migración) de las culturas influyen en la identificación de la

- persona con su grupo cultural.
8. Si los pacientes participan en su cuidado, los resultados serán más satisfactorios.
 9. La cultura tiene una gran influencia en la interpretación de las respuestas en la atención sanitaria.
 10. Las personas y las familias pertenecen a varios grupos culturales.
 11. Todas las personas tienen derecho a ser respetadas por su singularidad cultural.
 12. Los profesionales sanitarios necesitan adquirir conocimientos culturales generales y específicos para proporcionar una atención sensible y culturalmente competente.
 13. Los profesionales de salud que realicen una evaluación, planificación e intervención de manera culturalmente competente, favorecerán el cuidado de sus pacientes.
 14. El aprendizaje de la competencia cultural es un proceso continuo y se desarrollará principalmente cuando existan encuentros culturales.
 15. Los prejuicios pueden ser minimizados siempre que exista comprensión y sensibilidad.
 16. Para prestar cuidados culturalmente competentes, los profesionales sanitarios deben entender que existen diferentes valores, creencias, actitudes, formas de vida y visión del mundo de los diferentes grupos.

El esquema que representa el modelo (Figura 10) es un círculo donde se simboliza los siguientes aspectos (Purnell, 2014):

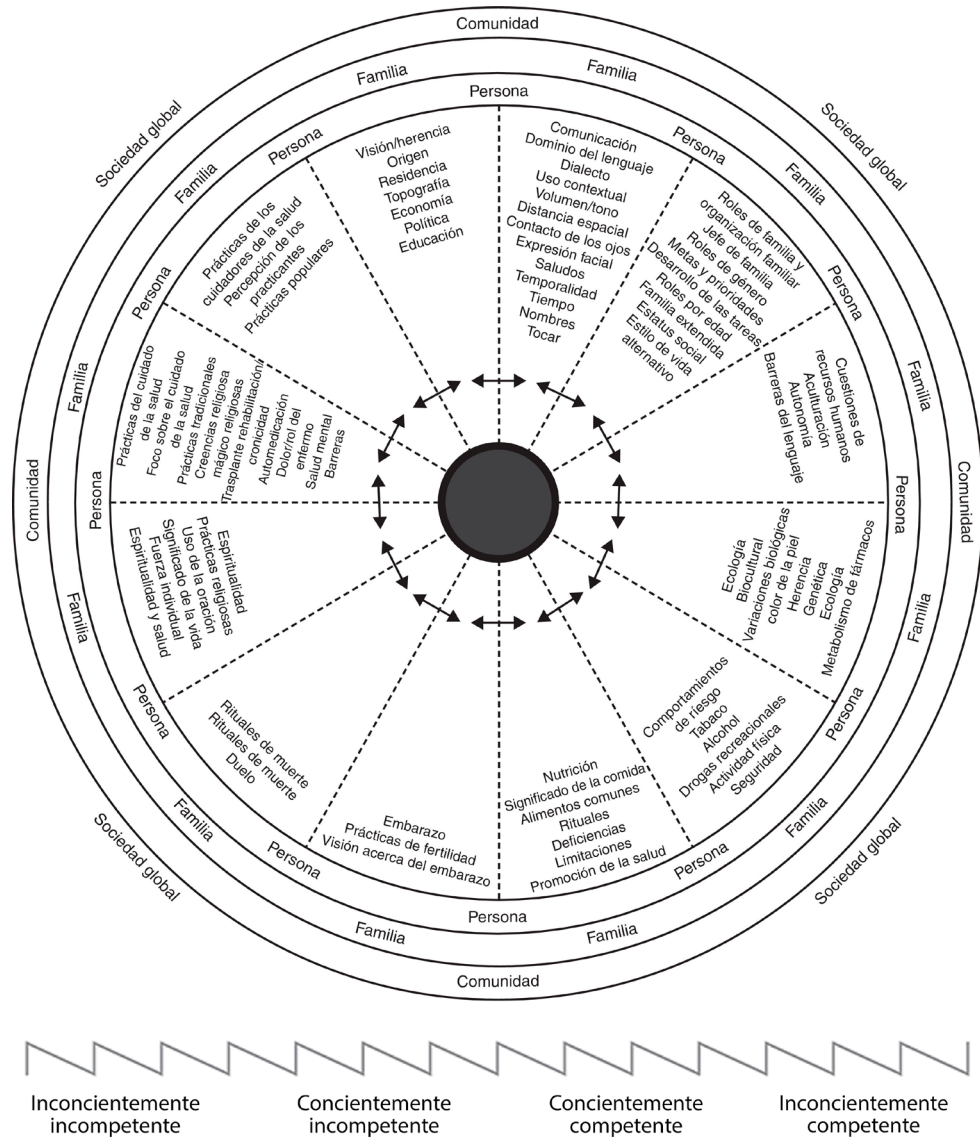
- En el borde exterior se representan, de fuera hacia dentro, los metaparadigmas del modelo: sociedad global, comunidad, familia y persona. En todas las culturas estos conceptos no son equivalentes, por lo que los profesionales deberán ajustarlos en función de la cultura. Por ejemplo, el concepto de persona en la cultura occidental se concibe como un individuo único, mientras que en otras culturas entienden el concepto de persona en cuanto a la familia y no como un individuo único.
- Seguidamente el interior se divide en 12 dominios culturales y sus conceptos. Cada dominio se relaciona con los demás y el orden de su utilización variará en función del paciente, así por ejemplo en el cuidado de una persona de religión islámica o judía que tienen ciertas restricciones alimentarias, el

profesional sanitario deberá comenzar por el dominio relacionado con la religión antes que por otros. Estos dominios son:

1. *Herencia*: en este dominio se incluyen todos los conceptos relacionados con el país de origen como la economía, política, y modelo educativo, causas de la emigración y ocupación actual.
2. *Comunicación*: lengua dominante y dialectos. Volumen de voz, tono empleado, entonaciones, reflexiones, deseos de compartir sentimientos, comunicación no verbal como el contacto visual, expresiones faciales, distanciamiento espacial, uso del tacto y lenguaje corporal. También es importante el uso de la temporalidad en cuanto a pasado, presente y futuro.
3. *Roles y organización familiar*: incluye conceptos relacionados con el cabeza de familia, roles de género, roles familiares, prioridades, obligaciones en la crianza de los hijos y rol de los ancianos. Posición social de los individuos y la familia en la comunidad, aceptación de la comunidad de estilos de vida diferentes como criar un hijo solo, el divorcio, la orientación sexual y matrimonios sin hijos.
4. *Asuntos de trabajo*: en este dominio se incluyen conceptos relacionados con la autonomía de la persona, aculturación, asimilación, estilos de comunicación étnica y las prácticas del cuidado de la salud en el país de origen.
5. *Ecología bicultural*: incluye las variaciones físicas, biológicas y fisiológicas entre grupos étnicos y raciales tales como el color de la piel (el más evidente) y las diferencias físicas de la estructura corporal; enfermedades genéticas, hereditarias, endémicas y topográficas; la composición psicológica de las personas; las diferencias fisiológicas que afectan la manera en que los fármacos son metabolizados por el cuerpo. La mayoría de las enfermedades se pueden dividir en tres categorías: las relacionadas con el estilo de vida (incluyen prácticas culturales que pueden ser contraladas como fumar, la dieta o el estrés), las causadas por el medio ambiente (contaminación del agua, exposición a químicos, acceso a centros sanitarios) y las producidas por la genética.
6. *Comportamientos de riesgo*: se incluye el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la ausencia de ejercicio físico, el consumo elevado de calorías, ausencia de medidas protectoras de salud como no usar cinturón

de seguridad o cascos y no usar medios para prevenir infecciones de transmisión sexual.

7. *Nutrición*: en este dominio se especificará el significado de los alimentos, alimentos comunes, rituales de la comida, tabúes, restricciones, deficiencias nutricionales y uso de la alimentación para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
8. *Embarazo y nacimiento*: incluye prácticas de fertilidad, control de embarazos, visión del embarazo, nacimiento y postparto.
9. *Rituales de la muerte*: comprende cómo ven una cultura y el individuo la muerte, sus rituales, las prácticas del entierro y comportamientos de duelo. Los rituales de la muerte son muy lentos para cambiar.
10. *Espiritualidad*: comprende las prácticas religiosas formales relacionadas con la fe y el uso de la oración, conductas que dan sentido a la vida y fuentes individuales de fuerza espiritual.
11. *Prácticas de cuidados de salud*: incluye la prevención como cuidado de la salud, creencias tradicionales, mágico-religiosas y biomédicas; responsabilidad del individuo por la salud, autocuidado, opinión sobre la enfermedad mental, crónicas y rehabilitación; creencias sobre la donación de órganos y trasplantes, creencias sobre la donación y aceptación de sangre. La respuesta al dolor y el rol del enfermo, así como las barreras en el cuidado de la salud.
12. *Profesionales de la salud*: incluye el estado, uso y percepciones de los proveedores del cuidado de la salud desde una perspectiva biomédica, tradicional y mágico-religiosa. Suele ser muy importante el género del profesional del cuidado de la salud para determinadas culturas.
 - El centro de la figura está vacío, lo que representa los aspectos desconocidos del grupo cultural, y está rodeado de una línea dentada que simboliza el concepto de la conciencia cultural del profesional sanitario y no es lineal según la fase de competencia cultural donde se encuentre.
 - Las Fases de Competencia Cultural, como se ha mencionado no es lineal, dependerá de cómo el profesional va ganando competencia cultural, progresa, retrocede y va alcanzado diferentes niveles, de manera que obtiene más conocimientos y habilidades conforme va teniendo encuentros culturales con pacientes de diversas culturas.



Características culturales variantes: edad, generación, nacionalidad, raza, color, sexo, religión, estado educativo, estatus socioeconómico, ocupación, estado militar, creencias políticas, residencia urbana versus rural, identidad del enclave, estado civil, estado parental, características físicas, sexual Orientación, cuestiones de género y razón de la migración (residente, inmigrante, situación indocumentada).

Inconcientemente incompetente: no ser consciente de que se carece de conocimiento sobre otra cultura.

Concientemente incompetente: ser consciente de que se carece de conocimiento sobre otra cultura.

Concientemente competente: aprender sobre la cultura del cliente, verificar generalizaciones sobre la cultura del cliente, y proporcionar intervenciones culturalmente específicas.

Inconcientemente competente: proveer automáticamente atención culturalmente congruente a clientes de diversas culturas.

Figura 10. Modelo de Purnell de Competencia Cultural. Fuente: Purnell, (2014)

5.2. Formación en Enfermería Transcultural

Como se ha mencionado la Enfermería Transcultural se basa en las disciplinas de la Antropología y de la Enfermería, siendo el propósito primordial el descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados en función de su visión del mundo, conocer la estructura social y otras dimensiones para poder proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas diferentes o similares de manera que puedan recuperar o mantener su salud así como poder afrontar la muerte (Leininger, 1991).

Debido a nuestro mundo globalizado y con el incremento de las migraciones se ha vuelto cada vez más diverso culturalmente y los profesionales de enfermería deben formarse y comprender las culturas de su entorno para poder ofrecer unos cuidados culturalmente competentes. Si esto no se produce existirán conflictos, ya que estos profesionales no entenderán las características culturales de sus pacientes e intentarán imponer unos cuidados que no estén acordes a su estilo de vida, creencias y valores (Leininger, 1991).

La importancia de incluir los cuidados culturales en los planes de estudio de enfermería no apareció hasta finales de los años 60. La primera institución que los incluyó fue la Universidad de Colorado, donde trabajaba Madeleine Leininger como profesora de Enfermería y de Antropología. Más tarde, en 1977, en la Universidad de Utah se comenzó a impartir másteres y doctorados de Enfermería Transcultural. Actualmente, debido a las exigencias de un público cada vez más informado y preocupado por la salud y por el aumento de la diversidad cultural se hace necesario que el personal sanitario sea más comprensivo, holístico y transcultural que se ocupe de proteger y prestar unos cuidados de calidad (Raile y Marriner, 2011).

6. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

Como plantea en su libro Hernández (1996), la historia de la Enfermería en España va unida a la historia de la mujer, ya que su desarrollo como profesión camina en paralelo al movimiento de la mujer. La enfermería moderna en nuestro país se inicia en el primer cuarto del siglo pasado, configurándose a medida que se va desarrollando la educación igualitaria entre hombres y mujeres.

El cuidado de los enfermos en los hospitales era realizado por las religiosas y esto fue así hasta prácticamente mediados del siglo XX. En 1896 se abre la primera escuela de enfermeras en España, la de Santa Isabel de Hungría, aunque no fue hasta 1915, a petición de la Congregación de las Siervas de María, ministras de los enfermos, cuando el rey Alfonso XIII aprueba una Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública donde se determina el programa de los conocimientos que debían adquirir las enfermeras que lo solicitasen.

La formación teórica que debían superar estaba compuesta por 70 temas de anatomía, fisiología, cualidades físicas, intelectuales y morales de la enfermera, deberes y obligaciones en asistencia domiciliaria e institucional, patologías, conocimientos de aparatos e instrumental, técnica de cuidados básicos, curas, vendajes, masajes, asepsia y antisepsia, prevención de las enfermedades y cuidados *postmortem*.

A partir de este momento se reconoce a la enfermería como una profesión con reglamentación específica con absoluta dependencia y sumisión a la medicina.

En el año 1932, se reglamentan los contenidos que debían tener cada curso de enfermería y se unifican en todo el país:

- Primer curso: Anatomía, fisiología, patología, bacteriología, higiene, técnicas del cuidado de enfermos.
- Segundo curso: Química, dietética, farmacología, terapéutica, técnicas del cuidado de enfermos II.
- Tercer curso: Especialidades médico-quirúrgicas, técnicas del cuidado de enfermos III, acción social.

Las siguientes escuelas que se abrieron fueron en Barcelona, como la de Santa Madrona en 1917, la de la Mancomunidad de Cataluña en 1919, así como numerosas escuelas que inauguró la Cruz Roja en las principales capitales.

Después de la Guerra Civil se reorganizó los planes de estudios y para obtener el título de Enfermera se aprobó la Orden Ministerial de 21 de mayo de 1941, donde se establecieron los estudios de dos años. Los estudios debían realizarse en las facultades de medicina o en centros reconocidos como la Cruz Roja. El temario estaba formado por temas teóricos de anatomofisiología, patología, médica, quirúrgica, psiquiatría

e higiene. El programa práctico estaba organizado por bloques: habitación del enfermo, manera de hacer la cama, limpieza del enfermo, exploraciones generales, intervenciones, asepsia y vendajes.

Un hecho muy importante para la profesión de enfermería surgió con la aprobación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, que obligó a establecerse colegios de auxiliares sanitarios en cada provincia española, donde se integraban practicantes, matronas y enfermeras. Y unos años después, en 1953, se unificó las carreras mencionadas en una única titulación: ayudante técnico sanitario, comúnmente conocido como ATS. Las enseñanzas se estructuraron en tres cursos académicos, con la siguiente distribución:

- Primer curso: anatomía funcional, biología general e histología humana, microbiología y parasitología, higiene y saneamiento ambiental, nociones y patología general.
- Segundo curso: nociones de patología médica, patología quirúrgica, nociones de terapéutica y dietética, elementos de psicología general, historia de la profesión, técnicas de laboratorio.
- Tercer curso: especialidades quirúrgicas (oftalmología, otorrinolaringología, odontología y urología), medicina y cirugía de urgencia, epidemiología y profilaxis de las enfermedades transmisibles, obstetricia y ginecología, pediatría y puericultura, medicina social y psicología evolutiva.

En 1970 se aprueba la Ley de Educación determinándose que las escuelas de ATS se transformen en Escuelas Universitarias, hecho que se venía reivindicando debido a la necesidad de integrar los estudios de enfermería a la universidad, pero no fue hasta 1980 cuando sale la primera promoción de diplomados en enfermería. Las asignaturas que se impartían se diferenciaban en tres bloques: fundamentos de enfermería, ciclo salud-enfermedad y ciencias auxiliares de enfermería (bioestadística, administración, legislación y pedagogía). Y por primera vez se incluyen las asignaturas de salud pública, biofísica y bioquímica, ciencias de la conducta y enfermería geriátrica.

Con la Ley de Reforma Universitaria aprobada en 1983 se estructura la enfermería como enseñanza de primer ciclo, con una duración de tres años y una carga lectiva de entre 180 y 270 créditos.

El Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. En él se establece las materias troncales que todas las Universidades españolas deben de recoger en sus planes de estudios (Tabla 6).

Tabla 6. *Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre. Materias troncales de la Diplomatura en Enfermería*

Relación de materias troncales	Créditos		
	Teóricos	Prácticos	Total
Administración de Servicios de Enfermería. Sistemas de Salud. Planificación y economía sanitarias. Administración de servicios de Enfermería.	4	3	7
Ciencias Psicosociales Aplicadas. Aspectos psicológicos y sociales de los cuidados de Enfermería.	4	2	6
Enfermería Comunitaria. Ecología Humana. Concepto de salud y factores que la condicionan. Bioestadística y demografía aplicadas. Método epidemiológico y vigilancia epidemiológica. Sistemas de salud. Tendencias. Atención primaria de salud. Diagnóstico y plan de salud. Programas de salud. Educación para la salud. Morfología y fisiología de los microorganismos. Infección. Inmunidad. Vacunas y sueros.	13	13	26
Enfermería Geriátrica. Teorías del envejecimiento. Aspectos demográficos, sociológicos y psicológicos del envejecimiento. Cuidados de enfermería al anciano sano y enfermo.	2	4	6
Enfermería Materno-Infantil. Crecimiento y desarrollo del niño sano hasta la adolescencia. Alteraciones más frecuentes en esta etapa de la vida. Cuidados de enfermería en las distintas alteraciones de las necesidades del niño. Reproducción humana. Mantenimiento de la salud reproductiva humana. Problemas de salud en la reproducción humana. Desarrollo normal de la gestación, parto y puerperio. Alteraciones de la gestación, parto y puerperio. Características generales del recién nacido sano y desarrollo del mismo hasta el primer mes de vida. Cuidados de enfermería en la gestación, parto y puerperio normales y patológicos.	4	10	14

Relación de materias troncales	Créditos		
	Teóricos	Prácticos	Total
Enfermería Médico-Quirúrgica. Procesos desencadenantes de las enfermedades. Fisiopatología de las diversas alteraciones de la salud. Necesidades y/o problemas derivados de las patologías más comunes que se presentan en los diferentes aparatos y sistemas del organismo humano. Tecnología de enfermería para la atención a individuos con problemas médico-quirúrgicos. Cuidados de enfermería a individuos con problemas médico-quirúrgicos.	12	36	48
Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Salud mental y modo de vida. Atención de enfermería de salud mental al individuo, familia y comunidad. Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería.	2	4	6
Estructura y Función del Cuerpo Humano. Citología. Embriología. Histología. Fundamentos de genética. Estudio anatómico y fisiológico de los diferentes órganos, aparatos y sistemas. Principios inmediatos. Biocatalizadores. Oligoelementos. Vitaminas y hormonas. Bioquímica y biofísica de las membranas, músculos y nervios.	6	2	8
Farmacología. Nutrición y Dietética. Acción, efecto e interacciones medicamentosas. Fármacos más comunes empleados en el tratamiento de las enfermedades. Necesidades nutricionales y alimentarias en los distintos ciclos vitales. Los alimentos. Manipulación y reglamentación. Sustancias nutritivas y no nutritivas. Dieta y equilibrio alimentario. Dietética terapéutica.	6	2	8
Fundamentos de Enfermería. Marco conceptual de Enfermería. Teoría y modelos. Metodología de Enfermería (procesos de atención de Enfermería). Cuidados básicos de Enfermería.	5	7	12
Legislación y Ética Profesional. Normas legales de ámbito profesional. Códigos Deontológicos profesionales y otras recomendaciones éticas.	2	0	2

Fuente: Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre.

La formación en Enfermería en la ciudad de Melilla se inicia con la inauguración de la Escuela de ATS de Cruz Roja, adscrita a la Universidad de Granada, en 1975. A partir del Real Decreto 946/80 se convierte en Escuela Universitaria y en el año 2006 se integra plenamente en la Universidad de Granada. En el año 2010 comienza la primera promoción de Grado en Enfermería.

6.1. Formación de Enfermería Transcultural en España

Como plantea la Agencia Nacional Española de la Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) en su libro blanco del título de Grado en Enfermería (2005), nuestra sociedad ha sufrido una transformación a nivel económico, social, cultural, político, demográfico, sanitario y tecnológico que ha repercutido en todos los ámbitos de nuestra vida, y la profesión de enfermería se ve influenciada por todos estos cambios ya que generan escenarios sociales y de salud diferentes que tienen que hacer frente. Por ello la enfermería no solamente debe adaptarse a ellos sino que debe comprender cuales son los valores y las necesidades cambiantes de la sociedad y es imprescindible formarse para poder ofrecer cuidados de calidad.

Esta transformación social de nuestro mundo globalizado y multicultural hace que la formación universitaria no se quede ajena a estos cambios. La formación en cualquier disciplina ha provocado, a lo largo de toda la historia de la humanidad, avances científicos y tecnológicos que han repercutido en nuestros modos de vida, y los que se refieren al progreso en ciencias de la salud ha repercutido en el aumento de la salud de los individuos y de las comunidades así como la esperanza y calidad de vida.

Antiguamente, en la Diplomatura de Enfermería, no se recibía formación específica en cuidados multiculturales, pero en la actualidad con la incorporación de los nuevos estudios, en el Grado en Enfermería se imparte la asignatura de Transculturalidad, que favorecerá la toma de conciencia de los futuros profesionales de sus propias actitudes y la adquisición tanto, de competencias en diversidad cultural, conocimiento de culturas, así como de la capacidad para una comunicación efectiva con toda la población que se atiende.

La ANECA, en su libro blanco del título de Grado en Enfermería (2005) ha elaborado una propuesta para converger los estudios de enfermería dentro de los parámetros del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y provocado por la necesidad de adaptar la formación de Enfermería debido a los cambios sociales y profesionales acontecidos en los últimos años. Este proyecto fue aprobado por 47 universidades de España que suponen el 94% de las universidades con la titulación de Enfermería.

De las 47 universidades que participaron en el diseño del título de Grado en Enfermería adaptado al EEES, solamente tres de ellas disponían en sus planes de estudios asignaturas cuyo contenido tratan sobre la diversidad cultural, pero no como una asignatura completa, sino como un bloque temático dentro de una materia; la Universidad de Navarra con la asignatura denominada Fundamentos de Antropología con 2,8 créditos, la Universidad Internacional de Cataluña con la asignatura Antropología con 2,6 créditos y la Universidad de Ramón Llull con Antropología y Hecho Religioso con 2,4 créditos.

La estructura general del título de Grado en Enfermería que se establece en el libro blanco de la ANECA (2005), y en la que se tuvieron en cuenta diferentes programas de formación de Enfermería en Europa, recomienda que se incluya en los nuevos planes de estudio temas prioritarios que son necesarios tratar durante la formación de los estudiantes para alcanzar competencias profesionales específicas como las relacionadas con la multiculturalidad, la promoción de hábitos de vida saludables, cambios demográficos y epidemiológicos de nuestro país, cuidados de enfermería gerontológica, a pacientes crónicos y a pacientes con problemas de salud emergentes.

En la Tabla 7 se muestra las universidades, que participaron en este proyecto, en las que se han incluido la asignatura de Transculturalidad (o similar) y si está reconocida en sus planes de estudios como materia básica.

Tabla 7. *Facultades de Enfermería que tienen la asignatura de Transculturalidad (o similar) como básica*

Universidad	Obligatoria/Básica	Créditos ECTS
U. de Almería	Género, Multiculturalidad y Salud	6
U. Autónoma de Barcelona	Cultura, Sociedad y Salud	6
U. de Cádiz	Transculturalidad, Género y Salud	3
U. de Granada	Transculturalidad, Género y Salud	6
U. de Jaén	Cultura, género y cuidados de salud	6
U. de León	Transculturalidad, salud y género	6
U. de Málaga	Cuidados Transculturales	6
U. de Vic	Cultura, Sociedad y Salud	6
U. de Córdoba	Transculturalidad, Género y Salud	6

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, solo la Universidad de Málaga dedica la asignatura únicamente a los cuidados transculturales, otras por su parte lo complementa con temas relacionados con el género (Almería, Cádiz, Granada, Jaén, León y Córdoba); están las que lo complementa con temas relacionados con la cultura (Autónoma de Barcelona, Jaén y Vic); y, las que le añaden más aspectos sociales (Autónoma de Barcelona y Vic).

En la Tabla 8 se especifica que, de las siete universidades que recogen en su formación básica algún contenido relacionado con la diversidad cultural, seis lo hacen a través de la asignatura Antropología, ciencia que analiza al hombre en su contexto cultural y social (del País Vasco, Ramón Llull, Rovira i Virgili y de San Pablo CEU), y las universidades Rey Juan Carlos, Valencia y de Castilla la Mancha a través de aspectos más sociales. Todas las asignaturas tienen 6 créditos ECTS.

Tabla 8. *Facultades de Enfermería que tienen otras asignaturas con algún contenido en diversidad cultural cuya materia es básica*

Universidades	Básica	Créditos ECTS
U. del País Vasco	Antropología, Ética y Legislación	6
U. Ramón Llull	Antropología	6
U. Rey Juan Carlos	Enfermería Social, Género y Salud	6
U. Rovira i Virgili	Antropología y Ciudadanía	6
U. de San Pablo CEU Moncada de Madrid	Antropología	6
U. de Valencia	Sociología, Género y Salud	6
U. de Castilla la Mancha	Diversidad cultural y desigualdades sociales en salud	6

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 9 se muestra las universidades que tienen la asignatura Transculturalidad (o similar) como materia optativa. Las universidades de Alcalá, Pontificia Comillas, Francisco de Vitoria y la Internacional de Catalunya dedican la asignatura a la Enfermería Transcultural. Las universidades de Alicante y de las Palmas de Gran Canaria enfocan la asignatura a la cultura de los cuidados y a la atención a la diversidad cultural. Y en la Universidad Europea de Madrid tiene como materia optativa la Antropología que analiza al hombre en su contexto cultural y social.

Tabla 9. *Facultades de Enfermería que tienen la asignatura de Transculturalidad (o similar) como optativa*

Universidades	Obligatoria/Básica	Créditos ECTS
U. de Alcalá	Enfermería ante la Transculturalidad y marginación	6
U. Europea de Madrid	Antropología cultural y de la salud	3
U. de Alicante	Cultura de los cuidados, educación para el desarrollo y pensamiento crítico	6
U. Pontificia Comillas de Madrid	Enfermería Transcultural	3
U. Francisco de Vitoria de Madrid	Enfermería Transcultural	3
U. Internacional de Catalunya	Transcultural Nursing	3
U. de Las Palmas de Gran Canaria	Atención a la Diversidad Cultural	3
U. de Valladolid	Antropología de la salud, cuidados transculturales de enfermería	3

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 10 se muestra las cuatro universidades que tienen asignaturas cuyo contenido trata la diversidad cultural y es materia optativa. En la Universidad de Murcia y Oviedo dedican la asignatura a la Antropología y en la de Alfonso X el Sabio y la Católica de Murcia se centran en temas sociales, marginalidad y colectivos en riesgo de exclusión.

Tabla 10. *Facultades de Enfermería que tienen otras asignaturas con algún contenido en diversidad cultural cuya materia es optativa*

Universidades	Optativas	Créditos ECTS
U. de Alfonso X El Sabio	Asistencia Social y Marginalidad	4
U. Católica de Murcia	Atención a Colectivos en Riesgo de Exclusión	6
U. de Murcia	Antropología de los cuidados y culturas de las salud	3
U. de Oviedo	Antropología en cuidados de enfermería	6

Fuente: Elaboración propia

Después de haber consultado todas las guías docentes (47) de todas las facultades de enfermería cuyas universidades habían formado parte del proyecto del libro blanco de la ANECA (2005) para establecer la estructura general del título de Grado en Enfermería, se ha encontrado que nueve facultades tienen la asignatura de Transculturalidad (o similar) en sus planes de estudios como materia

obligatoria/básica, 8 facultades tienen otras asignaturas que engloban el tema de la transculturalidad en los cuidados y también son materias obligatorias/básicas, 9 facultades tienen la asignatura de Transculturalidad (o similar) pero son optativas y 4 facultades tienen otras asignaturas que engloban los cuidados culturales y son materias optativas. De las 47 universidades participantes, solamente 30 han incluido en sus planes de estudios la Transculturalidad como materias obligatorias/básicas u optativas.

6.2. Competencias de Enfermería. La asignatura Transculturalidad, Género y Salud en Enfermería de la Universidad de Granada

El libro blanco de la ANECA (2005) establece que en términos genéricos, con la obtención del título de Grado en Enfermería:

“forme enfermeros/as generalistas con preparación científica y humana y capacitación suficientes para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas, de las familias y la comunidad. Los fenómenos que conciernen particularmente a las enfermeras son las respuestas a problemas de salud reales o potenciales de las personas, familias o grupos. Estas respuestas humanas abarcan de forma genérica, desde las necesidades de salud, hasta la recuperación de la enfermedad. Así pues, la función de la enfermera al cuidar de las personas sanas o enfermas es la de evaluar sus respuestas a su estado de salud y de ayudarlas a la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, ayudándoles si es posible, a recuperar lo más pronto posible su independencia” (ANECA, 2005, p 109).

Los objetivos generales (Verifica, 2005, p. 8) del título deben de orientar a que el estudiantado alcance conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes necesarias para:

1. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
2. Desarrollar la práctica profesional de la enfermería de una manera técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud y siguiendo los niveles de calidad y seguridad establecidos.
3. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad y fomentando la educación para la salud.
4. Diseñar, planificar y evaluar el impacto de los sistemas de cuidados de enfermería.

5. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
6. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
7. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española y su respeto al derecho de las personas atendidas.
8. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
9. Conocer los sistemas de información sanitaria y los principios de financiación.

Las competencias transversales, de carácter genérico (Verifica, 2005, p. 9), son:

1. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
2. Trabajo en equipo.
3. Compromiso ético.
4. Resolución de problemas.
5. Capacidad de aprender.
6. Preocupación por la calidad.
7. Toma de decisiones.
8. Capacidad para adaptarse a nuevas ideas.
9. Capacidad crítica y autocrítica.
10. Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.
11. Habilidades interpersonales.
12. Planificación y gestión del tiempo.
13. Habilidades de gestión de la información.
14. Apreciación de la diversidad y multiculturalidad.
15. Habilidades de investigación.
16. Habilidades básicas de manejo de ordenadores.
17. Liderazgo.

Las competencias específicas, de carácter disciplinar (Verifica, 2005, p 9-11), son:

1. Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos.
2. Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería.

3. Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos.
4. Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.
5. Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.
6. Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.
7. Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.
8. Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.
9. Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.
10. Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.
11. Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería.
12. Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la

metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes.

13. Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar, la calidad y seguridad a las personas atendidas.
14. Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.
15. Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad.
16. Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud. Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.
17. Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases. Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud. Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación. Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares. Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud. Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo.

18. Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa. Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.
19. Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato. Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo. Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones. Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse. Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores. Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento. Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios.
20. Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer.
21. Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.
22. Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados. Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.
23. Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería. Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.

24. Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería.
25. Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales.
26. Prácticas preprofesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los centros de salud, hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título.
27. Trabajo Fin de Grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.
28. Conocer y relacionar género como un determinante de la salud. Conocer y relacionar la influencia de la categoría de género en el proceso salud-enfermedad. Conocer e identificar los diferentes contextos culturales relacionados con los cuidados de salud.
29. Conocer y tener la capacidad para aplicar principios de investigación e información.
30. Conocer y tener la capacidad de relacionar los documentos de la historia clínica profundizando en los documentos específicos de enfermería.

La estructura del plan de estudios del título de Grado en Enfermería en la Universidad de Granada es de cinco módulos repartidos a lo largo de cuatro cursos, cada módulo está compuesto por materias que agrupan a una o varias asignaturas, tal y como se determinó en la Orden CIN/2134/2008 de 3 de julio (2008).

En la Tabla 11 se puede ver la distribución de todas las asignaturas en los cinco módulos:

Tabla 11. *Distribución de asignaturas por módulos del actual Grado en Enfermería de la Universidad de Granada*

Materia	Asignatura	Créditos ECTS	Carácter
Primer módulo: Módulo de Formación Básica en Ciencias de la Salud			
Anatomía Humana	Anatomía Humana	6	Formación Básica
Bioquímica	Bioquímica	6	Formación Básica
Fisiología	Fisiología I	6	Formación Básica
	Fisiología II	6	Formación Básica
Estadística	Estadística	6	Formación Básica
Psicología	Psicología	6	Formación Básica
Segundo módulo: Módulo de Formación Básica Transversal			
Alimentación, Nutrición, Dietética y Farmacología	Nutrición y Dietética	6	Formación Básica
	Farmacología	6	Formación Básica
TIC en cuidados de salud	TIC en cuidados de salud y metodología de la investigación	6	Formación Básica
Transculturalidad, Género y Salud	Transculturalidad, Género y Salud	6	Formación Básica
Tercer módulo: Módulo de Formación en Ciencias de la Enfermería			
Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería	Evolución Histórica de los Cuidados Teoría y Modelos	6	Obligatoria
	Proceso de Enfermería y Cuidados Básicos.	6	Obligatoria
	Ética, Legislación y Deontología en Enfermería	3	Obligatoria
Administración	Gestión de los Servicios de Enfermería y Documentación Socio-Sanitaria	6	Obligatoria
Enfermería del Adulto	Enfermería del Adulto I	6	Obligatoria
	Enfermería del Adulto II	9	Obligatoria
	Enfermería del Adulto III	6	Obligatoria
Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos	6	Obligatoria
Enfermería de Salud Mental	Enfermería de Salud Mental	6	Obligatoria

Materia	Asignatura	Créditos ECTS	Carácter
Enfermería en diferentes etapas de la vida	Enfermería de la Infancia y Adolescencia	6	Obligatoria
	Enfermería del Envejecimiento	6	Obligatoria
Enfermería Familiar y Comunitaria	Enfermería Familiar y Comunitaria	6	Obligatoria
	Salud Pública	6	Obligatoria

Cuarto módulo: Módulo de Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado

Prácticas externas	Prácticas externas A	30	Obligatorio
	Prácticas externas B	30	Obligatorio
	Prácticas externas C	20	Obligatorio
Trabajo Fin de Grado	Trabajo Fin de Grado	10	Obligatorio

Quinto módulo: Módulo de Formación Optativa: se diferencia para cada uno de los cuatro Centros.

Oferta Optatividad Enfermería de Granada

Asignatura	Créditos ECTS	Carácter
Fundamentos para la Prevención y Cuidado de los Pacientes en Enfermedades Infecciosas e inmunológica	6	Optativo
Sexología y Aspectos Preventivos en la Reproducción	6	Optativo
Estrés Psicosocial y Salud	6	Optativo
Atención Comunitaria en Salud Mental	6	Optativo
Inglés en ciencias de la salud: enfermería		
English in health sciences (nursing)	6	Optativo
El uso de las Radiaciones Ionizantes en la Salud y la Enfermedad. Planes de Cuidados	6	Optativo
Sociología de la Salud	6	Optativo
Fundamentos Básicos para la Utilización del Ejercicio Físico en Ciencias de la Salud	6	Optativo

Oferta Optatividad Enfermería de Melilla

Sexología	6	Optativo
Salud Laboral	6	Optativo
Fundamentos para la prevención y cuidados de los pacientes con enfermedades infecciosas e inmunológicas	6	Optativo
Habilidades de comunicación y relación de ayuda	6	Optativo
Inglés en ciencias de la salud: enfermería		
English in health sciences (nursing)	6	Optativo

El uso de las Radiaciones Ionizantes en la Salud y la Enfermedad. Planes de Cuidados	6	Optativo
Actividad física y salud	6	Optativo
Genética Clínica	6	Optativo
<hr/> Oferta Optatividad Enfermería de Ceuta <hr/>		
Enfermería en Cirugía Endoscópica	6	Optativo
Sexología y Aspectos Preventivos en la Reproducción	6	Optativo
Fundamentos Básicos para la Utilización del Ejercicio Físico en Ciencias de la Salud	6	Optativo
Enfermería en Intensivos	6	Optativo
Inglés en ciencias de la salud: enfermería		
English in health sciences (nursing)	6	Optativo
Salud Laboral	6	Optativo
Catástrofes en Enfermería	6	Optativo
El uso de las Radiaciones Ionizantes en la Salud y la Enfermedad. Planes de Cuidados	6	Optativo

Fuente: Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio

La asignatura de Transculturalidad, Género y Salud es una materia de formación básica de 6 créditos y se imparte en el segundo semestre del primer curso de Enfermería. Los contenidos que se ha de impartir en la asignatura son:

- Sociedad y cultura.
- Multiculturalidad, Interculturalidad, Transculturalidad.
- Transculturalidad y salud.
- Género y salud.
- Violencia de género: violencia doméstica, violencia sexual.
- Atención y protección de las mujeres víctimas de violencia de género.

Las competencias transversales que se han de conseguir una vez finalizada la asignatura son: 3, 5, 8, 10, 11 y 14. La que está relacionada con el tema es la número 14:

- Apreciación de la diversidad y multiculturalidad.

Las competencias específicas que se han de conseguir una vez finalizada la asignatura son: 10 y 28, siendo esta última la que está en relación con la transculturalidad:

- Conocer y relacionar género como un determinante de la salud. Conocer y relacionar la influencia de la categoría de género en el proceso salud-

enfermedad. Conocer e identificar los diferentes contextos culturales relacionados con los cuidados de salud.

Se ha consultado con las guías docentes de la asignatura Transculturalidad, Género y Salud de las tres facultades de enfermería pertenecientes a la Universidad de Granada (Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla, Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta y Facultad de Ciencias de la Salud de Granada) y el temario teórico queda detallado de la siguiente forma:

- Bloque temático 1. Generalidades.
 - * Tema 1: Introducción a conceptos básicos: Cultura, Etnicidad, Multiculturalidad, Interculturalidad, Transculturalidad, Identidad y diferencia.
 - * Tema 2: Migraciones: el mundo en movimiento. Contextos culturales, relaciones sociales y relaciones interpersonales. Organización social.
 - * Tema 3: Métodos de análisis e investigación social y cultural.
- Bloque temático 2. Cultura y salud.
 - * Tema 4: Construcción cultural de la salud y la enfermedad.
 - * Tema 5: Migraciones y salud: Organización sanitaria y asistencia a población inmigrante. Salud en pueblos desfavorecidos.
 - * Tema 6: Saber científico y saber tradicional.
 - * Tema 7: Cuidados transculturales en el proceso salud-enfermedad: Enfermería Transcultural.
- Bloque temático 3. Género y Salud.
 - * Tema 8: Qué es el género. Construcción social del género.
 - * Tema 9: La categoría de género en los cuidados de salud.
 - * Tema 10: Violencia de género.

Las sesiones prácticas y seminarios son los siguientes:

- Prácticas:
 - * Práctica 1: Métodos de análisis e investigación social y cultural en ciencias de la salud.
 - * Práctica 2: Programas de prevención y atención de la violencia de género.
 - * Práctica 3: Abordaje transcultural en el cuidado de la salud y la enfermedad.

- * Práctica 4: Identidad y Diferencia: Estereotipos y Roles.
- Seminarios:
 - * Seminario 1: Análisis crítico de investigaciones sociales y culturales en ciencias de la salud.
 - * Seminario 2: Organización de la atención a la salud en otros países. Atención a la salud en pueblos desfavorecidos.
 - * Seminario 3: Construcción social del género. Implicaciones en los cuidados de salud.
 - * Seminario 4: Análisis del saber tradicional versus científico en el cuidado de la salud y la enfermedad.



CAPÍTULO 4.

ACTITUDES

INTRODUCCIÓN

Como el objetivo principal de esta tesis es conocer cuáles son las actitudes que tienen los estudiantes de enfermería de la Universidad de Granada hacia los colectivos de inmigrantes en general y hacia los marroquíes en particular, es necesario definir el concepto de actitud así como conocer la estructura que presenta este constructo.

Antes de introducirnos en el significado del término actitud, es necesario comprender y definir el concepto de grupo, ya que este es importante e influye en los individuos pertenecientes a él, y de las relaciones intergrupales.

1. GRUPO

Las personas piensan de una manera determinada, pero cada uno de nosotros estamos influenciados por las creencias, sentimientos y conductas de nuestro grupo de pertenencia. Según Molero (2007) es difícil hacer una definición de grupo, ya que existen numerosos grupos con características muy diversas. Es por esto, que una de las formas de consensuar todas las definiciones es basándose en las condiciones que son necesarias para que un colectivo de personas se conviertan en un grupo: que cada miembro de un colectivo se sienta parte de ese grupo, es decir, la identidad grupal; que exista interdependencia entre sus miembros y que exista una actividad coordinada (Bar-Tal, 1990). Además, que entre sus miembros exista un conjunto de normas que regulen la interacción (Shaw, 1976; cit. en Molero, 2007)

A partir de las características anteriormente expuestas, se puede afirmar que sentirse parte de un grupo, activa el proceso de categorización grupal, dando lugar a la homogeneización intercategorial y diferenciación intracategorial. Este proceso, que se pone en marcha de forma natural, fruto de procesos de aprendizaje, da lugar al endogrupo vs exogrupo. El término endogrupo hace referencia al grupo con el que un miembro se identifica; mientras que el exogrupo se entiende como aquellos grupos externos o ajenos al endogrupo (Echebarría y González, 1995).

En relación con el endogrupo, Allport diferencia entre los endogrupos adscritos y el adquirido. El primero hace referencia a aquellas categorías a la que pertenecemos desde el nacimiento (sexo, etnia, familia...); el segundo, los grupos que el sujeto acoge por su propia decisión (amigos, profesión, trabajo...).

Fruto de este proceso de categorización se produce la formación de grupos, y que este proceso de diferenciación intergrupar y la acentuación de las semejanzas intragrupos (Morales, 2005)

2. RELACIONES INTERGRUPALES

Siguiendo a Alemany y Mesa (2012) se define el comportamiento intergrupar cuando los miembros de un grupo interactúan, de manera individual o colectiva, con otro grupo. También cuando una persona trata o es tratada por otras personas en función de su pertenencia a un grupo o categoría social.

A continuación se procede a explicar las principales teorías de las relaciones intergrupales basadas en la formación de prejuicios, estereotipos y discriminación, según los enfoques basados en la personalidad, cognitivos y grupales.

2.1. Enfoques basados en la personalidad

La teoría más relevante en la formación del proceso de estereotipación y prejuicios con las características de la personalidad es la Teoría de la Personalidad Autoritaria desarrollada por Adorno (1950) (cit. en Valdivieso, 2009) en la que explica el autor que las actitudes políticas y sociales son una expresión de la personalidad. Un niño criado en una familia rígida y castigadora hará reprimir a este sus impulsos, el niño generará una agresión hacia los padres que dirigirá hacia aquellos que el niño considere más débiles. Estas personas son poco tolerantes y discriminará al diferente.

Así, siguiendo a Echebarría y González (1995), las características de la personalidad autoritaria se centran en los siguientes aspectos: adherencia rígida a los valores convencionales; actitud sumisa y acrítica ante la autoridad; tendencia a excluir, rechazar, criticar a los que se alejan de los valores convencionales; oposición a considerar otros puntos de vista que no coincidan con su visión; superstición y estereotipia; identificación con las figuras de poder; hostilidad generalizada y visión vil del hombre y proyección exterior de los impulsos emocionales inconscientes. Pero, la característica central es que la persona autoritaria es altamente prejuiciosa.

2.2. Enfoques cognitivos

La teoría más importante que representa al enfoque cognitivo es la Teoría de la Categorización (TC). Esta teoría defiende su carácter fundamental de que el mundo es demasiado complejo, se reciben información y estímulos constantemente por lo que los humanos tenemos que disponer de habilidades para simplificarlo y ordenarlo. Desde el punto de vista de la cognición social, el proceso de categorización tiene la finalidad de sintetizar la información recibida, pero debido a este proceso de simplificación, la realidad termina deformándose. Hamilton y Troiler (1986) afirmaron que “categorizamos a las personas en grupos como un medio de reducir la cantidad de información a la que tenemos que enfrentarnos” (p.90), por lo que se cumple la simplificación de la realidad que defiende la TC.

Los autores Fiske y Taylor (1984) expresaron que los seres humanos somos avaros cognitivos, es decir, tenemos que categorizar debido a nuestra capacidad limitada para procesar la información que recibimos, provocando la modificación de los estímulos recibidos. El proceso de categorización es una consecuencia producida por las limitaciones del cerebro humano provocando distorsiones y errores en los juicios.

2.3. Enfoques socioculturales o grupales

Las principales teorías basadas en este enfoque son dos, una la que apela al conflicto que se denomina Teoría del Conflicto Realista y la segunda que apela al aprendizaje social con la Teoría de Identidad Social. Aunque es importante mencionar otras teorías propuestas que explican el enfrentamiento entre grupos sociales y la importancia del contacto intergrupar para reducir la hostilidad entre los diferentes colectivos.

2.3.1. Teoría del Conflicto Realista (TCR, en adelante)

Aunque esta teoría fue propuesta por Campbell (1965), al considerar que los conflictos que se producen entre los grupos sociales pueden tener su origen en una competición real entre ellos ante la existencia de recursos escasos, su principal exponente fue Sheriff en 1966, quien explicó esta teoría mediante los resultados que obtuvo tras sus experimentos de campo, donde el origen de los conflictos entre grupos

se produce cuando estos sienten amenaza o conflicto de intereses del exogrupo y se caracteriza por una competición real por recursos escasos.

Desde esta perspectiva existe la creencia de que el conflicto es negativo y debe ser evitado. Los estereotipos negativos producidos por ese conflicto de intereses llevan al etnocentrismo y a la discriminación hacia el exogrupo. Para poder disminuir estas amenazas entre grupos es necesario la existencia de una meta supraordenada, es decir, objetivos deseados y compatibles para ambos grupos y que solamente puede ser conseguida a través de la cooperación intergrupala (García, López-Rodríguez y Navas, 2013).

Por todo esto, la TCR “proporciona una explicación del conflicto intergrupala y de los fenómenos psicosociales que lo acompañan” (Molero, 2007, p. 112). Aunque esta teoría no puede explicar que en muchas situaciones se producen rivalidades y discriminación entre los grupos y no son fruto de competición/rivalidad entre ellos.

2.3.2. Teoría de identidad social (TIS, en adelante)

Mediante esta teoría, desarrollada por Tajfel y Turner en 1979, los autores intentan complementar la TCR. En esta teoría los conflictos entre grupos se crean cuando existe una amenaza y se produce la competencia por los recursos escasos. Con la TIS las personas intentamos alcanzar una identidad social positiva con su grupo favoreciendo siempre al grupo de pertenencia en detrimento del exogrupo, aunque no exista una competencia por recursos.

Estos autores demostraron a través de sus experimentos, que existe una condición mínima indispensable para que se produzcan los prejuicios entre grupos, y es la simple clasificación de las personas en grupos diferentes. Es decir, la categorización social de las personas en distintos grupos de pertenencia es suficiente para provocar la discriminación intergrupala, favoreciendo al endogrupo, constituyendo la categorización social el primer elemento de la TIS (Tajfel y Turner, 1986).

La sociedad está compuesta por numerosos grupos sociales y cada uno de nosotros pertenecemos a varios. De igual manera que existe una identidad personal, procedente de las características individuales de cada persona, existe la identidad

social, que son los aspectos de la autoimagen que tiene cada persona procedente de las categorías sociales a las que percibe que pertenece, por tanto la categorización social es un elemento central en la formación de la identidad. La identidad social puede ser positiva o negativa. Lo normal es que las personas valoren mejor a su grupo de pertenencia que a otro grupo, por lo tanto, proteger esa identidad social positiva es fundamental en los procesos de comparación social, constituyendo el segundo elemento fundamental de esta teoría (García et al., 2013).

2.3.3. Teoría del Contacto Intergrupala (TCI, en adelante)

La TCI fue propuesta por Allport en 1954 (citado en Smith, 2006, p.18) en el que postula que, si existe contacto intergrupala entre personas de distintos grupos puede ser una condición para disminuir la hostilidad intergrupala. El autor explica que este contacto se debe producir dentro de unas condiciones, ya que reunir a personas de diferentes grupos en un mismo lugar no va a provocar que disminuya por sí sola la hostilidad. A continuación se exponen las condiciones necesarias para que se produzca un contacto óptimo entre personas de grupos diferentes:

- Debe haber una igualdad de status de los miembros que participen en el contacto.
- Que existan unos objetivos comunes.
- Que haya una cooperación intergrupala.
- Es necesario el apoyo institucional mediante normas, sanciones y regulación del contacto.

Más tarde se incluyó esta última condición, y es que exista un potencial de amistad (Smith, 2006).

Numerosas investigaciones han demostrado que, cuando se produce un contacto entre varios grupos, las actitudes interétnicas son más favorables y no solamente con los miembros del exogrupo sino que aumentan las actitudes positivas hacia otros exogrupos (Hamberger y Hewstone, 1997; Masson y Verkuyten, 1993; Pettigrew, 1998; Pettigrew y Tropp, 2000; Rich, Kedem y Shlesinger, 1995; Smith, 2003).

2.3.4. Teoría de la Privación Relativa (TPR, en adelante)

Cuadrado y Fernández (2007) exponen que el nacimiento de la TPR se produjo cuando los investigadores de ciencias políticas pretendían explicar el inicio de revoluciones y protestas que han tenido lugar a lo largo la historia; curiosamente estos acontecimientos se han producido cuando las situaciones económicas o sociales no se encontraban en su peor momento, sino cuando se comenzaba una situación de relativa mejoría. Guimond y Tougas (1996) explican que las personas protestan y se rebelan contra una determinada situación, no porque se sientan objetivamente privados de algo, sino porque al compararse con otras personas, grupos o situaciones se consideran que están privados relativamente, es decir, se sienten en desventaja.

En función de la naturaleza de la comparación implicada, se puede hablar de la existencia de tres clases de privación relativa:

- Privación relativa intrapersonal: se produce cuando la persona compara su situación actual con otra ya vivida o deseada, provocándole insatisfacción.
- Privación relativa interpersonal o privación egoísta: es cuando la persona se compara con otras, generalmente de su grupo de pertenencia.
- Privación relativa intergrupual o privación fraternal: cuando se compara el estado de del grupo de pertenencia con otro y genera insatisfacción.

3. DEFINICIÓN DE ACTITUD

Han sido numerosas las definiciones que se le ha dado al término de actitud, y en el lenguaje coloquial se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo, una manera de ver el mundo, los pensamientos que puede tener una persona hacia una cosa o una persona gustándole o disgustándole, atrayéndola o repeliéndola, produciéndole confianza o desconfianza, etc. Podemos conocer o creemos conocer las actitudes de las personas ya que lo demostramos a través de cómo hablamos, actuamos, nuestra forma de comportarnos y las relaciones que mantenemos con los demás (Alemany y Mesa, 2012; Coll, Pozo, Sarabia y Valls, 1994). Es de tal relevancia el concepto de actitud que se le atribuye la capacidad de explicar y predecir el comportamiento social (San Martín y Perles, 1997).

Aunque el concepto de actitud apareció en la Psicología Social el siglo pasado, y desde entonces han sido varias las definiciones que se han enunciado, su

definición clásica es la que propuso Allport (1935) (citado en Alemany y Mesa, 2012) que la comprendía como un estado de disposición interna, organizado mediante la experiencia que ejerce un influjo directivo y dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones.

En la primera década de principios del siglo pasado, Thomas y Znaniecki (1918) definieron el término de actitud como un reflejo del individuo de los valores sociales de su grupo de pertenencia. Existen otras definiciones como la que hicieron Krech y Crutchfield (1948) que establecieron que las actitudes son sistemas estables de valoraciones positivas o negativas, emociones, sentimientos y tendencias adecuados o no adecuados hacia objetos sociales. Otras definiciones más actuales son las de Morales y Huici (1994) que la definen como evaluaciones generales que el individuo tiene sobre sí mismo y sobre cualquier tema o cuestión. Mientras que Eagly y Chaiken (1998) la definieron como el grado positivo o negativo que las personas evalúan a cualquier objeto de actitud.

4. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES

Son numerosas las definiciones que se han aportado sobre el concepto de actitud, pero se puede destacar las siguientes características comunes de las diferentes definiciones:

- La actitud es entendida como una predisposición existente en el sujeto.
- Se adquiere mediante el aprendizaje.
- El componente motivacional que tiene la actitud es muy importante ya que hace que una persona se comporte de un modo concreto ante un objeto actitudinal.
- La actitud es una variable que no se puede observar directamente.
- Es duradera en el tiempo.
- Es evaluable, pudiendo ser positiva, negativa o neutra, variando en sus extremos o grado de polarización.
- Incluye tres componentes relacionados: componente cognitivo, afectivo y conductual.

Como indican Briñol, Falces y Becerra (2007) es imprescindible estudiar las actitudes para comprender la conducta social humana, debido a que:

- A través de las actitudes se consiguen nuevos conocimientos ya que el individuo asimila la información del mundo en función de sus dimensiones evaluativas.
- Por medio de las actitudes se busca, se procesa y se encuentra información del entorno y de uno mismo.
- Al estar relacionadas las actitudes y conductas, es necesario conocer las actitudes de las personas ya que ayudarán a predecir, más o menos, sus conductas.
- Por último es importante conocer las actitudes debido a que revelan lo intrínseco de los valores, las normas y preferencias que guían a los grupos al que pertenecemos.

Según Aigner (2010), de forma general se puede caracterizar a las actitudes a través de los siguientes rasgos distintivos:

- Dirección de la actitud; pudiéndose ser positiva o negativa.
- Magnitud: grado de favorabilidad o desfavorabilidad con el que se evalúa el objeto actitudinal.
- Intensidad: es la fuerza del sentimiento asociada con la actitud.
- Centralidad: predominio de la actitud como guía del comportamiento del individuo.

5. FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Son necesarias las actitudes, ya que nos ayudan a manipular convenientemente nuestras interacciones con los objetos de actitud. Siguiendo a Briñol et al. (2007) vamos a ver las tres funciones que cumplen las actitudes:

1. Función de organización del conocimiento.

También es conocida como evaluación del objeto. Es necesario conocer el objeto de actitud para poder tratarlo con eficacia. Es una función básica pues vivimos en un mundo en el que recibimos una gran cantidad de información de nuestro entorno que puede suponer una sobrecarga y nuestra mente requiere estar preparada para estructurar, organizar y dar coherencia a los estímulos que nos rodean y así poder adaptarnos al ambiente donde interactuamos. Por lo tanto, el conocimiento va a permitir

conducir nuestra conducta al organizar de manera significativa el entorno que nos rodea. Las actitudes nos ayudan a categorizar y simplificar mejor ese mundo aparentemente caótico.

2. *La función instrumental, adaptativa o utilitaria.*

También conocida de ajuste o utilitaria porque permite alcanzar metas o beneficios concretos. Esta función está basada en el aprendizaje ya que intentaremos alcanzar estímulos que nos sean satisfactorios y evitar aquellos que nos resulten desagradables. Así, las actitudes perfeccionan las relaciones de las personas con su entorno, maximizando los premios y minimizando los castigos.

3. *La función de expresión de valores.*

Los individuos tienen la necesidad de poder expresar actitudes que evidencien los valores más importantes que tienen tanto del mundo como de ellos mismos. De esta manera a través de las actitudes que tiene el individuo se confirma socialmente la validez del concepto que uno se tiene de sí mismo y de sus valores.

Aunque Katz (1984) añade una cuarta función de la actitud:

4. *La función defensiva del yo o egodefensiva.*

Los individuos desarrollan determinadas actitudes para defenderse de un objeto concreto. Por lo que ante un determinado objeto que les resulte amenazante desarrollaran una actitud negativa para preservar el yo. Como por ejemplo: “el profe me tiene manía” como defensa de mi incapacidad o irresponsabilidad.

6. ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES: MODELOS SOBRE LA ACTITUD

Existen varios modelos en el estudio de las actitudes: el modelo unidimensional, bidimensional y tridimensional. Se va hacer una breve explicación de los dos primeros y centrándonos más en el tercero, debido a la importancia para esta investigación.

6.1. Modelo Unidimensional

Este modelo enfatiza el componente evaluativo de la actitud, siendo esta sinónimo de sentimiento, de acercamiento o de rechazo hacia el objeto actitudinal. Los autores Petty y Cacciopo (1981) consideran que la actitud es una evaluación general y duradera que puede tener un sentimiento positivo o negativo hacia el objeto o persona de actitud. Este modelo se conoce como unidimensional al establecer que la actitud está compuesta por una dimensión que es la afectiva y expresa la diferencia que existe entre el significado de actitud con el de creencia y el de intención conductual.

La actitud se refiere a las emociones que están vinculadas con el objeto de actitud. El término de creencia hace referencia a las opiniones que tiene el individuo sobre el objeto y el término de intención conductual se refiere a la disposición del individuo a mantener un comportamiento determinado con respecto al objeto de actitud.

En los modelos de la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980) y la Teoría de la Acción Planificada (Ajzen, 1988), consideran que el componente afectivo, cognitivo y conativo del modelo tridimensional son entidades separadas, que pueden estar relacionadas o no según el objeto en cuestión. Por ello, los defensores del modelo unidimensional distinguen el concepto de actitud del de creencia y del de intención conductual. La creencia se referiría a las opiniones acerca del objeto de actitud. Las actitudes serían las evaluaciones afectivas efectuadas respecto al objeto. Las intenciones conductuales se referirían a la predisposición para realizar una cierta conducta con relación al objeto (Igartua, 1996).

6.2. Modelo Bidimensional

Este modelo está en contra del pensamiento del modelo unidimensional, con respecto a los dos extremos de sentimiento positivo y negativo hacia el objeto o persona de actitud, habiendo opciones intermedias y neutrales e integra, además del componente afectivo del modelo unidimensional, el componente cognitivo. El modelo bidimensional defiende que las actitudes positivas y negativas necesitan ser evaluadas de manera separada (DeLamater, 2006). Sin embargo, es este modelo el que menos interés ha suscitado.

6.3. Modelo Tridimensional

Como indican las autoras Alemany y Mesa (2012) el modelo tridimensional del estudio de las actitudes posee tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual (Figura 11). Estos tres componentes se consideran subconjuntos de otro superior, que es la actitud (Rosenberg y Hovland, 1960).

6.3.1. Componente cognitivo

Son las creencias, ideas, opiniones y pensamientos que tienen las personas sobre el objeto de actitud o estereotipos. Esto no quiere decir que estas creencias, ideas o pensamientos sean verdaderos, todo lo contrario, pueden ser falsos y subjetivos. Según Travers (1973) este componente cognitivo de la actitud puede llegar a ser amplio o estrecho así como fuerte o débil.

Siguiendo el ejemplo que utilizan Mula y Navas (2011) con la inmigración, una persona puede tener preferencia por cualquier grupo de inmigrantes sin llegar a conocer cuáles son las características de ese grupo por lo que no podría justificar su preferencia. Esto explica que el componente cognitivo es estrecho y débil. Otra persona distinta, en cambio, puede tener una amplia información sobre un grupo de inmigrantes pero ser toda falsa; con lo que el componente cognitivo es amplio y débil. Sin embargo existen actitudes que se forman mediante conocimientos que sí son verdaderos y fundamentados, por lo que el componente cognitivo es amplio y fuerte.

6.3.2. Componente afectivo

Dentro de este componente incluye los sentimientos y emociones que experimentan las personas asociados al objeto de actitud, pudiendo ser positivos o negativos, siendo su componente negativo el prejuicio. Una actitud positiva hacia un colectivo de inmigrantes sería el sentir simpatía, aprecio y respeto hacia ellos, en cambio la actitud negativa conlleva sentimientos de odio, desprecio y antipatía.

6.3.3. Componente conductual o conativo

Son los conocimientos que se poseen y los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud, siendo la discriminación el componente negativo. Este tercer

componente es la predisposición para realizar una acción congruente con los otros dos componentes de la actitud que se ha visto, el cognitivo y el afectivo, con lo que una persona actuará de un modo determinado con respecto al objeto de la actitud. Por lo que si una persona siente simpatía por un determinado grupo de inmigrantes y tiene interés por relacionarse con ellos, no tendrá ningún inconveniente en saludarlos, invitarlos a participar en los acontecimientos de su comunidad o incluso podrá mantener una relación más estrecha con ellos.

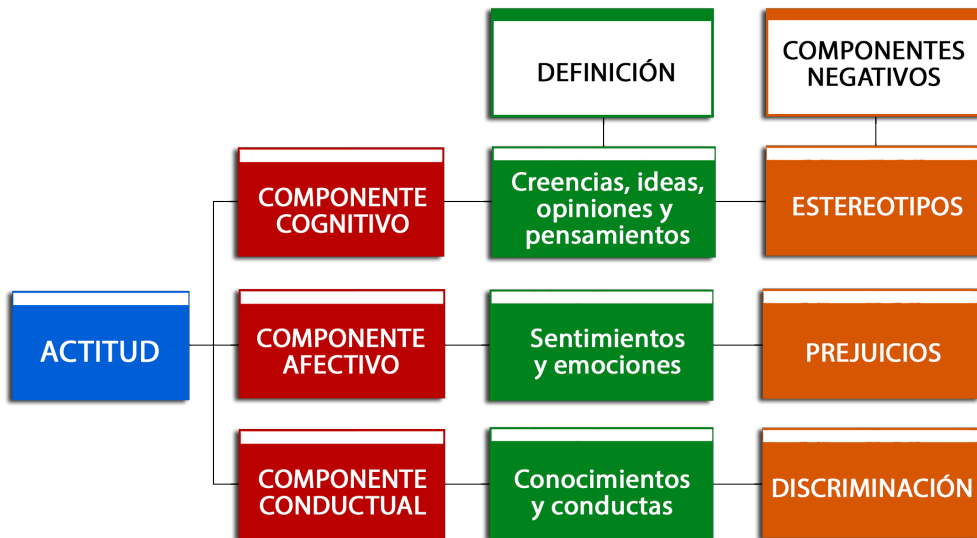


Figura 11. Componentes del concepto de actitud. Fuente: Elaboración propia

Con este modelo se puede decir, que la actitud se caracteriza por una forma de sentir, de pensar y de actuar (Von Sanden, 1993).

7. LAS ACTITUDES Y SU RELACIÓN CON LOS PREJUICIOS, ESTEREOTIPOS Y LA DISCRIMINACIÓN

De manera general, los términos de prejuicio, estereotipos y discriminación suelen ser empleados como si fuesen sinónimos intercambiables. Esto es debido a la estrecha relación que tienen dichos conceptos entre sí, ya que son declaraciones particulares de un fenómeno más general como es la hostilidad intergrupala (Smith, 2006).

En este apartado se va a describir los tres componentes negativos del término actitud para hacer notable las diferencias entre ellos.

7.1. El prejuicio o el componente afectivo de la actitud

Se puede estudiar el prejuicio desde distintas perspectivas debido a su nivel de complejidad: prejuicio individual, interpersonal, intergrupar y social. Desde un punto de vista social, el prejuicio está dirigido hacia grupos de personas en general o hacia individuos que se consideran miembros de determinados grupos, en particular. Y desde una orientación individual, el prejuicio se centra en los juicios previos con connotaciones negativas.

Ashmore (1970) (citado en Alemany y Mesa, 2012) define el prejuicio como “una actitud negativa hacia un grupo definido socialmente y hacia cualquier persona percibida como miembro de ese grupo” (p.80).

Desde un punto de vista intergrupar, el prejuicio se define como aquella tendencia a “poseer actitudes sociales o creencias hostiles hacia miembros de un grupo debido a su pertenencia a ese grupo en particular” (Brown, 1995, p.8)

En el estudio del prejuicio se puede diferenciar tres etapas:

- *Primera etapa:* de 1920 a 1950. Se consideraba el prejuicio como una psicopatología. Durante esta etapa el interés principal fue conocer quién es la persona prejuiciosa, centrándose las investigaciones en medir, describir y comprender el origen.
- *Segunda etapa:* de 1950 a 1990. Se modificó la conceptualización del prejuicio pasando a ser procesos mentales normales. Durante este periodo la cuestión clave fue: ¿quién no es prejuicioso?. Durante esta etapa se desarrolló algunas teorías contemporáneas del prejuicio, como el racismo simbólico, el racismo moderno o el racismo aversivo (que se verá más adelante en las nuevas formas de racismo).
- *Tercera etapa:* de 1990 hasta la actualidad. Las investigaciones sobre los prejuicios se hacen no solamente en las personas prejuiciosas sino sobre las que son víctimas del prejuicio.

Para estudiar el prejuicio es necesario tener presente los siguientes aspectos:

- El prejuicio es una opinión con una evaluación negativa.
- El objeto actitudinal es el exogrupo y sus miembros.
- Es una manifestación duradera en el tiempo.
- La actitud prejuiciosa influirá en el comportamiento de una persona o grupo hacia los sujetos del exogrupo, como puede ser la antipatía u hostilidad hacia ellos.

Las investigaciones sociales han demostrado que los prejuicios se relacionan estrechamente con la baja autoestima de las personas, es decir, que odiando a determinados grupos la gente consigue mejorar su propia imagen y la importancia que se atribuyen (Jordan, 2005; Verkuyten, 1996).

Los factores sociales más comunes (Zgourides, 2001) que pueden ayudar a la existencia de los prejuicios son:

- **Socialización:** Las personas suelen tener prejuicios que han heredado de sus padres y a su vez transmitirán a sus hijos. A esto hay que añadir la importancia que tienen los medios de comunicación, que a través de cómo difundan las noticias pueden hacer que se perpetúen determinadas actitudes prejuiciosas hacia ciertos grupos sociales como inmigrantes, minorías étnicas...
- **Conformismo grupal:** Para obtener apoyo del propio grupo de pertenencia y no posicionarse en contra de él, se llegan a aceptar los prejuicios del grupo, de tal manera que estos prejuicios se mantienen debido a las presiones del grupo.
- **Beneficios económicos:** Cuando se produce una situación económica insuficiente, como la crisis vivida en nuestro país recientemente en el que numerosas personas perdieron sus puestos de trabajo, se forma una imagen negativa hacia un determinado grupo, por ejemplo como los inmigrantes, pensando que estos son competidores directos (Díez-Nicolás y Ramírez, 2001).
- **Personalidad autoritaria:** Aquellas personas que posean una personalidad autoritaria nunca tendrán actitudes que sean contrarias hacia aquellos que consideren sus superiores, de tal manera rehusarán a los individuos que consideren inferiores.

- **Etnocentrismo:** Es la creencia de que la propia cultura es superior a las demás culturas y además, con la práctica de juzgarlas con los estándares de una cultura específica, repudiando las formas culturales como puede ser la religión, la moral, la estética...que están alejadas de las propias (Cerdera y Vicente, 2009).
- **Cerramiento grupal:** Es aquel proceso por el cual un grupo mantiene unos límites bien definidos entre él mismo y los demás grupos. Un ejemplo de cierre grupal podría ser no querer contraer matrimonio con una persona fuera de su grupo étnico.
- **Teorías del conflicto:** Aquellos grupos más “favorecidos” intentarán mantener siempre su poder social, sobre todo en épocas donde los recursos sean limitados, de tal manera que desarrollarán actitudes contrarias hacia los grupos minoritarios, llegando incluso a la violencia, y por tanto el grupo desfavorecido procurará defenderse con actos similares para mejorar su situación.

7.2. El estereotipo o el componente cognitivo de la actitud

Los estereotipos son una manera de catalogar a las personas, poniéndoles una etiqueta a un determinado grupo de individuos sin necesidad de haber conocido a nadie de ese grupo. Evidentemente los estereotipos son inciertos (Nikleva, 2012).

Según la última actualización del Diccionario de la Real Academia Española (2014) se define el concepto de estereotipo como la imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

La palabra estereotipo proviene del griego: stereós (“sólido, rígido”) y tipos (“carácter, tipo o modelo”) y fue usada en el ámbito de la tipografía cuando se creó los moldes fijos que permitía conservar las páginas sin tener que invertir en las letras de imprenta, y permitió guardar todas las ediciones hechas con este método. En 1796 aparece en Francia la palabra “stéréotype” que se traduce como estereotipo y se usa como adjetivo y sustantivo para describir el molde sólido o algo impreso con los moldes fijos (Cano Gestoso, 1993).

La primera vez que se utilizó el término estereotipo, en ciencias sociales, fue en 1922 por Lippmann, periodista que introdujo el término en las ciencias sociales con

la publicación de un libro sobre cómo se forma la opinión pública. El autor explica que la relación cognoscitiva con la realidad externa se forma a través de las imágenes mentales que la persona se hace de esa realidad y por tanto está fuertemente influida por las noticias que se publican en prensa, que en la época comenzó a tener mucha importancia en la comunicación de masas. Por lo que Lippmann expresó que esas imágenes mentales son a veces simplificaciones burdas y, muy a menudo rígidas, produciéndose una simplificación de la realidad que ni es arbitraria ni individual ya que se levanta sobre la base de las reglas establecidas culturalmente (Nilkeva, 2012).

Es a partir de 1975 cuando se logra una determinada unanimidad para definir el concepto de estereotipo como las creencias generalizadas, frecuentemente erróneas, sobre los atributos (características de personalidad) y las conductas o valores que caracterizan a los miembros de un grupo.

Los autores Katz y Braly (1933) (citado en Alemany y Mesa, 2012), fueron los primeros en realizar investigaciones sobre los estereotipos, las cuales sirvieron de modelo a trabajos posteriores. El famoso y clásico artículo que publicaron en 1933 fue sobre los estereotipos raciales de los estudiantes universitarios de Princeton. A los sujetos les proporcionaron una lista de 84 adjetivos, de los cuales debían utilizar cinco que describían mejor, a su juicio, lo más característico de diferentes grupos raciales del país (alemanes, italianos, judíos, negros, norteamericanos...). Los autores demostraron que los universitarios utilizaron estereotipos existentes en la sociedad para describir a los miembros de los diferentes grupos como así mismos. Por ejemplo, el 84% de los universitarios opinaban que los negros eran “supersticiosos”, y el 78% describieron a los alemanes como personas de “mentalidad científica”, pero ninguno de los estudiantes utilizaron el adjetivo de supersticioso para calificar a los alemanes así como tampoco calificaron a los negros como personas de mentalidad científica (Ovejero, 1991).

Según Sangrador (1981) (citado en Nikleva, 2012) la existencia y el mecanismo de los estereotipos se explica a través de las funciones que presenta dicho constructo, que son:

- *Proyección y desplazamiento.* Son dos mecanismos defensivos del yo. La proyección consiste en proyectar en otros grupos aquellos deseos y

sentimientos que se consideran inaceptables socialmente. El segundo mecanismo defensivo, el desplazamiento, se define como las frustraciones de las personas, generando estas una agresividad que es necesaria aliviarse y descargarla, terminando por desplazar esta agresividad hacia un grupo minoritario que sirve como “chivo expiatorio” o “cabeza de turco”, el cual recae con la culpa para que no recaiga sobre nosotros; por ejemplo el de un grupo étnico estereotipado como muy trabajador. En el caso de una crisis económica y por consiguiente un aumento del paro, la gente que pierde su trabajo reacciona emocionalmente echándole la culpa al grupo objeto del estereotipo.

- *Justificación de actitudes o conductas hacia el grupo estereotipado.* Esta función explica que un estereotipo negativo de un grupo minoritario o marginado sirve como justificación para negarle la igualdad de oportunidades, determinados bienes, etc. Por ejemplo si los miembros de un grupo se les considera “perezosos”, será “normal” que no se les de trabajo. Otro ejemplo es que si el desempleo es la causa y la ociosidad es su efecto, al observar a jóvenes sin trabajo vagando por las calles, con el tiempo se crea el estereotipo de que los jóvenes son perezosos (causa) y por eso están en el paro (efecto). De esta manera se desvía la culpa y se piensa que el desempleo no es el problema.
- Además, no se crean estereotipos de todos los grupos que existen en una sociedad, por ejemplo no existe ninguno sobre los conductores de autobuses y sí sobre los funcionarios, los gitanos, las rubias, los empollones, etc. Por lo que se estereotipa a los grupos que representan una amenaza o molestia en la sociedad a la que se pertenece.
- Aunque son muy difíciles de modificar, los estereotipos no son perpetuos y se van transformando con los cambios que sufre la sociedad.
- *Economía cognitiva y predictibilidad de conducta.* Es una doble función que comprende por un lado, las connotaciones despectivas que generalmente poseen los estereotipos y por otro, presenta los aspectos positivos para hacer comprender al individuo lo que le rodea. Podemos decir que el estereotipo conlleva un proceso que se activa de manera automática una vez que ha sido aprendido. Así, los elementos que activan los estereotipos varían desde el color de la piel, la vestimenta, el lenguaje (verbal y no verbal), la

cultura, el sexo, la religión, entre otros. Un ejemplo de esto es el siguiente: al encontrarnos con un individuo de otra etnia activamos el estereotipo de forma automática, a partir de aquí se le otorga a la persona todas las características que posee su grupo de pertenencia y además, esperamos que se comporte de acuerdo a él. Este proceso, que se activa rápidamente y en repetidas ocasiones a lo largo del día, tiene como consecuencia tanto economía cognitiva, en tiempo y esfuerzo de procesar la información de un estímulo novedoso, como nos alerta para la respuesta, estando rápidos para responder, si la situación lo demanda.

- *Identificación social del individuo e integración grupal.* Los individuos se perciben a sí mismos como miembros de ciertos grupos: político, religioso, etc., reconociendo actitudes más o menos oficiales del grupo de pertenencia debido a su deseo de ser aceptados por el grupo.

En cuanto a las clases de estereotipos, existen dos tipos: el autoestereotipo que se materializa en la propia imagen que un pueblo tiene sobre sí mismo, y tiende a ser positiva. Unos de los ejemplos de autoestereotipo de los españoles más conocidos es la siesta como deporte nacional, la fiesta y diversión. Y el heteroestereotipo es lo contrario, es la imagen que tienen los demás sobre un pueblo y suele ser negativa, lo que indica un cierto etnocentrismo (Nikleva, 2012).

Aunque los estereotipos no son necesariamente de naturaleza negativa, en los que se refiere a los estereotipos intergrupales, las investigaciones indican que los estereotipos sobre el exogrupo suelen estar cargados de connotaciones negativas, siendo menores los estereotipos positivos o neutrales (Ganter, 1997; Hilton y Von Hippel, 1996; Stangor, Sullivan y Ford, 1991).

7.3. La discriminación o el componente conductual de la actitud

El joven ayudante de cocina Cedric Holloway se encontraba sentado en su coche, cerca de una entidad bancaria, pensando si debía invertir sus ahorros en determinados productos financieros. Previamente ya había ido varias veces al Banco para solicitar información. Sin esperarlo, fue rodeado por varios coches de policía, obligándolo a salir de él, lo esposaron y se lo llevaron detenido a la comisaría. ¿Por qué le ha sucedido esto? Porque los trabajadores del banco sospecharon que

el joven quería asaltar el banco y avisaron a la policía. Después de casi una hora dando explicaciones, los policías creyeron en la versión del joven y lo dejaron en libertad (Smith y Mackie, 1997). Si lo meditamos detenidamente, parece extraño que le haya sucedido este acontecimiento al joven, pero si añadimos que Cedric Holloway es negro, entonces lo entenderemos fácilmente, este chico ha sido víctima de la discriminación (Alemany y Mesa, 2012).

Como se ha indicado anteriormente, la discriminación es el componente conductual o comportamental del prejuicio y por tanto su manifestación externa, que se traduce en un comportamiento negativo hacia los miembros de un grupo que es objeto de una imagen negativa (Prevert, Navarro y Bogalska-Martin, 2012). Siguiendo a Allport (1954) (citado en Alemany y Mesa, 2012) la discriminación es la negación o limitación de un trato igualitario a personas o grupos debido a estereotipos y prejuicios previos.

La discriminación es un tratamiento diferencial, generalmente injusto, del que es objeto una persona o grupo en sus actuaciones habituales por el mero hecho de pertenecer a la categoría social a la que pertenece, limitándoles o negándoles un trato igualatorio y por tanto no podrán tener acceso a las mismas oportunidades que otros grupos: empleo, salud, educación, vivienda, etc. (Smith, 2006).

La discriminación se presenta de muy diferentes maneras así como en diferentes ámbitos y niveles. El comportamiento discriminatorio se expresará en menor o mayor grado dependiendo de las situaciones de conflicto y de competitividad que sucedan, sobre todo cuando los grupos implicados posean estatus desiguales, por lo que aparecerá discriminación como una solución de la cuestión de poder (Montes-Berges, 2008).

8. NUEVAS FORMAS DE RACISMO

Los movimientos ocurridos a mediados del siglo XX en Estados Unidos en defensa de los derechos civiles de las personas negras y en contra de la segregación racial y discriminación, produjo una disminución de los prejuicios y estereotipos en las encuestas. Los investigadores se dieron cuenta que, aunque disminuían en las encuestas las actitudes racistas, estas no se correspondía con la realidad, las actitudes

racistas no disminuyeron, simplemente se fueron transformando. En la actualidad han aparecido los modelos contemporáneos del prejuicio (Segura-Robles, 2017).

8.1. Racismo Aversivo

El Racismo Aversivo nace de las relaciones entre los blancos y los afroamericanos de Estados Unidos. Surge porque los blancos niegan ser prejuiciosos y niegan tener creencias negativas hacia los afroamericanos. Por ello, este colectivo genera sentimientos de incomodidad, inseguridad y hostilidad. El racismo aversivo defiende un tratamiento igualitario y justo hacia todos los grupos pero siente incomodidad hacia el exogrupo (Dovidio y Gaertner, 1986).

8.2. Racismo simbólico

El racismo simbólico conlleva a que un individuo tenga sentimientos negativos hacia las personas negras, además de poseer unas firmes creencias en los valores americanos de la ética protestante que defienden la autonomía, la disciplina o el individualismo. Estos individuos excusan su poca o nada simpatía hacia los negros ya que tienen el pensamiento de que estos no contribuyen al desarrollo de su país ni poseen los mismos valores que tienen los blancos (Montes-Berges, 2008).

8.3. Racismo moderno

El Racismo moderno proviene de una evolución del comportamiento agresivo a uno más sutil, ya que antes las personas no tenían ninguna pega en decir abiertamente que eran racistas, mientras que hoy en día esto no sucede así. Se basa fundamentalmente en entender que los principios de libertad de elección individual, igualdad de oportunidades, el esfuerzo y otros valores están en peligro. Consideran que el exogrupo no respeta los valores y consideran que en realidad no existe discriminación hacia grupos minoritarios y que reciben más de lo que se merecen (Dovidio y Gaertner, 1986; McConahay, 1986) (citado en Alemany y Mesa, 2012).

8.4. Prejuicio sutil y manifiesto

En la actualidad no está bien visto en las sociedades occidentales reconocer abiertamente ser prejuiciosos hacia otro colectivo por el mero hecho de ser extranjero, pertenecer a otra cultura, etnia o religión diferente.

Aunque el estudio que se va a plantear de ejemplo es de hace más de veinte años es bastante significativo con lo expuesto; en EE.UU., ante la pregunta “¿tendría usted reticencias en enviar a sus hijos a escuelas donde la mitad de los alumnos fueran negros?”, el 80% de los encuestados en 1989 manifestó que no tenía ninguna objeción, mientras que en 1942, sólo el 30% de los encuestados respondieron de esta manera a la misma cuestión (Montes-Berges, 2008).

Por todo ello el prejuicio directo, abierto y manifiesto ha sido desplazado por nuevas formas de prejuicio de forma sutil e indirecta, teniendo una gran relevancia en Europa los investigadores Pettigrew y Meertens (1995), realizando investigaciones sobre el prejuicio manifiesto y el prejuicio sutil, siendo el manifiesto el tradicional caracterizándose por el rechazo abierto al exogrupo, percepción de amenaza a los recursos del endogrupo y al rechazo por el contacto y las relaciones cercanas o íntimas. En contra, el prejuicio sutil se caracteriza por la defensa de los valores tradicionales, siendo el exogrupo quien no los respeta, y aunque no muestra abiertamente rechazo hacia el exogrupo tampoco siente emociones positivas hacia el exogrupo.

Estos autores elaboraron una escala para medir dichos prejuicios. Esta escala está formada por dos subescalas, una para el prejuicio sutil y otra para el prejuicio manifiesto (Figura 12), que a su vez se dividen en diferentes factores que fueron identificados por los autores y ratificados por Rueda y Navas (1996).

Al sumar las puntuaciones de dichas escalas, los autores Pettigrew y Meertens (1995) asentaron tres grupos distintos de sujetos. Los que obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de prejuicio sutil y manifiesto, lo denominaron sujetos igualitarios. El segundo grupo que obtuvieron mayor puntuación en la escala sutil que en la escala manifiesta lo denominaron sujetos sutiles. Y por último, el tercer grupo de sujetos que puntuaron bajo en la escala de prejuicio sutil y alto en la escala de prejuicio manifiesto son los sujetos fanáticos. Aquellos sujetos que obtienen puntuación baja en la escala de prejuicio sutil y puntuación alta en la escala de prejuicio manifiesto se consideran sujetos erróneos y no válidos (Augoustinos, Walker y Donaghue, 2014).

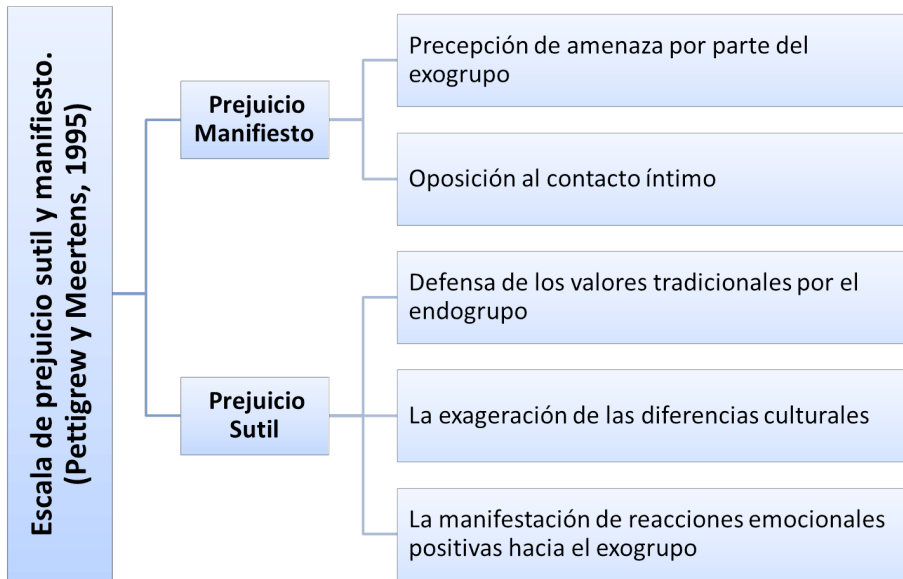


Figura 12. Resumen de la escala de prejuicio sutil y manifiesto. Fuente: Segura-Robles (2017).

9. FORMACIÓN Y CAMBIO DE LAS ACTITUDES

Las actitudes son el resultado de un aprendizaje adquirido a través de las experiencias directas e indirectas de los individuos. Por lo que se puede decir que las actitudes aparecen fruto de la interrelación del sujeto con el medio, dando lugar a prejuicios, costumbres, valores sociales y discriminación (San Martín y Perles, 1997).

Se han llevado a cabo investigaciones encaminadas a delimitar cuáles son los principios que rigen y demuestran la formación y el cambio de las actitudes, lo que ha desarrollado distintas teorías que no solamente lo explican sino que proponen estrategias para modificar las actitudes (Mula y Navas, 2011). A continuación se expondrá la principal teoría que justifica la formación de las actitudes, así como los diferentes enfoques para el cambio de estas.

9.1. Teoría de la formación de las actitudes

Existen diversas teorías que explican la formación de las actitudes que conllevan a determinadas conductas, pero la más importante fue la desarrollada por Fishbein y Ajzen (1975) denominada Teoría de la acción razonada.

Mediante esta teoría se explica la conducta humana según sus creencias, actitudes, intenciones y comportamiento. Se basa en la hipótesis de que los seres humanos son fundamentalmente racionales y harán uso de la información de la que disponen para ejecutar acciones o conductas (Reyes, 2007).

López Feal (1991) declara que la premisa principal de esta teoría es que una actitud está determinada por la creencia que se tiene sobre el objeto actitudinal. Lo que pretendían los autores con el desarrollo de esta teoría era conseguir un doble objetivo: predecir y comprender una actitud individual. Para ello propusieron dos etapas, una centrada en la predicción de la conducta muy necesaria para poder asumir decisiones y la segunda etapa que consiste en comprenderla (Figura 13).

En cuanto a la primera etapa de la predicción de la conducta, se explica a través de las creencias conductuales y normativas que influyen sobre las actitudes y las normas subjetivas, y también a través de las variables externas (de personalidad y demográficas), cuyos efectos y relación dentro de todo el sistema habrá que tener en cuenta en cada caso.

Para explicar la segunda etapa de comprensión de esta teoría, los autores consideran que las personas crean determinadas actitudes y normas subjetivas que les llevan a una intención de conducta. Las actitudes son una función de “creencias conductuales” que están ocultas en una actitud de la persona hacia la conducta. Las normas subjetivas son una función de “creencias normativas” que hace referencia a la presión social, es decir, lo que otras personas relevantes para el sujeto esperan que este haga.

La TAR también considera que existen otras variables externas que forman parte de ella, como son la personalidad del individuo (extrovertido, introvertido, autoritario, dominante, etc) y las variables demográficas (edad, sexo, estatus socioeconómico y religión). Por lo que esta teoría explica que las intenciones de realizar una determinada conducta por un sujeto son debido a un conjunto de actitudes y de normas subjetivas hacia una conducta. Estas intenciones serán las determinantes inmediatas de las correspondientes conductas manifiestas.

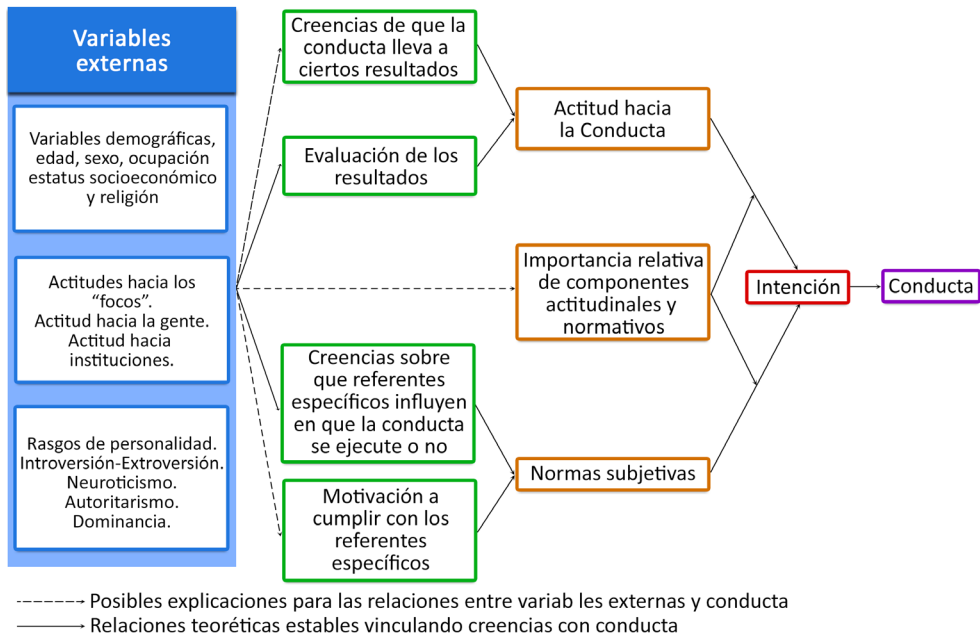


Figura 13. Las relaciones actitud-conducta a partir de la teoría de Fishbein y Ajzen.

Fuente: Elaboración Propia extraído de López Feal (1991).

9.2. Cambio de las actitudes

Tanto la formación como el cambio de las actitudes, ha sido y sigue siendo un tema central en la Psicología Social contemporánea. Ya se ha visto anteriormente las distintas definiciones de actitud, sus características, funciones y estructura, la relación entre prejuicios, estereotipos y discriminación y la principal teoría que explica la formación de la actitud; por lo que a continuación se procede a explicar varios métodos y técnicas que proponen algunos autores que influye en el cambio de las actitudes.

9.2.1. Modelos combinatorios

Los modelos combinatorios de cambio de actitudes son métodos matemáticos que justifican como las personas forman o cambian sus actitudes y creencias mediante la combinación de las informaciones que van recibiendo a cerca de ellas (Eagly y Chaiken, 1998). De manera que las personas, como seres racionales, procesan la información que reciben y las compara con las que ya tienen y así pueden tomar

decisiones relacionadas a su conducta. Este enfoque afirma que son las personas las que disponen del valor que otorga a la información recibida y ellas deciden como interpretarlas. El modelo más importante que defiende esta postura es la Teoría de la Acción Razonada (Morales, Reboloso y Moya, 1994), que se ha explicado en el apartado anterior.

9.2.2. Teoría de la persuasión

Se define el término persuasión como aquella comunicación planeada que pretende influir en los demás, de tal manera que se modifiquen las creencias, valores o actitudes (Simons, Morreale y Gronbeck, 2001). Como indica Moya (1999), la comunicación persuasiva es el método más efectivo para cambiar las actitudes.

Para que un mensaje persuasivo influya en el cambio de actitudes, es necesario cambiar los pensamientos o creencias de la persona que recibe el mensaje, por lo que el receptor del mensaje debe aceptar unas creencias diferentes a las suyas e incluso que estas vengan acompañadas de incentivos. La persona receptora del mensaje persuasivo pensará sobre la información recibida, y si la entiende y la considera aceptable e interesante, lo aceptará; de otra manera, rechazará el mensaje (Hovland y Janis, 1959).

Para que un mensaje sea persuasivo depende fundamentalmente de cuatro elementos claves:

- La fuente, es decir, las características del emisor del mensaje. Para ello influirá la credibilidad, experiencia, sinceridad, atractivo, semejanza y poder que tenga sobre el receptor del mensaje.
- El contenido del mensaje; la calidad de los argumentos empleados, los incentivos que se prometan, la claridad y el énfasis empleado en los aspectos racionales o emocionales.
- El canal que se utilice para transmitir el mensaje: visual o auditivo, directo o indirecto.
- Y por último, el contexto relacionado cuando se transmite el mensaje: relajado o serio, agradable o desagradable, distracciones.

Evidentemente, los efectos de estos cuatro elementos se va a ver modulado por las características de los receptores: susceptibilidad ante la persuasión, el nivel

educativo, las creencias previas, autoestima, el grado de implicación, etc. (Moya, 1999).

9.2.3. Disonancia cognitiva

El término de disonancia cognitiva fue creado por Festinger (1957) y se refiere a la tensión que se produce cuando las actitudes, creencias o comportamientos son conflictivos entre sí.

El autor explicaba que dos creencias tienen consonancia cuando una implica, se deriva de o sigue a otra; por ejemplo, una persona tiene la creencia de que “el ejercicio físico es bueno” y por tanto “hace deporte diariamente”. Las creencias serán disonantes cuando psicológicamente se contradicen entre ellas, son incompatibles o una implica la negación de la otra; por ejemplo, saber que “fumar produce cáncer de pulmón” y al mismo tiempo “fumo un paquete de cigarrillos diariamente”.

Existen numerosas situaciones que pueden provocar una disonancia cognitiva, por lo que las personas intentarán evitar o reducir la intensidad para alcanzar la consonancia y restablecer la consistencia entre actitudes o creencias. Festinger propuso tres estrategias para reducir la disonancia:

- Modificar uno de los elementos, de tal manera que la relación entre las creencias se vuelva más consistente. Por ejemplo, la persona que sabe que fumar perjudica gravemente su salud, decidirá cambiar su actitud e irá reduciendo progresivamente el tabaco hasta dejar de fumar. Aunque a veces, es muy difícil modificar el elemento actitudinal y la persona pensará que en determinadas condiciones fumar no es tan perjudicial después de todo.
- Introducir nuevos pensamientos para aumentar la importancia de uno de los elementos actitudinales, disminuyendo el peso disonante del otro elemento. Así el fumador buscará investigaciones sobre la relación tabaco/cáncer y decidirá por su cuenta que no existen suficientes pruebas que demuestren esa relación y considere que fumar no es tan nocivo como parece.
- Una última estrategia que propuso fue la de alterar la importancia de los elementos, para que sean menos contradictorios entre sí. Siguiendo el ejemplo de la persona fumadora, esta pensará que el placer que le produce fumar es tan grande que, aun sabiendo que puede que su adicción reduzca el número de años de vida, lo prefiera a estar privado de ese placer.

10. MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES

Parece sencillo pensar que para conocer cuál es la actitud de una persona sobre algo o alguien en concreto, lo más fácil es preguntarle directamente. Pero no es tan simple, ya que las actitudes pueden estar influenciadas, además de la percepción propia, por la influencia del grupo de pertenencia o por diversos factores. Por ello existen diferentes técnicas para medir las actitudes y que su medición no esté influenciada por estos elementos. Estas técnicas se agrupan en dos bloques. El primer bloque corresponde a medidas directas o explícitas como las escalas y diferenciales semánticos, y el segundo bloque está formado por medidas indirectas como la observación conductual (Segura-Robles, 2017).

10.1. Medidas directas o explícitas

Las medidas directas o explícitas se caracterizan porque evalúan las actitudes directas o explícitas que se relacionan con procesos deliberados y conscientes. Existen numerosas medidas explícitas donde los sujetos deben responder a las preguntas que se les formulan. Las medidas directas más empleadas son: la escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone, el escalograma de Guttman, las escalas tipo Likert y el diferencial semántico de Osgood (Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado, 2007).

10.1.1. Escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone (1928)

Esta escala fue creada por Louis Leon Thurstone en 1928. Thurstone (1928) marcó las bases para la construcción de escalas para medir las actitudes. Se caracterizan porque en ellas solamente hay dos respuestas a los ítems que se presentan: de acuerdo y desacuerdo (Tabla 12). Para la construcción de una escala tipo Thurstone se ha de seguir, al menos, siete pasos:

- Especificar la variable actitudinal que se quiere medir con claridad y sin ambigüedad.
- Recoger información sobre la variable actitudinal para la elaboración de los ítems que van a formar parte de la escala.
- Selección de los ítems de una lista previa. Dichos ítems se deben corregir y afinar para que no lleven a confusión.

- Para corregir los ítems, el autor propone enviarlos a unos jueces, no expertos en la materia, que valorarán cada uno de los ítems en una escala de 0 a 10 o de 1 a 11, siendo el máximo acuerdo el valor 0 y 10 u 11 el valor de máximo desacuerdo.
- Tras las respuestas de los jueces se calcula el valor escalar de cada enunciado. Se halla la medida y la desviación típica. Los ítems que hayan obtenido una desviación típica mayor de 2 serán eliminados debido a que la opinión de los jueces fueron muy dispersas.
- Depuración de la escala mediante el criterio de ambigüedad. Thurston afirmaba que cuánto más concuerden los jueces en cada enunciado, el ítem será menos ambiguo.
- Una vez elegidos los ítems de la escala (20 o 30), los sujetos responderán a cada uno de ellos si están de acuerdo o en desacuerdo (Segura-Robles, 2017; Sulbarán, 2009).

Tabla 12. *Ejemplo de escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone (1928)*

A continuación, se presenta una serie de frases referidas a la asignatura de Psicología de la Educación. Marque en cada ítem si está de acuerdo o en desacuerdo con el mismo.

	De acuerdo	En desacuerdo
La asignatura de Psicología de la Educación resulta complicada		
La asignatura de Psicología de la Educación es una materia que me interesa mucho		
Prefiero estudiar otras asignaturas antes que Psicología de la Educación		
En las clases de Psicología de la Educación me siento incómodo/a		

Fuente: Segura-Robles, 2017.

10.1.2. Escalas Likert (1932)

La escala de Likert fue desarrollada por Rensis Likert en 1932 para facilitar la elaboración de la escala que desarrolló unos años antes Thurstone. La característica de esta escala es que se eligen unos 30 ítems aproximadamente que aluden a dimensiones o aspectos de una actitud (Tabla 13). Los sujetos deberán responder a todos los ítems en base a una escala de 5 o 7 puntos, en función si están más o menos de acuerdo o desacuerdo con dichos ítems; de tal manera que por ejemplo en una escala de 5 puntos equivale a: 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni en desacuerdo

ni de acuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo. En función de lo que se quiera medir, se modificarán estas etiquetas, así si lo que se desea conocer frecuencias, las etiquetas irán desde nunca hasta siempre. La puntuación total de la escala se consigue sumando las puntuaciones de cada ítem (Segura-Robles, 2017).

Tabla 13. *Ejemplo de Escala Likert (1932)*

	1	2	3	4	5
Considero que mi trabajo con la comunidad debería ser lo suficientemente valorado					
A pesar de que no obtengo reconocimientos, considero que mi trabajo es gratificante					
Considero que la educación para la salud es importante en el cuidado de la comunidad					

Fuente: Segura-Robles, 2017.

10.1.3. Escala de Guttman (1944)

La escala de Guttman, también denominada escalograma de Guttman, fue desarrollada por Louis Guttman (1944). Este tipo de escala ordena las respuestas en base a una sola dimensión y mide la intensidad o el grado en el que los sujetos se identifican con el fenómeno consultado. La finalidad que se pretende conseguir al utilizar este tipo de escala es comprobar si los ítems utilizados son reproducibles o escalables y obtener así una sola dimensión en la que situar a los sujetos.

Como es una escala unidimensional, los ítems deben estar encadenados entre sí, es decir, el primer ítem deberá estar de acuerdo con el resto de ítems que forman el escalograma (Tabla 14).

Tabla 14. *Ejemplo de Escala de Guttman (1944)*

	Marque con una X, en la casilla correspondiente, el nivel de estudios que posea.	
	Si	No
Estudios universitarios		
Bachillerato		
Estudios secundarios		
Estudios primarios		
Sin estudios		

10.1.4. Diferencial Semántico de Osgood (1962)

El diferencial semántico es un instrumento de medición de las actitudes de los individuos creado por Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) y Osgood (1962). Consiste en una serie de pares de adjetivos opuestos entre sí, por ejemplo, limpio/sucio (Tabla 15), que permite conocer la importancia que tienen los objetos actitudinales para los individuos (Morales et al., 2007).

Tabla 15. *Ejemplo de escala de diferencial semántico de Osgood (1962)*

Rodee la posición donde se encuentre para usted las políticas migratorias españolas								
Pasiva	1	2	3	4	5	6	7	Activa
Progresista	1	2	3	4	5	6	7	Conservadora
Superficial	1	2	3	4	5	6	7	Profunda
Dogmática	1	2	3	4	5	6	7	Crítica

Fuente: Segura-Robles, 2017.

10.2. Medidas indirectas

Las medidas indirectas o también denominadas medidas no reactivas, surgieron de la necesidad de evitar determinados aspectos de las medidas directas como una inadecuada redacción de los ítems o la deseabilidad social de los individuos (Karasawa, 2003), además son medidas más rápidas, menos conscientes y más difíciles de controlar por el evaluador, por normas o presiones sociales (Greenwald y Banaji, 1995). Evidentemente cuánto más automáticas sean las respuestas más difícil será controlarlas, y cuánto más deliberadas sean, más fácil será controlarlas.

10.2.1. Registros fisiológicos o conductuales

Incluyen instrumentos que son capaces de medir aspectos fisiológicos de los sujetos como son el registro de la tasa cardíaca, el grado de sudoración de la piel o hasta el registro de la actividad cerebral, entre otros (Morales, et al., 2007). Aunque, como se ha mencionado, son medidas que son difíciles de contaminar hay que ser cuidadosos con su utilización, ya que muchas veces es complicado saber el origen real de las respuestas obtenidas (Briñol et al., 2007).

10.2.2. Pruebas proyectivas

La prueba más representativa en este campo es el denominado Test de Apercepción Temática desarrollado por Murray (1943). Los sujetos evaluados deben de interpretar una determinada serie de estímulos ambiguos, por ejemplo unas fotografías. Al no estar los estímulos claros, los individuos evaluados tienen que utilizar sus propios esquemas y actitudes para darles sentido (Morales et al., 2007). Según Sabogal (2004) hay que tener cuidado en su utilización para la medición de actitudes u otro aspecto de la personalidad, debido a que ha sido muy criticada su validez.

10.2.3. Procedimientos conductuales

Dentro de estos procedimientos conductuales destacan la medida de comportamientos no verbales, como pueden ser el parpadeo, la postura o el contacto ocular y también evalúan la distancia social como una medida física de la distancia entre los sujetos. Suelen usarse estas técnicas para la medición de prejuicios o discriminación entre diferentes grupos sociales (Montes-Berges y Moya, 2006).

10.2.4. Procedimientos de tiempos de reacción

Son los instrumentos de medida indirecta de mayor relevancia en la investigación. Estos procedimientos de evaluación miden el tiempo que tardan los sujetos en responder a determinadas palabras a la vez que intentan clasificarlas en diversas categorías. Los más importantes son el Test de Asociación Implícita o IAT (Greenwald et al., 1998) y las medidas de priming tradicionales (Fazio y Olson, 2003).

11. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS PREJUICIOS

El prejuicio constituye un elemento negativo, irracional, erróneo y rígido. Es negativo por los terribles efectos sociales que puede provocar. Se considera irracional ya que no está ligado a aspectos racionales sino emocionales. Es erróneo ya que los prejuicios lo formamos sin conocer con exactitud al objeto juzgado. Y se considera rígido ya que los prejuicios consiguen perdurar en el tiempo aunque existan razones para negarlos (Martín Cárdbaba y Brändle, 2013).

Aunque modificar los prejuicios y estereotipos es muy complicado, se va a presentar una clasificación de soluciones para erradicar o al menos minimizar el problema social de los prejuicios hacia diferentes grupos de la sociedad. Se basa en tres niveles de análisis: social, interpersonal e individual.

11.1. Nivel social: importancia de las políticas públicas, la educación y los medios de comunicación en la reducción del prejuicio.

Como ya se ha explicado al principio del capítulo, las personas estamos influenciadas por las creencias y conductas del grupo de pertenencia. Y en lo relacionado con los prejuicios de igual manera, por lo que para intentar cambiar determinadas actitudes de la población es imprescindible modificar el contexto donde se encuentran inmersas (Sherif y Sherif, 1953).

Las primeras soluciones que se estableció para modificar los prejuicios fueron a través de las políticas públicas. Según Aronson (1999) para modificar determinados comportamientos de las personas se debe comenzar cambiando sus pensamientos y sus actitudes mediante instrumentos legales, puesto que en las sociedades democráticas se identifica lo legal con lo moral y lo justo. Mediante leyes o normas antidiscriminatorias hacia un grupo minoritario provocan en la sociedad una conformidad conductual originando unas actitudes más favorables (Leippe y Eisenstadt, 1994). Mediante estas medidas lo que se pretende es restaurar o establecer derechos y privilegios a los grupos minoritarios y excluidos y así aumentar sus recursos y oportunidades. Pero debe hacerse de tal manera que el resto de la sociedad lo considere como algo necesario y justo para el grupo en cuestión, sino se conseguirá un efecto contrario, es decir, aumentará el prejuicio que se tenga sobre ese grupo con la idea de que con esa medida se perjudicará al resto de la sociedad consumiendo los recursos de todos. Hecho que demostraron Maio y Esses (1998) al llevar a cabo un experimento en el que informaban a la población de que un grupo de inmigrantes se podía beneficiar de determinadas ayudas mediante posibles políticas de discriminación positiva y tras pasar un instrumento de medición a la población los inmigrantes fueron peor evaluados y también la inmigración en general.

Otro intento para modificar, y por tanto reducir, los prejuicios ha sido mediante el uso de las comunicaciones persuasivas. Como se ha indicado, los prejuicios

están sustentados en errores y falta de información por lo que ha tenido una gran importancia este método en el ámbito de la educación, realizándose intervenciones en las aulas para incrementar los conocimientos de determinados grupos sociales minoritarios (Bigler, 1999).

La comunicación en masas también juega un papel decisivo en el cambio o modificación de prejuicios de una sociedad como los empleados en distintas campañas educativas, campañas publicitarias en televisión, en radio y en vallas (Martín Cárdbaba y Brändle, 2013).

11.2. Nivel interpersonal: hipótesis del contacto

Como indican Martín Cárdbaba y Brändle (2013), la teoría más importante para la reducción de prejuicios a nivel interpersonal es la hipótesis del contacto intergrupar. Esta postula que la mejor forma para reducir el prejuicio es que existan relaciones entre los diferentes grupos. Para que ocurra esta condición es necesario que se cumplan tres requisitos:

- Evidencia empírica. A lo largo del siglo XX se hicieron estudios donde se demostró que las relaciones intergrupales era una condición necesaria para reducir los prejuicios ya que al conocerse los individuos entre ellos aumentaba la tolerancia social y tenían el sentimiento de compañerismo hacia los miembros del otro grupo (Zelings y Hendrickson, 1933). Pero cualquier tipo de relación no es suficiente, tiene que existir objetivos comunes y una buena cooperación entre los grupos diferentes para que exista una adecuada relación entre los grupos (Sheriff, Harvey, White, Hood y Sheriff, 1961).
- Condiciones: ¿En qué situaciones funciona? Para que exista un contacto intergrupar positivo es necesario cuatro rasgos fundamentales: un estatus equivalente en el momento del contacto; que exista cooperación intergrupar; que tengan objetivos comunes y por último que exista respaldo de las autoridades, leyes o costumbres sociales. A estos cuatro rasgos fundamentales propuestos por Allport a mediados del siglo pasado, se une otro factor que conllevará a una buena relación entre grupos sociales diferentes, la oportunidad de amistad (Molina y Wittig, 2006).

- Procesos implicados: ¿Por qué funciona? Tenemos que decir que una de las causas por las que existen los prejuicios es por la existencia del sesgo endogrupal, es decir, la preferencia natural de un individuo hacia otro individuo de su mismo grupo. Por eso funcionará una relación cooperativa intergrupala, con objetivos comunes y con el factor de posible amistad ya que un individuo de un grupo dejará de ver a otro miembro de otro grupo como un miembro indiferente y lo verá como un individuo singular. También es importante señalar que cuando se produce este tipo de contacto intergrupala se disminuye la ansiedad intergrupala, que es uno de los obstáculos para una relación intergrupala (Stephan et al., 2002).

11.3. Nivel individual: necesidad de controlar los factores psicológicos

Para finalizar, en este nivel individual los autores Martín Cárdbaba y Brändle (2013) proponen que los factores psicológicos estarán condicionados a los niveles social e interpersonal. El poseer un pensamiento simple o falto de matices es considerado como un componente evidente del prejuicio. Para reducir los prejuicios es importante la empatía, ya que su ausencia provoca conductas antisociales y su presencia aumenta las actitudes positivas. Otra estrategia para mejorar la evaluación hacia un grupo minoritario es a través del role-playing, en la que un individuo debe defender delante de un público posturas que vayan en contra de sus pensamientos.



CAPÍTULO 5.

INVESTIGACIONES SOBRE
INMIGRACIÓN

INTRODUCCIÓN

Como ya se mencionó en el capítulo de las migraciones, España en muy poco tiempo ha pasado de ser un país de emigrantes a un país de inmigrantes, por dos motivos fundamentales: uno por el desarrollo en el sector servicios que se produjo en los años 70 del siglo pasado que ocasionó un gran crecimiento económico y debido a ello los españoles dejaron de emigrar y el segundo motivo principal fue debido al cierre de las fronteras europeas a más inmigrantes en la misma época, por lo que los inmigrantes que intentaban entrar en el continente encontraron en España una nueva puerta de entrada (Alonso y Furio, 2007). El número de inmigrantes en 1975 en España era de unas 165.000 personas y en el año 2017 la cifra alcanza los casi 4.500.000 de inmigrantes (INE, 2017a).

Pero lo más llamativo de la inmigración no es tanto el número de personas que llegan a nuestro país sino más bien la repercusión que esta ocasiona en la sociedad española. Así, a lo largo de este tiempo la postura de la población española hacia la inmigración se ha ido modificando. En 1996 la actitud era en general positiva y la consideraban como necesaria y no excesiva y unos años después se aprecia un mayor rechazo al inmigrante, siendo los momentos más críticos contra la inmigración los que coincidieron con los procesos de regulación de 2001 y 2005 (Checa-Olmos y Arjona-Garrido, 2013).

Se quiere conocer cuáles son las actitudes que tiene el alumnado de enfermería hacia los pacientes inmigrantes en general y a los pacientes marroquíes en particular. Como se ha dicho en el apartado de la actitud, esta estará influenciada por el grupo de pertenencia. Y como destacan Briñol et al. (2007) es importante conocer las actitudes y lo que piensan las personas ya que reflejan cómo se han interiorizado los valores, normas y preferencias que rigen a los grupos y organizaciones sociales. Así, se ve conveniente realizar una búsqueda sobre los estudios realizados para conocer la actitud de la población española y de otros países hacia los inmigrantes en general y hacia los marroquíes en particular.

1. ESTUDIOS SOBRE ACTITUDES DE LOS ESPAÑOLES HACIA LA INMIGRACIÓN

Son numerosos los estudios que se han realizado sobre el impacto que ha tenido la llegada de inmigrantes en nuestro país, tanto por instituciones públicas como privadas así como diversos autores que han analizado estos trabajos y han realizado investigaciones propias.

En España, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) es la institución encargada de elaborar los estudios sobre las opiniones de la sociedad española hacia la inmigración, que depende del Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales. Si hacemos un breve resumen a lo largo de los últimos años, a mediados de los años 90, según las encuestas del CIS, la población española poseía una opinión positiva a cerca de la inmigración, considerándola como necesaria y no excesiva, mientras que las realizadas en la década pasada, como por ejemplo en el año 2006 que situaban a la inmigración dentro de los cuatro problemas del país, junto al desempleo, la vivienda y el terrorismo (Checa-Olmos y Arjona-Garrido, 2013). Aunque a lo largo de los años ha ido ocupando lugares menos preocupantes debido a la situación política que está atravesando nuestro país con problemas de corrupción política, entre otros (CIS, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017) (Figura 14).

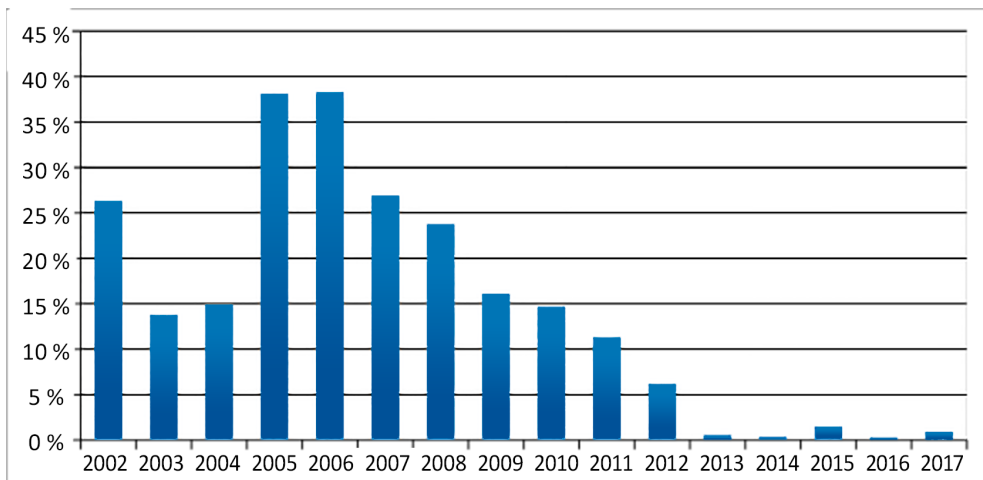


Figura 14. Porcentaje de preocupación de los españoles al considerar la inmigración como un problema del país. Fuente: Elaboración propia.

Según las encuestas del CIS, las actitudes positivas de los españoles hacia la inmigración, desde el año 2008 hasta el 2014, han ido decreciendo aunque han estado por encima de las percepciones negativas (Segura-Robles, 2017). En 2015 la percepción positiva se ve más favorecida y de los años 2016 y 2017 no se disponen datos (Figura 15).

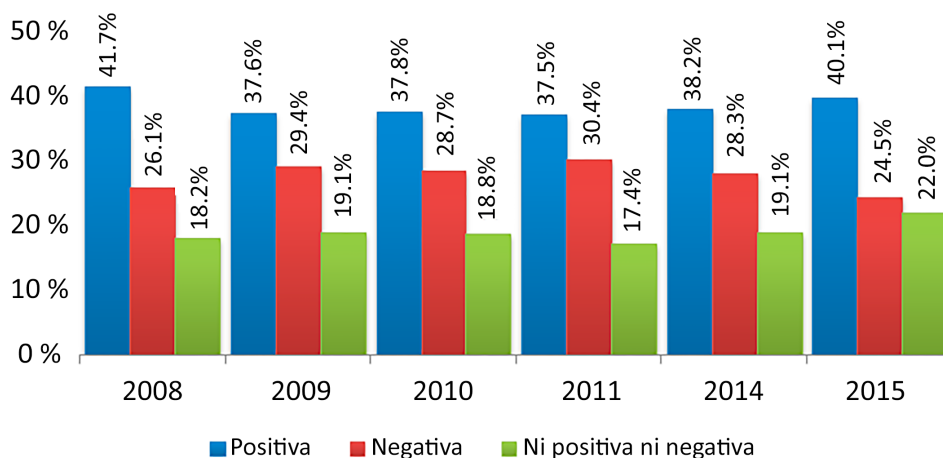


Figura 15. Percepción sobre la inmigración en España según los barómetros del CIS. Fuente: Segura-Robles, 2017.

1.1. Sentimiento antinmigrante

Existen diversas teorías que intentan explicar cuáles son las variables que definen el sentimiento antinmigrante. Una de ellas es el sentimiento de amenaza y competencia por los recursos limitados. Esta competencia provoca actitudes negativas hacia el exogrupo, ya que los autóctonos sienten que deben compartir los recursos, además de ver amenazada su identidad colectiva. Estos sentimientos pueden ser argumentados como que los inmigrantes reciben más ayudas en detrimento de los autóctonos (Betz, 2004).

Así, a nivel individual, esta competición de recursos y amenaza se evidencia en las preocupaciones particulares como pueden ser el trabajo, la vivienda o los servicios públicos. Siendo las personas más vulnerables las que presentan actitudes más negativas y discriminatorias. Y a nivel colectivo, la discriminación hacia el grupo de inmigrantes se argumenta en la amenaza de la identidad colectiva que pone en

peligro la homogeneidad cultural e identitaria (Schiefer, Möllering, Daniel, Banish-Weisman y Boehnke, 2010).

La percepción de amenaza también se ve influenciada por las condiciones económicas que atravesase un país en un momento determinado, por lo que en una situación económica preocupante se intensifica la competencia de recursos, manifestándose más prejuicios y sentimientos discriminatorios (Ayerdi y Díaz de Rada, 2008; Pérez-Yruela y Desrues, 2007). Así lo demostraron varios autores, en la que la población española en general, la andaluza y la almeriense en particular, con alto índice de paro, pensaba que solamente se debía admitir a inmigrantes cuando no haya españoles que cubran los trabajos (Díez-Nicolás, 1998). También consideran a la inmigración como una invasión o avalancha, coincidiendo con el inicio de la crisis económica de España de 2008, en la que millones de españoles perdieron sus puestos de trabajo (Rinken y Velasco, 2010).

Otro elemento de amenaza es el tamaño de la población, tanto real como percibida, así cuantas más personas tenga el exogrupo, mayor será el sentimiento de amenaza y competencia, que se evidencia en una desigualdad étnica y discriminación (Quillian, 1995; Semyonov, Haberfeld, Cohen y Lewin-Epstein, 2000). Así, en diferentes momentos donde el número de inmigrantes en España variaba, los españoles siguen pensando que la cantidad de inmigrantes es excesiva o elevada y que solamente se debería dejar entrar a aquellos que vengan con un contrato de trabajo (Cea D'Ancona y Valles, 2015; Pérez-Yruela y Desrues, 2007).

Siguiendo estas teorías hay que destacar el trabajo realizado por Checa-Olmos y Arjona-Garrido (2013). Los autores hicieron una comparativa de la imagen que tenían los españoles hacia la inmigración en dos períodos muy diferenciados, los bienios 1997-1998 y 2006-2007, utilizando las encuestas realizadas por la empresa de Análisis Sociológicos, Económicos y Políticos. En el primer período coincide con una crisis económica y reducida tasa de inmigración y el segundo con una época de expansión económica y consolidación de inmigrantes.

Para medir el sentimiento antinmigrantes utilizaron cuatro factores: la pérdida de identidad de los españoles, la influencia del aumento del paro, la disminución de los salarios y el aumento de la delincuencia. Lo más llamativo de este estudio fue el aumento gradual del sentimiento antinmigrante en España, donde se considera

al inmigrante como el culpable del aumento del paro, de la delincuencia, bajada de salarios y enemigo de la identidad cultural de los españoles, considerando que este grupo provoca efectos muy negativos sobre la cultura española.

En cuanto al sentimiento de inseguridad económica, se produce un incremento en los períodos estudiados, así en el primero, el 45,5% de los españoles pensaban que solamente debíamos admitir a inmigrantes cuando no haya españoles para desarrollar las actividades, pasando a un 57,7% en el segundo período, siendo en este momento la tasa de desempleo mucho menor.

El aumento de la inseguridad política también ha aumentado considerablemente en los dos momentos, estando en contra los españoles de destinar dinero para la integración social de los inmigrantes y su regularización.

Por último, en referencia al contacto intergrupar, en el primer momento casi el 95% de la población no había tenido ningún contacto con un inmigrante y casi el 80% ningún tipo de contacto. En el segundo período el 20% de los españoles ya tenían amistad con algún inmigrante y el 72% no han mantenido ningún contacto.

Son numerosos los estudios realizados en nuestro país que demuestran las actitudes negativas y prejuicios hacia la inmigración que siente la población española, actitudes como: los inmigrantes quitan puestos de trabajo (Mateos y Moral, 2000); provocan un aumento de la delincuencia e inseguridad ciudadana así como se aprovechan de la ayudas sociales, con la percepción de que los inmigrantes reciben más del estado de bienestar de lo que aportan y que han influido negativamente en la sanidad pública (Barbadillo, 1997; Cea D'Ancona y Valles, 2015; CIS, 2005, Etxeberria, Murua, Arrieta, Garmendia y Etxeberria, 2013; Giménez, Lobera y Mora, 2015).

Otro aspecto que se analizan en las encuestas es el relativo a la diversidad cultural, como por ejemplo la aportación cultural de los inmigrantes u opinión sobre hasta qué punto los españoles están de acuerdo con que los inmigrantes mantengan o no sus costumbres en nuestro país. Así, en determinados estudios, la opinión de los autóctonos está dividida, las personas con estudios superiores, estudiantes y menores de 45 años consideran a la inmigración como enriquecedora de la cultura española, todo lo contrario de aquellos que no poseen estudios, con estudios primarios, amas de casa, jubilados o mayores de 45 años. En relación a la aceptación

de la multiculturalidad (que los inmigrantes mantengan su cultura sin restricciones), integracionismo (a favor que los inmigrantes mantengan los aspectos de su cultura que no entren en conflicto con los autóctonos) y asimilacionismo (que mantengan los aspectos de su cultura que no molesten), la proporción de mayor a menor aceptación es para los asimilacionistas, integracionistas y optimistas multiculturales (Pérez-Yruela y Desrues, 2007).

Años más tarde otra encuesta, realizada por una entidad privada, arrojó datos más optimistas, siendo la mayoría (86%) de los encuestados de la opinión de que los inmigrantes deben mantener su lengua y sus costumbres, mientras que el 11% cree que deben olvidar sus costumbres, aprender el idioma y aceptar las costumbres del país, sobre todo la población de mayor edad con una posición asimilacionista (Giménez et al., 2015).

Otra variable estudiada es el la distancia social, entendida esta como la falta de interacción con los inmigrantes. A lo largo de los años ha ido variando. El autor Díez-Nicolás (1998) demostró que el contacto de los españoles con los inmigrantes era muy bajo, aunque en esta época el número de estos ya era considerable, sobre todo en la provincia de Almería, donde la concentración de magrebíes y subsaharianos era muy alta. Casi una década después los españoles expresan que aceptarían relacionarse con ellos, pero dicha aceptación va disminuyendo conforme el grado de intimidad se incrementa (trabajar con inmigrante, tener jefe inmigrante, vivir en el mismo barrio, vivir en el mismo bloque, hijo se case con inmigrante) siendo los encuestados con mayor nivel de estudios los que estarían dispuesto a tener una mayor relación con los inmigrantes, y los que tienen menos estudios menor relación (Pérez-Yruela y Desrues, 2007). Estos datos se han visto más favorecidos, como lo demuestra el CIS en 2015, donde el 60% de los españoles aceptarían vivir en el mismo barrio, el 61% en el mismo bloque, casi un 50% alquilaría un piso a inmigrantes, el 81% trabajaría/ estudiaría con inmigrantes y el 65% aceptaría que su hijo se case con una persona inmigrante.

1.2. Más rechazo al colectivo de marroquíes

Una de las características que poseen los inmigrantes es la enorme desventaja que tienen en cuanto a oportunidades de vida con respecto a los ciudadanos

autóctonos, que desgraciadamente va a ocasionar una discriminación social. Suelen tener carencias en formación y educación que agravan las oportunidades laborales, obligándolos a trabajar muchas veces de manera precaria e irregular. Esta situación de desventaja puede persistir en el tiempo y se puede agravar dependiendo de la nacionalidad o de las diferencias culturales de los inmigrantes, lo que supondrá una barrera para la integración de estas personas en los países de acogida (Cebolla y Requena, 2010).

La procedencia de los inmigrantes va a influir en la mayor o menor integración de estos en el país de acogida, así los inmigrantes procedentes de países musulmanes tienen menos éxito social y económico que otros inmigrantes (Pérez Díaz, Álvarez-Miranda y Chuliá, 2004). Said (2002) explica que este poco éxito social de los inmigrantes de religión musulmana se debe a los retrógrados hábitos y las tradiciones tan diferentes de la cultura occidental como por ejemplo la falta de interés que tienen los padres por la educación y la escolarización de sus hijos, responsables de los resultados educativos tan negativos, y la enorme diferencia de género en detrimento de la mujer.

Si nos centramos en las nacionalidades, son numerosos los trabajos que demuestran que los inmigrantes procedentes de Marruecos son los peores valorados y los inmigrantes que menos se integran en los países de acogida, como han podido demostrar Cebolla y Requena (2010) en un estudio comparativo de la integración de los inmigrantes en Francia, Holanda y España, siendo los marroquíes los que más tasa de desempleo tienen, se casan menos fuera de su círculo étnico y se encuentran más segregados en cuanto a lugar de residencia que el resto de los colectivos de inmigrantes. Los españoles consideran a este colectivo como los más diferentes ya que tienen una cultura, creencias y hábitos muy distintos a los autóctonos, sobre todo rechazan la religiosidad intensa que se atribuye a los musulmanes e incluso los consideran que son el colectivo que menos se integran en nuestra sociedad producida por las diferencias culturales, religiosas e ideológicas. Rechazan la subordinación y la falta de libertad de las mujeres en su cultura, la vestimenta que les obligan a llevar... hechos que molesta y ofende a los españoles (Alonso y Furio, 2007; Cea D'Ancona, 2002; CIS, 2015; González, 1998; Igartua, Muñiz, Otero, Cheng y Gómez-Isla, 2008; León-del Barco, Mira y Gómez, 2007; Molero, Navas y Morales, 2001;

Molero, Cuadrado y Navas, 2003; Navas, Cuadrado, Molero y Alemán, 2000; Navas y Cuadrado, 2003; Pérez-Yruela y Desrues, 2007; Ramos de Oliveira, Techio, Páez y Herranz, 2005; Valencia, Gil de Montes y Elejabarrieta, 2004).

1.3. Nuevas formas de racismo

En la actualidad no está bien visto el rechazo social o expresiones agresivas de prejuicio racial, pero esto no indica que no existan, sino que se transforman en posturas más sutiles o encubiertas de racismo. El odio, rechazo o antipatía hacia otros grupos diferentes se manifiestan en incomodidad hacia ellos. (Frías-Navarro, Monterde-i-Bort y Peris-García, 2009).

Los autores Rueda y Navas (1996) adaptaron las escalas de prejuicio sutil y manifiesto de Pettigrew y Meertens (1995) al entorno de España, por lo que hicieron un estudio para medir las expresiones prejuiciosas que no se exteriorizan de forma manifiesta en nuestro contexto social. Los tres exogrupos elegidos son los gitanos, magrebíes y negros africanos.

La muestra elegida fueron estudiantes de bachillerato y de universidad, con edades entre 15 y 35 años, de las provincias de Almería y Granada, donde la representación de los tres exogrupos es muy representativa.

El cuestionario elaborado está formado por tres bloques; el primero dedicado a información de carácter general de la muestra; el segundo compuesto por 20 ítems de las escalas de Pettigrew y Meertens, 10 cuestiones sobre prejuicio manifiesto y 10 de prejuicio sutil; y el tercer bloque está formado por una serie de sentimientos-emociones, tanto positivos como negativos hacia los exogrupos propuestos (odio, atracción, hostilidad, miedo, envidia, simpatía, incomodidad...).

De los resultado obtenidos, los sujetos presentan más puntuaciones en la escala de prejuicio sutil que en la de manifiesto, con lo que demostraron las nuevas formas del prejuicio, siendo el exogrupo peor valorado el de los gitanos seguido por el colectivo de los magrebíes, expresando sentimientos propios del prejuicio sutil como incomodidad e inseguridad, así como declaraciones favorables: “deportar a los inmigrantes que han cometido delitos o no que no tengan papeles” o “vigilar policialmente a los gitanos para evitar problemas de delincuencia y drogas”. En la

escala de sentimientos-emociones, han demostrado los autores las características del nuevo prejuicio sutil, en el que los sujetos sutiles evitan manifestar sentimientos abiertamente hostiles como odio, miedo, asco, etc, sino en sentimientos de incomodidad e inseguridad.

En el estudio realizado por la autora Navas (1998), en el que utilizó otro cuestionario para medir los nuevos prejuicios a una muestra de universitarios de Almería, demostró que estos estudiantes tenían niveles relativamente bajos o moderados de prejuicio hacia los inmigrantes magrebíes. En la escala de emociones se puede diferenciar los siguientes resultados: en las emociones negativas tradicionales (odio, hostilidad, rabia, asco) las puntuaciones han sido bajas. En las emociones negativas no tradicionales (indiferencia, desconfianza, inseguridad, miedo) las medias han sido más elevadas, lo que demuestra el cambio en las manifestaciones del prejuicio, siendo más sutiles.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Gómez y Huici (1999) en otra muestra de estudiantes de bachillerato de Madrid, demostrando un nivel más alto de prejuicio sutil, siendo el colectivo peor valorado el de gitanos seguido de magrebíes.

Unos años más tarde, los autores García, Navas, Cuadrado y Molero (2003) realizaron otro trabajo para conocer los nuevos prejuicios y manifestaciones de sentimientos negativos sutiles hacia dos colectivos de inmigrantes: subsaharianos y marroquíes, con una muestra de adolescentes de la provincia de Almería. Los resultados señalan que los adolescentes muestran niveles de racismo moderado hacia los dos colectivos de inmigrantes, siendo los chicos más prejuiciosos que las chicas y los alumnos de cursos más avanzados los que menos prejuicios presentan.

En cuanto a la escala de emociones, las negativas tradicionales se experimentan con menor intensidad (odio, hostilidad, rabia y asco) que las negativas sutiles (miedo, incomodidad, inseguridad, desconfianza e indiferencia) en los dos colectivos estudiados, sintiendo por el colectivo de subsaharianos más emociones paternalistas (lástima y compasión) que por los marroquíes.

Las autoras Navas y Cuadrado (2003), demostraron mediante su estudio la intensidad de las emociones de una muestra hacia diferentes colectivos de inmigrantes. Las de mayor intensidad evocadas hacia el colectivo de marroquíes

fueron: respeto, desconfianza e inseguridad; y hacia el colectivo de subsaharianos: respeto, lástima y compasión. El grupo peor valorado fue el de los marroquíes y el mejor los subsaharianos.

En el estudio realizado en Murcia para conocer las emociones que sienten una muestra de adolescentes hacia los cuatro colectivos más numerosos en la región (magrebíes, subsaharianos, europeos del este y sudamericanos), el colectivo peor valorado fue en de los magrebíes, teniendo la puntuación media más elevada en la escala de emociones (Ramírez-de la Fe y Rodríguez-González, 2005).

También se realizó otra investigación en la provincia de Almería con adultos, no solamente para conocer si existen prejuicios o no hacia los inmigrantes marroquíes y subsaharianos, sino también para conocer cómo influyen los prejuicios en el proceso de aculturación de los inmigrantes. Pudieron demostrar que la población estudiada siente prejuicios sutiles hacia los inmigrantes y el deseo de los autóctonos de excluir o segregar a ambos colectivos (Navas, García, Rojas, Pumares y Cuadrado, 2006).

En otra región española con alta presencia de inmigración, se hizo un estudio para conocer la actitud de una muestra de adolescentes murcianos hacia la inmigración. Los datos demostraron que los adolescentes poseen una visión estereotipada hacia este colectivo al igual que la población general española. En las emociones que despiertan a los estudiantes el colectivo de inmigrantes, en general son positivas, pero se demuestra la forma encubierta de manifestar las emociones, siendo más sutiles, con ausencia de emociones positivas y con bajas emociones negativas tradicionalmente manifiestas. En cuanto al distanciamiento social con el colectivo de inmigrantes, han demostrado que existe una relación favorable con inmigrantes cuando hay una interacción con ellos (conocer a inmigrantes, compartir actividades...) (Ramírez-de la Fe y Rodríguez-González, 2006).

Los autores Espelt, Javaloy y Cornejo (2006) realizaron un estudio para medir el prejuicio sutil y manifiesto de universitarios de Barcelona, demostrando que los alumnos tienden a expresarse más de manera sutil que manifiesta. Aunque demostraron en su trabajo la poca consistencia de la escala de prejuicio sutil y manifiesto de Pettigrew y Meertens, considerando que existe una controversia sobre la validez de la tipología de prejuicio propuesta por dichos autores.

En un estudio realizado a futuros maestros en Extremadura, los autores demostraron que los universitarios que no conocían a ningún colectivo de inmigrantes mantenían actitudes más negativas. El colectivo de inmigrantes peor valorado fue el de los magrebíes (León-del Barco et al., 2007)

El trabajo realizado por Los autores Frías-Navarro et al. (2009), utilizaron la escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto de Pettigrew y Meertens (1995) y también lo demostraron en una muestra de universitarios de psicología, en el que se ha modificado la forma de expresar los prejuicios hacia la inmigración, siendo más sutil que manifiesta.

En un estudio realizado en Granada a estudiantes de Psicología, demostraron las autoras, la transformación del prejuicio tradicional por otro más sutil, por lo que los estudiantes prefieren expresar sus creencias e ideas acerca de los colectivos de inmigrantes de manera más suavizada para que no se haga evidente su posición racista (Guardia y Nacarí, 2013).

Los autores Segura-Robles, Gallardo-Vigil y Alemany-Arrebola (2017) han realizado un estudio para comparar los prejuicios de los universitarios de Melilla (ciudad multicultural y con alta presión migratoria) y Huelva (provincia de Andalucía y sin presión migratoria actual) hacia inmigrantes irregulares, dos ciudades transfronterizas con Marruecos y Portugal respectivamente. Los estudiantes pertenecen a Facultades de Educación de ambas ciudades. Los instrumentos utilizados son la Escala de prejuicio sutil y manifiesto de Pettigrew y Meertens (1995) adaptada por Rueda y Navas (1996) y listado de adjetivos positivos y negativos sobre emociones que despierta la persona inmigrante en situación irregular (Gómez y Huici, 1999). Los resultados de la escala sutil y manifiesta evidencia que los estudiantes melillenses muestran un mayor nivel de prejuicios, tanto sutiles como manifiestos hacia los inmigrantes irregulares. En cuanto a los sentimientos, los estudiantes melillenses puntúan de manera superior en incomodidad, inseguridad, asco y hostilidad, y en los estudiantes onubenses la atracción. En relación a la variable si han tenido o no contacto con personas inmigrantes, se encontró que los melillenses que no tienen contacto son los que puntúan más alto en prejuicio sutil y los estudiantes onubenses en ambas prejuicios, sutil y manifiesto.

2. ESTUDIOS SOBRE SENTIMIENTOS ANTINMIGRANTES EN OTROS PAÍSES OCCIDENTALES

La llegada de numerosos inmigrantes también es una preocupación en otros países occidentales. Hainmueller y Hiscox (2007) analizan la Encuesta Social Europea del año 2003 sobre los sentimientos antinmigrantes de los europeos, sobre todo de aquellas personas con un nivel de educación bajo o baja cualificación que perciben a los inmigrantes como competidores de puestos de trabajo. Se realizó en 22 países europeos: Austria, Francia, Noruega, Suecia, Finlandia, Gran Bretaña, Bélgica, Irlanda, Holanda, Dinamarca, Alemania, Italia, Luxemburgo, Suiza, Grecia, España, Portugal, Israel, República Checa, Hungría, Polonia y Eslovenia.

Los resultados demostraron que el país donde tienen menos sentimientos antinmigrantes es Suecia y Hungría donde más. En Austria no están a favor de la inmigración y en Dinamarca hacen una gran diferencia de la procedencia de los inmigrantes, prefiriendo a inmigrantes procedentes de países ricos por encima de los de países pobres. Los países que prefieren a inmigrantes procedentes de países pobres han sido todos los encuestados menos Suecia, Países Bajos, Noruega y Suiza.

También hay que destacar que el peor colectivo valorado por los europeos es de los procedentes de países musulmanes, refieren tener poco contacto con este grupo y los estereotipos más utilizados son: violentos, hostiles y arrogantes, lo que pone de relieve los sentimientos negativos hacia ellos (Velasco, Verkuyten, Weesie y Poppe, 2008).

Otra característica importante que debemos resaltar es que se ha producido una diferenciación entre el sentimiento antinmigrante y el sentimiento antimusulmanes, tal y como lo demostraron Spruyt y Elchardus (2012) en una muestra de universitarios de Bélgica. Los resultados que extraen es que la población estudiada piensa que los musulmanes tienen demasiados privilegios por parte de las autoridades y servicios sociales, que no deberían haberlos dejado entrar en el país y si queremos una sociedad pacífica no deberían dejar entrar más, también piensan que los musulmanes son menos discriminados que los inmigrantes en general y sería más agradable que vivieran en países musulmanes. Igualmente consideran que los musulmanes favorecen la desigualdad en las relaciones de género y que reprimen a

las mujeres, son desleales a los países de acogida, son pretenciosos y dominadores, usan de manera indebida los servicios sociales, consideran que se hacen las víctimas e interpretan cualquier crítica hacia ellos como una expresión de racismo y tienen un modelo de vida incompatible con la Europa occidental.

Este sentimiento antimusulmán se puede observar en la población británica, relacionando a la población musulmana con la inseguridad ciudadana y amenazas culturales, es decir, la idea de que este grupo posee diferentes valores que los occidentales, diferente forma de vida, su religión y el temor a la pérdida de su identidad nacional y la degradación de la comunidad nacional (Hellwig y Sinno, 2016).

3. ESTUDIOS SOBRE LA VISIÓN DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA HACIA LA INMIGRACIÓN

El interés por conocer la actitud hacia los inmigrantes por parte de los profesionales y estudiantes de enfermería ha ido creciendo lentamente en los últimos años. Es necesario resaltar la escala de medición de la actitud ante la inmigración para enfermería (EAIE) que realizaron los enfermeros Monserrat Antonín y Joaquín Tomás (2004). Esta escala está formada por 39 ítems con respuestas tipo Likert, en la que se presentan enunciados que indican actitudes positivas y negativas hacia la inmigración. Dicho instrumento se usó en estudiantes de enfermería, no solamente para conocer sus actitudes hacia la inmigración sino para actuar desde la docencia y ayudarlos a gestionar sus actitudes hacia los pacientes inmigrantes.

La imagen que tiene una sociedad hacia un colectivo determinado se ve reflejada en los estudiantes de enfermería, así lo demostraron Roca y Vega (2007) en su estudio a estudiantes de una Escuela de Barcelona. Los estudiantes tienen una imagen negativa de los inmigrantes, el 77% consideran que la inmigración es un problema social y el 75% piensan que los inmigrantes no se esfuerzan en adaptarse a la sociedad del país de acogida. Aunque en contraste con estas ideas, la mayoría piensan que la diversidad cultural es un elemento enriquecedor, no considerando al “otro” como extraño ni inferior.

Igualmente es importante conocer qué piensan los estudiantes en referencia a los derechos que debe tener cualquier ciudadano, inmigrante o no, legal o ilegal. La

autora García- Navarro (2015) demostró en una muestra de estudiantes de Huelva que estos consideran que los inmigrantes que se encuentren en situación ilegal no deberían tener derecho a recibir asistencia sanitaria o educación. También piensan que los inmigrantes usan más los servicios sanitarios que los autóctonos. Es importante resaltar el pensamiento de que es necesario realizar cuidados transculturales en la atención a los inmigrantes, priorizando acciones como la empatía, siendo los estudiantes de cursos más avanzados más integradores que los de primer año. En cuanto a la nacionalidad de los inmigrantes, dicen que los procedentes de Marruecos son los que menos se integran.

Hay que señalar que la ciudad de Huelva se encuentra también ubicada, como Melilla, en un entorno trasfronterizo con Portugal, aunque este país está en un contexto cultural, social y político muy similar al de España. La muestra del estudio considera a las personas procedentes de otros países de Europa como extranjeros, mientras que a las procedentes de Marruecos o Latinoamérica los califican de inmigrantes, siendo percibidos como una amenaza.

En la misma línea se realizó otra investigación en estudiantes de la Universidad de Córdoba por Grueso y Arroyo (2016) destacando los prejuicios y estereotipos hacia el colectivo de los inmigrantes, aunque fueron los estudiantes con más actitudes negativas los de tercer y cuarto curso, las mujeres poseen mejor actitud que los hombres y el peor colectivo valorado por ellos fue el de los rumanos. Aun así resaltan la importancia del estudio de la diversidad cultural para el cuidado de los pacientes inmigrantes.

En Melilla, la autora Sánchez-Ojeda (2016) realizó el primer estudio en la Ciudad Autónoma de Melilla con los alumnos de la Facultad de Enfermería y, no solo para conocer la actitud hacia la población inmigrante en general, sino también hacia la marroquí, siendo el principal colectivo de inmigrantes de la ciudad, debido a la cercanía del país vecino. Es conveniente señalar la convivencia de diferentes culturas en esta ciudad como los de procedencia europea, bereber, judíos e hindúes, entre otras. Los alumnos bereberes presentan mejor actitud hacia la inmigración que el resto de alumnos, sobre todo hacia el colectivo de marroquíes, que fue el peor valorado por casi toda la muestra excepto los alumnos bereberes, ya que comparten

la misma cultura. Los alumnos de primer curso son los que poseen actitudes más negativas y los de cuarto tienen más actitudes positivas hacia la inmigración en general y hacia los marroquíes en particular.

Igualmente se ha hecho otro trabajo en Melilla para conocer la existencia de las nuevas formas de prejuicio, por lo que los autores Segura-Robles, Alemany-Arrebola y Gallardo-Vigil (2016) analizan si existen prejuicios hacia los inmigrantes que cruzan la frontera de la ciudad en situación irregular en la población universitaria del campus de Melilla. Los participantes han sido estudiantes de la Facultad de Humanidades (Grados en Educación Social, Educación Infantil y Educación Primaria) y la Facultad de Enfermería. La cultura de los alumnos son: 125 de procedencia europea, 71 de procedencia bereber y 6 de otras. Utilizaron la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto de Pettigrew y Meertens (1995) adaptada por Rueda y Navas (1996) y un listado de adjetivos positivos y negativos sobre emociones que despierta el inmigrante en situación irregular (Gómez y Huici, 1999) como atracción, simpatía, pena, odio, hostilidad, inseguridad, miedo envidia, incomodidad y asco).

Los resultados evidencian que el 60% de los sujetos son igualitarios, el 11,7% sutiles y el 12,7% fanáticos. En la primera escala solamente encontraron significación en el prejuicio sutil, siendo los de origen europeo los que muestran mayores actitudes prejuiciosas, y los de origen bereber los que menos. Al analizar la muestra por la titulación los estudiantes del Grado en Educación Social son los que menos actitudes prejuiciosas presentan, tanto sutiles como manifiestas, frente al resto de estudiantes de otras titulaciones. En cuanto a los sentimientos, los que más puntuación tuvieron fueron el de pena y simpatía, incluso los del grupo fanático. En los grupos sutil e igualitario el más utilizado fue el de inseguridad.

4. ESTUDIOS SOBRE LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA HACIA LA INMIGRACIÓN

El aumento del número de inmigrantes se observa también en el ámbito sanitario, siendo una de las principales preocupaciones analizar y evaluar como incide esta situación en el personal sanitario y en sus actitudes ante esta nueva realidad social (Sánchez-Ojeda, 2016).

No solo importa si enfermería presenta una actitud positiva o negativa hacia la inmigración, sino también es necesario conocer sus pensamientos acerca de derechos fundamentales de cualquier ciudadano, autóctono o inmigrante, como la sanidad, educación, ayudas sociales, etc.

Hay que resaltar los estudios que se han realizado para conocer la actitud de los profesionales de enfermería hacia el colectivo de inmigrantes en general y hacia los marroquíes en particular ya que es el colectivo más numeroso en la provincia de Almería, siendo esta una de las provincias españolas que más inmigrantes ha recibido por ser una de las puertas de entrada del país hacia el continente europeo.

En la investigación llevada a cabo por Plaza del Pino, Martínez, Rodríguez y Plaza del Pino (2007a), pretenden conocer la actitud del personal de enfermería de un hospital de Almería hacia la inmigración en general y hacia los marroquíes en particular. Utilizaron la EAIE de Antonín y Tomás-Sábado (2004) que se divide en diferentes dimensiones, aunque modificaron algunos ítems para medir la actitud hacia el colectivo de los marroquíes.

La muestra estuvo formada por auxiliares de enfermería y enfermeras, presentando las primeras más actitudes negativas. El grupo de marroquíes fue el peor valorado; consideran que no hacen nada por integrarse en nuestra sociedad, son poco cuidadosos con su higiene personal y temen por su seguridad cuando ven a un grupo de marroquíes.

En otro trabajo, Plaza del Pino (2012) pretende conocer cuáles son los prejuicios de las enfermeras de los tres hospitales públicos de Almería hacia los inmigrantes marroquíes. La muestra opina que los españoles nos aprovechamos de los inmigrantes para que realicen aquellos más precarios. Valora de forma positiva el aumento de la natalidad debido a la inmigración. En cuanto a la diversidad cultural, más de la mitad opinan que las minorías étnicas constituyen una fuente de conflictividad, el 83% consideran que los inmigrantes que delinquen deben ser expulsados del país y que debido a la inmigración la delincuencia ha aumentado. De los distintos colectivos valorados, los marroquíes son los que más antipatía despierta y piensan que son poco cuidadosos con su higiene.

A través de un estudio cualitativo, Plaza del Pino (2017) demostró que las enfermeras de Almería tienen una falta de conocimiento del islam, religión que profesan la gran mayoría de los marroquíes, así como prejuicios y estereotipos arraigados en la cultura occidental hacia los pacientes musulmanes como el sexismo y la falta de higiene personal. Hay que destacar un aspecto positivo de las enfermeras y es que están dispuestas a aprender sobre la cultura musulmana y consideran que necesario tener una mayor comprensión y respeto cultural para mejorar la asistencia sanitaria.

En Melilla, los autores Sánchez-Ojeda, Alemany-Arrebola y Gallardo-Vigil (2017) realizaron un estudio similar para conocer las actitudes de las enfermeras en el único hospital de la ciudad. Las variables del estudio fueron la cultura, el sexo, el servicio donde trabajan las enfermeras y los años de experiencia. En relación al sexo de los participantes, los hombres presentan mejor actitud hacia la inmigración que las mujeres, siendo las enfermeras del servicio de paritorio las que mejor actitudes tienen. En cuanto a las cuestiones preguntadas por la diversidad cultural producida por el aumento de la inmigración, son las enfermeras más jóvenes y con menos años de experiencia las más integradoras.

Aunque afirman que la convivencia de diversas culturas favorece el conocimiento y el mutuo respeto, no creen que se deba dedicar más recursos a la integración de los inmigrantes. También están a favor de que la diversidad étnica enriquece la cultura de un país, aun así, piensan que las creencias y costumbres de los inmigrantes se impondrán a las nuestras, considerándolos una amenaza social y cultural.

Se encuentran actitudes negativas y estereotipos hacia el colectivo de pacientes marroquíes, considerando que estos son poco cuidadosos con su higiene personal y son fuente de conflictividad social, siendo el colectivo peor valorado.

En cuanto a los cuidados culturales en el hospital, están a favor de facilitar y respetar las costumbres de los inmigrantes. Los consideran ciudadanos con los mismos derechos y obligaciones que los autóctonos a la vez de que piensan que reciben más ayudas sociales que los españoles, que se dedican demasiados recursos a su atención, además de considerar que son los responsables del colapso sanitario.

Al igual que en la población general, se empiezan a realizar estudios para conocer las nuevas formas de prejuicios de enfermería, en este caso de los alumnos de enfermería, medicina y alumnos de educación secundaria y bachillerato de la región de Murcia. Sánchez-Ortuño, Campillo-Cascales, Illán-Franco, Llor-Zaragoza y Ruiz-Hernandez (2005) utilizaron la escala de prejuicio sutil y manifiesto de Pettigrew y Meertens (1995) modificada por Rueda y Navas (1996) y una escala de emociones y sentimientos hacia el colectivo magrebí. Los niveles de prejuicios encontrados en la escala manifiesta han sido bajos mientras que en la escala sutil son altos, siendo los estudiantes más jóvenes más prejuiciosos que los universitarios.

Cuando relacionan el tipo de racismo con la expresiones de emociones/sentimientos hacia los inmigrantes magrebíes, los sujetos sutiles muestran emociones más positivas hacia este colectivo (pena, atracción y simpatía) que los sujetos fanáticos. Las expresiones más utilizadas por los sujetos fanáticos son odio y asco. Y en el caso de los sujetos sutiles, los más empleados han sido incomodidad, inseguridad y miedo.

5. ESTUDIOS SOBRE LOS CAMBIOS DE ACTITUD TRAS RECIBIR FORMACIÓN EN TRANSCULTURALIDAD

Mediante la impartición de la asignatura de Transculturalidad, u otra subdisciplina de enfermería donde sea relevante la importancia de los cuidados culturales a pacientes diversos, se pretende que los estudiantes de enfermería tomen conciencia sobre sus propias actitudes, adquieran competencias en diversidad cultural, conocimiento de culturas y capacidad para una comunicación efectiva con todos los pacientes (ANECA, 2005) y sobre todo que los prejuicios y estereotipos hacia determinados colectivos disminuyan o desaparezcan, ya que el desconocimiento cultural puede provocar determinados conflictos que hagan que los cuidados tengan mayor dificultad (El Bouchaibi, 2012).

En España se han realizado pocos trabajos para demostrar la efectividad de esta asignatura en el cambio de actitudes de los estudiantes de enfermería hacia la inmigración.

Así por ejemplo el realizado en una facultad de Barcelona en la que se pretende conocer si se modifica la actitud de los alumnos hacia la inmigración finalizada la

asignatura Enfermería y multiculturalidad, optativa que se imparte en el último año. Se pasó el cuestionario EAIE (Antonín y Tomás-Sábado, 2004) antes y después de realizar la asignatura. Los ítems que han tenido un cambio positivo una vez finalizada la asignatura son: “la llegada de inmigrantes ha favorecido el aumento de la delincuencia”, “la diversidad de culturas conlleva cierta pérdida de nuestros valores”, “los inmigrantes tienen la obligación de adaptarse a las costumbres de nuestro país”; que son prejuicios y estereotipos comunes en la sociedad española. Los autores demostraron que la asignatura había contribuido positivamente en el cambio de actitud de los alumnos, aunque hay que tener en cuenta que se impartía en el último año por lo que también había influido la docencia de los profesores hacia la equidad de los cuidados (Rifà-Ros, Costa-Tutusaus y Espinosa-Fresnedo, 2013).

En el estudio realizado a una muestra de 259 de estudiantes de enfermería en la Ciudad Autónoma de Melilla se pasó el cuestionario EAIE (Antonín y Tomás-Sábado, 2004) a los alumnos de los cuatro cursos al comienzo del segundo cuatrimestre, antes de iniciar la asignatura Transculturalidad, Género y Salud. Se demostró que los alumnos más prejuiciosos hacia la inmigración fueron los de primer curso, modificándose esta actitud de manera positiva a partir del segundo curso y siendo los de cuarto curso, que llevan un año realizando prácticas clínicas, los que presentan mejor actitud hacia la inmigración en general y hacia el paciente marroquí en particular. Pudiéndose demostrar que tras recibir formación cultural y al entrar en contacto con los pacientes inciden de manera positiva y mejoran las actitudes de los estudiantes (Sánchez-Ojeda, 2016).

A partir del desarrollo de la enfermería transcultural, por Madeleine Leininger, otros autores han llevado a cabo sus modelos de cuidados culturales centrados en la adquisición de la competencia cultural, proceso en el que enfermería debe esforzarse continuamente para ser capaz y estar disponible para trabajar de manera efectiva en el contexto cultural de una persona, familia o comunidad (Campinha-Bacote, 2002).

En nuestro país son varios los trabajos que versan sobre la importancia que tiene la formación en competencia cultural pero no sobre la evaluación de los estudiantes sobre si se adquiere o no dicha competencia cultural (Gentil García, 2010; Lillo-Crespo y Casabona Martínez, 2006)

Se han encontrado diversos artículos en otros países, de los que se mostrará unos ejemplos, que versan sobre la medición de las actitudes de los alumnos de enfermería así como si adquirirían competencias culturales tras recibir formación.

Así, Allen (2010) realizó una revisión bibliográfica de trabajos realizados en países occidentales de Europa, Canadá, Estados Unidos y Australia para conocer si se modifican las actitudes prejuiciosas de los alumnos de enfermería tras recibir formación en cuidados transculturales. Demostró la eficacia de recibir formación en enfermería transcultural ya que los alumnos fueron desarrollando el proceso de competencia cultural, modificando sus actitudes y aumentaron la creencia en lo que se refiere a la aceptación de diferentes culturas así como el reconocimiento de su etnocentrismo. Aunque también hubo alumnos que manifestaron prejuicios sutiles hacia colectivos minoritarios e inmigrantes, lo que puede demostrar que formarse en transculturalidad solamente no es suficiente para combatir creencias discriminatorias o racistas entre los estudiantes de enfermería.

En un estudio realizado en Estados Unidos pretendían conocer la eficacia de un programa de intervención para la adquisición de competencia cultural en los alumnos de una facultad de Enfermería. Se llevó a cabo una metodología mixta, en la que un grupo de alumnos cumplieron un cuestionario para averiguar sus conocimientos culturales, comunicación, actitudes y habilidades. Por otro lado, hicieron entrevistas a tres grupos de alumnos que previamente fueron inscritos en un curso específico sobre diferentes culturas del país y debían realizar prácticas con estos colectivos, y además entrevistaron a los profesores de la facultad. Los resultados de las encuestas evidenciaron que existía un déficit curricular en los conocimientos básicos para adquirir competencia cultural y los alumnos reconocieron que no se sentían seguros en las habilidades conseguidas. Manifestaron la necesidad de incorporar en los planes de estudios los diferentes modelos teóricos que versan sobre la competencia cultural. La intervención realizada a los grupos focales consistió en la participación de varios profesores especialistas sobre la atención a pacientes hispanos, profesores de otras universidades y estudiantes de doctorado para ofrecer diversas actividades como talleres para la adquisición de competencia cultural, investigaciones actuales sobre las poblaciones de riesgo así como historias de vida de personas de diferentes

colectivos. De los resultados hallados, tanto alumnos como profesores expresaron la limitación del tiempo para abordar la temática cultural y recomendaron la necesidad de dedicar más tiempo, realizar más seminarios e invitar a más expertos en la materia y personas de otras culturas. Aunque se demostró que la intervención aumentó los conocimientos de los alumnos, es necesario reforzar los programas de formación en transculturalidad, así como la formación del profesorado encargado de la docencia (Shattell et al., 2013).

También se podría poner como ejemplo otro estudio realizado en Israel, que a pesar de ser un país pequeño, cuenta con una población multicultural compuesta en su gran mayoría por personas hebreas, musulmanas y cristianas procedentes de numerosos países. Los autores pretenden evaluar la efectividad de una intervención educativa para mejorar la competencia cultural de estudiantes de primer curso de tres Escuelas de Enfermería. Los participantes se dividieron en dos; un grupo control y un grupo de intervención. Antes de comenzar la intervención se pasó un cuestionario para conocer la competencia cultural que tenían los alumnos. El grupo intervención recibió formación específica sobre cuestiones culturales, modelos transculturales y debían preparar y exponer una presentación sobre un grupo cultural que formara parte de su país, teniendo en cuenta la estructura familiar, el impacto de la enfermedad en su vida, la relación con el paciente y prácticas culturales para hacer frente a la enfermedad. Con posterioridad se volvió a pasar el cuestionario para evaluar los cambios. Los resultados demostraron que las competencias culturales del grupo de intervención mejoraron con respecto al grupo control. Por lo que los autores proponen que diferentes intervenciones para adquirir competencia cultural sean impartidas en todos los cursos de Enfermería (Noble, Nuszen, Rom y Noble, 2014).

Otro realizado en Hawai, donde se pretendía evaluar el grado de conocimiento adquirido de unos estudiantes de enfermería sobre competencia cultural, tras haber recibido formación en enfermería transcultural a lo largo del periodo de enseñanza.

Se usó un cuestionario en el que se medía las actitudes, preparación y habilidades hacia la atención intercultural así como la cantidad de formación sobre aspectos transculturales recibida durante su periodo de formación.

Los resultados del estudio demostraron que los estudiantes se sentían capaces de proporcionar cuidados culturalmente competentes tras haber recibido formación en transculturalidad. Aunque hay que añadir que muchos realizaron cursos adicionales ya que eran conscientes de que no estaban preparados para atender a pacientes de culturas diversas. Los alumnos reconocieron que aprendieron mucho más cuando realizaron sus prácticas clínicas y cuidaron a pacientes de diferentes culturas (Flood y Commendador, 2005).



CAPÍTULO 6.

ESTUDIO EMPÍRICO

INTRODUCCIÓN

El principal objetivo de la investigación es encontrar respuestas a las preguntas científicas a través de un enfoque sistemático y riguroso, es decir, se investiga para buscar conocimiento y utilizarlo para desarrollar nuevos enfoques o aplicaciones (Dellis, Skolarikos y Papatsoris, 2014).

La investigación llevada a cabo surge cuando la autora de este trabajo realizó las prácticas de enfermería en el hospital. La Ciudad Autónoma de Melilla solamente cuenta con un único hospital cuyas dimensiones y necesidades están diseñadas para atender a la población que está empadronada en la ciudad. Pero la realidad es bien distinta, ya que por la cercanía del país vecino de Marruecos, se atiende a numerosos marroquíes. Estos entran en la ciudad para hacer uso de los servicios sanitarios melillenses, ya que en su país no disponen de una adecuada atención sanitaria. Durante la estancia en el hospital se pudo presenciar como muchos sanitarios expresaban que estaban hartos de atender a marroquíes, pensaban que ocupaban nuestras camas sin pagar nada por su estancia, demostrando prejuicios y estereotipos hacia estos pacientes, como por ejemplo que por su culpa el hospital está saturado, que colapsan la sanidad, se aprovechan de nuestros recursos, no se adaptan a nuestras costumbres, etc.

Por todo esto es interesante conocer cuál es la actitud que tienen los estudiantes de enfermería hacia la población inmigrante en general y en particular hacia los pacientes marroquíes ya que en un futuro serán los próximos enfermeros que cuidarán de cualquier paciente.

Pero no solamente se ha creído conveniente conocer las actitudes de los futuros enfermeros que estudian en la Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla, sino también compararlas con los estudiantes de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de Granada y de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, que comparte situación geográfica, al ser ciudad fronteriza también con Marruecos así como ser un enclave multicultural, igual que Melilla, en los que conviven fundamentalmente cuatro culturas: cristiana, bereber o musulmana, hindú y hebrea. Aunque no se puede olvidar a la comunidad romaní y al colectivo de asiáticos que cada vez es mayor, especialmente los venidos de China.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha estudiado en profundidad las actitudes de la población general hacia la inmigración, si existen o no prejuicios y estereotipos hacia determinados colectivos de inmigrantes. Vivimos en una sociedad que ha sufrido una transformación en cuanto a diversidad de culturas; en un mismo lugar conviven personas pertenecientes a culturas distintas y esta diversidad también ha llegado a los centros sanitarios, donde cada vez son más los pacientes de otras partes del mundo con una cultura muy distinta a las autóctonas (Tarrés, 2001).

El hecho de cuidar a un paciente puede llegar a fracasar si no se tienen en cuenta todos los aspectos de la persona y por ende su cultura, valores y creencias (El Bouchaibi, 2012; Leininger, 1991). El personal de Enfermería tiene que estar preparado para poder atender a cualquier persona y es necesario que desde la universidad se enseñe a cuidar a personas de diferentes culturas. Es por ello el encuadre de la presente tesis, de conocer cuáles son las actitudes de los alumnos de enfermería de la Universidad de Granada hacia los inmigrantes en general y hacia los pacientes marroquíes en particular.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se presentan los objetivos propuestos de esta investigación. Puesto que se ha organizado este trabajo en torno a dos estudios, exponemos los objetivos en función del estudio al que se encuentren relacionados.

2.1. Primer estudio

Hemos partido del modelo tridimensional de la actitud (Rosenberg y Hovland, 1960), es decir, que nuestras actitudes están formadas por tres grandes componentes. Esto significa que el constructo “actitudes hacia la inmigración” lo integran los siguientes elementos:

- Cognitivo: las creencias, ideas o pensamientos que se tienen sobre este grupo.
- Afectivo: las emociones que despierta el colectivo objeto de estudio, cuantas más emociones negativas más actitudes prejuiciosas presentamos, siendo

este componente uno de los más determinantes de las mediciones de las actitudes.

- Conductual o conativo: Tanto el comportamiento como las intenciones conductuales que se adoptan ante este grupo. Es la parte más visible de las actitudes, aunque no siempre afloran, pues tenemos la deseabilidad social de no manifestar actitudes negativas.

Por todo ello, en esta investigación se plantea como objetivo general medir las actitudes hacia el colectivo inmigrante midiendo cada uno de estos componentes. Por ello, tal como se recoge en la Figura 16, se utilizan los siguientes instrumentos:

- Para el *componente cognitivo* de la actitud medimos las creencias del alumnado a través del cuestionario “Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería” modificada (EAIE) (Plaza del Pino, 2007b).
- Para conocer el *componente afectivo* de la actitud, y así conocer tanto las emociones como las actitudes prejuiciosas del alumnado del Grado en Enfermería de la Universidad de Granada, se utilizan por un lado una “Escala de Emociones” (Rueda y Navas, 1996, modificada por García et al., 2003) que está también dirigido al grupo de inmigrantes, objeto de estudio, en el alumnado y por otro lado, el cuestionario de Prejuicio sutil y manifiesto (Pettigrew y Meertens, 1995). Todos los cuestionarios se detallan más adelante, en el epígrafe de instrumentos.
- Y por último, para conocer el *componente conductual* de la actitud, se ha empleado la Escala de distancia social (García, 1984) para evaluar de esta manera la distancia social del alumnado hacia los inmigrantes.

Para analizar la influencia de la variable cultura en el estudio de las actitudes hacia los diferentes colectivos de inmigrantes, se focaliza esta investigación en el contexto de Melilla, ya que en esta ciudad, una de sus características más representativas es la diversidad cultural que se ve reflejada también en este campus, existiendo un grupo de estudiantes de procedencia bereber que puede enriquecer el análisis de esta variable.

En la siguiente figura, queda recogido el constructo del que partimos y las escalas empleadas.



Figura 16. Componentes del término actitud e instrumentos utilizados para su medición.
Fuente: Elaboración propia.

Por todo ello, los objetivos que nos planteamos son:

1. Conocer las creencias de los estudiantes de Enfermería hacia la inmigración en general y hacia el colectivo de marroquíes en particular.
2. Analizar las emociones que despiertan en los estudiantes de Enfermería los inmigrantes, en función del grupo de pertenencia del universitario.
3. Medir el grado de prejuicio sutil y manifiesto del alumnado del campus de Melilla hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes.
4. Evaluar el grado de distancia social del alumnado de Enfermería hacia los inmigrantes según los distintos grupos de pertenencia.

Partiendo de estos objetivos, se plantean las siguientes hipótesis:

- En función del objetivo 1: Conocer las creencias hacia la inmigración del estudiantado de Enfermería.

H1 - Los hombres presentan actitudes más negativas hacia la inmigración que las mujeres.

H2- Las creencias del alumnado serán diferentes en función del grupo cultural/étnico de los inmigrantes objeto de estudio.

H3- Según el grupo cultural de pertenencia del alumnado del campus de Melilla, influirá en las creencias hacia la inmigración.

H4- El alumnado de los últimos cursos (3.º y 4.º) presentará creencias más positivas hacia la inmigración que los estudiantes de los primeros cursos.

H5- Las creencias del alumnado de Enfermería hacia la inmigración serán diferentes en función del Campus donde curse el grado, siendo más positivas en los campus donde existe una mayor diversidad cultural, Ceuta y Melilla.

H6-El alumnado que tiene contacto con la población inmigrante mostrará unas creencias más positivas hacia el colectivo de inmigrantes.

- En función del objetivo 2: Analizar las emociones que despiertan en los estudiantes de Enfermería los inmigrantes, en función del grupo de pertenencia de los universitarios.

H1- Las mujeres presentan emociones más positivas que los varones hacia el colectivo de inmigrantes.

H2- Las emociones que manifiesta el alumnado dependerá del grupo cultural/étnico de los inmigrantes objeto de estudio.

H3- El grupo cultural de pertenencia del alumnado influye de manera positiva en las emociones que manifiesta hacia los inmigrantes.

H4- El alumnado de los últimos cursos manifestará emociones más positivas hacia los inmigrantes.

H5- Las emociones de los alumnos que estudian en los campus con un contexto multicultural serán más positivas.

H6- Los estudiantes del Grado en Enfermería que han tenido contacto con los inmigrantes manifestarán emociones más positivas hacia este colectivo.

- En función del objetivo 3: Medir el grado de prejuicio sutil y manifiesto del alumnado hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes.

H1- Los varones presentan actitudes más prejuiciosas hacia los inmigrantes marroquíes que las mujeres.

H2- El alumnado de procedencia bereber del campus de Melilla presenta actitudes menos prejuiciosas hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes que el de procedencia europea.

H3- A medida que aumenta de curso, las actitudes, hacia el colectivo de marroquíes, serán más positivas.

H4- Los estudiantes que cursan estudios en un contexto multicultural presentan actitudes menos prejuiciosas hacia los inmigrantes marroquíes.

H5- El alumnado que tiene o ha tenido contacto con el colectivo de inmigrantes marroquíes presenta actitudes menos prejuiciosas.

- En función del objetivo 4: Evaluar el grado de distancia social del alumnado de Enfermería hacia los inmigrantes según los distintos grupos de pertenencia.

H1- Los varones manifestarán mantener más distancia social hacia los inmigrantes que las mujeres.

H2- El grado de distancia social que manifiesta el estudiantado será diferente en función del grupo de pertenencia del inmigrante.

H3- El alumnado de procedencia bereber del campus de Melilla presenta menor distancia social hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes que el de procedencia europea.

H4- Los alumnos de los últimos cursos una manifestarán una menor distancia social hacia el colectivo de inmigrantes.

H5- Los universitarios que cursan estudios en un contexto multicultural presentan menos distancia social hacia los inmigrantes.

H6- Los estudiantes del Grado en Enfermería que tienen contacto con el colectivo de inmigrantes aceptarán un mayor grado de acercamiento de los miembros de este colectivo.

2.2. Segundo estudio

Con este estudio, el objetivo que se pretende es medir la influencia del componente cognitivo en el cambio de las actitudes hacia el colectivo de inmigrantes.

Para ello, se realiza una intervención, pre-post, después de la impartición de la asignatura de *Transculturalidad, Género y Salud*. La razón de seleccionar esta materia es que es una asignatura impartida en el segundo semestre del primer curso del Grado en Enfermería, siendo en ella donde se trabaja de forma más específica la temática multicultural y la inmigración.

Partiendo del modelo tridimensional de las actitudes (Rosenberg y Hovland, 1960)), el planteamiento de este segundo estudio, es analizar cómo la intervención en el componente cognitivo está relacionada con el afectivo y el conativo-conductual (Figura 17).

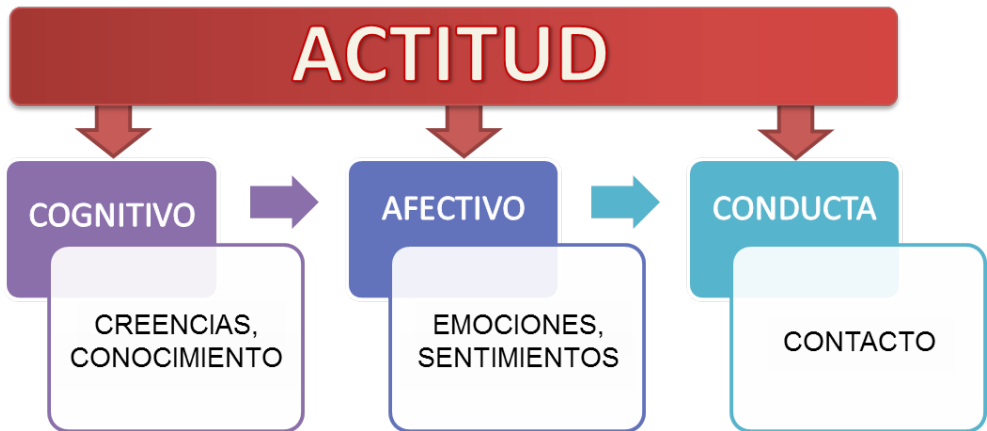


Figura 17. Modelo tridimensional de la actitud (Rosenberg y Hovland, 1960). Fase de intervención. Fuente: elaboración propia

Por todo esto, el objetivo planteado para este estudio es:

- Medir la influencia de la formación a través de la asignatura de *Transculturalidad, Género y Salud*, en las creencias, emociones, distancia social y prejuicios del estudiantado de Enfermería hacia el colectivo de inmigrantes.

A raíz de este objetivo se plantea la siguiente hipótesis:

- H- Las creencias, emociones, distancia social y prejuicios hacia la inmigración que muestra el alumnado de Enfermería serán más positivas tras la impartición de la asignatura *Transculturalidad, Género y Salud*.

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Método

Se ha realizado una investigación empírico-analítica, mediante encuesta para conocer las actitudes de los alumnos del Grado en Enfermería de la Universidad de Granada hacia los pacientes inmigrantes en general y hacia los marroquíes en general.

La investigación, como se ha indicado, se realiza en dos fases:

- La **primera fase**, se ha realizado un estudio *Ex Post Facto* de tipo correlacional, para medir las actitudes de los estudiantes del Grado en Enfermería de la Universidad de Granada, en los tres campus.
- En la **segunda fase**, se ha realizado un estudio cuasi-experimental pre-post de grupo único, con los estudiantes que cursan primero del Grado en Enfermería de la Universidad de Granada.

3.2. Temporización

La temporización planteada para la realización de la tesis comienza en el curso 2015-2016, en el que se realiza la revisión bibliográfica inicial, así como el plan de investigación de la tesis, que es defendido en la ciudad de Granada en el mes de mayo de 2016. Durante ese curso se procede al inicio de la elaboración del marco teórico y la búsqueda de los instrumentos de medición para conocer las actitudes del alumnado de Enfermería hacia colectivos de inmigrantes.

En el curso 2016-2017 se sigue con la elaboración del marco teórico y se procede a la aplicación de los cuestionarios. Primeramente se pasa a los alumnos de Melilla durante el mes de octubre de 2016. En el mes de febrero, al comienzo del segundo semestre, se viaja a Granada y después a Ceuta y se recoge la información de los estudiantes de ambos campus universitarios.

Tras haber completado esta fase se procede a pasar todos los cuestionarios al paquete estadístico SPSS 20.0.

A finales del cuatrimestre se vuelve a pasar los mismos cuestionarios a todo el alumnado de primer curso, tras haber finalizado la asignatura de *Transculturalidad*,

Género y Salud, ya que una de las hipótesis de la presente tesis es comprobar, si tras haber recibido formación en cuidados culturales en dicha asignatura, se modifica la actitud del alumnado hacia la inmigración.

A lo largo del curso académico 2017/2018 se procede al análisis de los resultados y a la redacción de las distintas conclusiones del estudio.

Esta tesis ha tenido una duración de tres años. Tal como se recoge en la Figura 18, se puede ver el cronograma seguido en esta investigación.

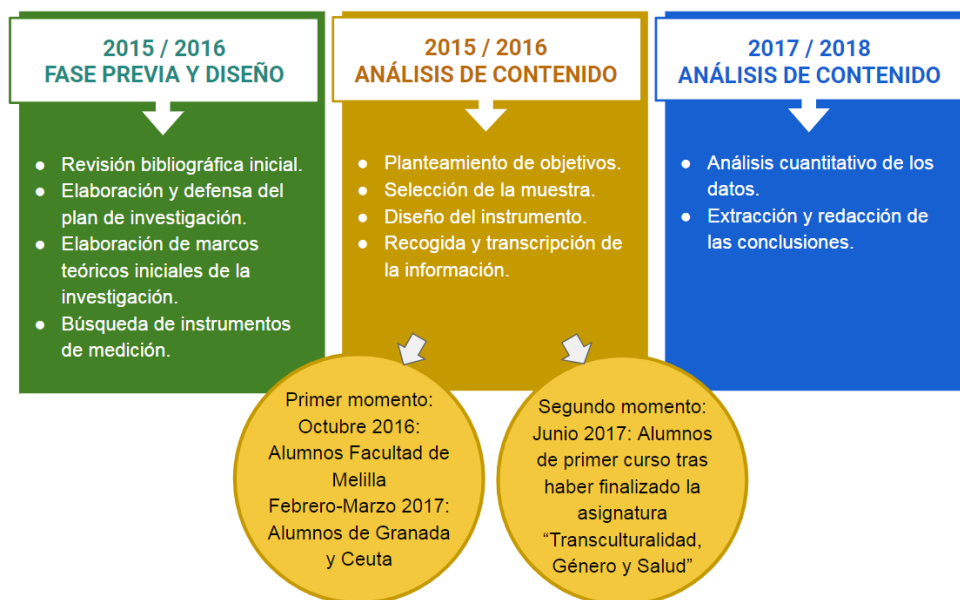


Figura 18. Temporalización de la presente tesis

3.3. Participantes de los estudios

Al igual que ocurriera con los objetivos, la población y muestra se presenta dividida en los dos estudios realizados.

3.3.1. Primer Estudio

La población de esta investigación son todos los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada que están estudiando en los campus de Melilla, de Ceuta y de Granada.

Para este primer estudio se ha realizado una selección de los participantes a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, siendo este muestreo válido para la recolección de datos (Hernández, Fernández y Baptista, 1998; Quinn, 1980). Para ello, se han repartido los cuestionarios al alumnado presente en las clases donde la asistencia era obligatoria. De tal forma que, de los 1.687 alumnos matriculados en el Grado en Enfermería (Figura 19), se ha conseguido una muestra de 891 sujetos repartidos entre los tres Campus, que han cumplimentado correctamente el cuestionario, lo que supone un 52% de la población de estudio. El resto de los cuestionarios, los alumnos decidieron, o no participar, o muchos de ellos dejaron numerosos ítems sin responder, por lo que hubo que anularlos.

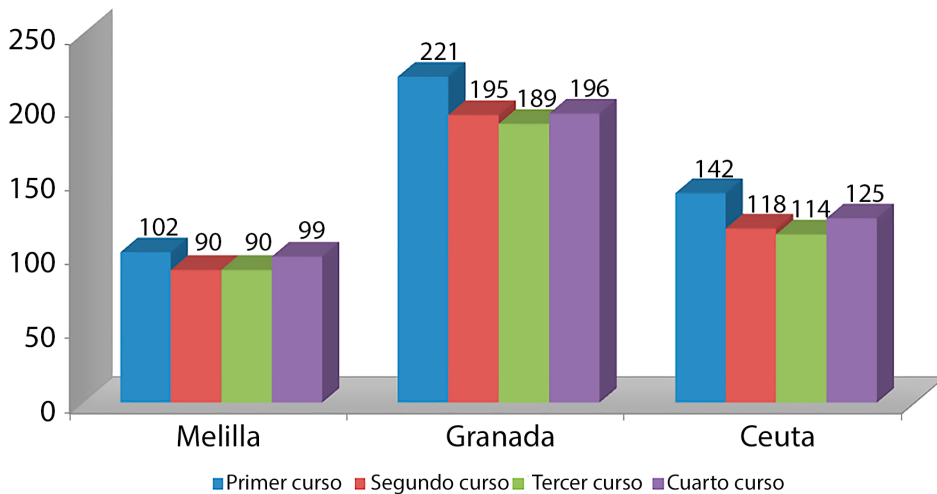


Figura 19. Número de alumnos matriculados en el Grado en Enfermería de la Universidad de Granada. Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, en las siguientes tablas se expone el número de participantes en función de las variables objeto de estudio: género, cultura, curso, lugar de estudio y si han tenido contacto con inmigrantes.

En la Tabla 16 se presenta el porcentaje de hombres y mujeres en los tres campus de Granada.

Tabla 16. Sexo y porcentajes según Facultad

		Enfermería de Melilla	Enfermería de Granada	Enfermería de Ceuta		
SEXO	Mujer	Recuento	223	301	178	702
		% dentro de Sexo	31.8%	42.9%	25.4%	100%
		% dentro de Facultad				
		Enfermería	79.1%	81.4%	74.5%	78.8%
	% del total	25%	33.8%	20%	78.8%	
	Hombre	Recuento	59	69	61	189
		% dentro de Sexo	31.2%	36.5%	32.3%	100%
		% dentro de Facultad				
		Enfermería	20.9%	18.6%	25.5%	21.2%
	% del total	6.6%	7.7%	6.8%	21.2%	
	Total	Recuento	282	370	239	891
		% dentro de Sexo	31.6%	41.5%	26.8%	100%
% dentro de Facultad						
Enfermería		100%	100%	100%	100%	
% del total	31.6%	41.5%	26.8%	100%		

En la Tabla 17 se ha clasificado a los alumnos participantes en función de la procedencia cultural en los tres campus. Para facilitar la respuesta a esta variable se indicó al inicio de los cuestionarios la procedencia cultural: europea, bereber, gitana, hebrea, hindú y otras. Como la mayor representación las ha tenido la cultura de procedencia europea y la bereber, a las otras culturas, con muy poca representación, se han clasificado en otras.

Tabla 17. Cultura y porcentajes según Facultad

Cultura		Enfermería de Melilla	Enfermería de Granada	Enfermería de Ceuta	Total
Europea	Recuento	211	362	231	804
	% dentro de Cultura	26.2%	45%	28.7%	100%
	% dentro de Facultad				
	Enfermería	74.8%	98.1%	96.7%	90.3%
% del total	23.7%	40.7%	26%	90.3%	
Bereber	Recuento	61	2	1	64
	% dentro de Cultura	95.3%	3.1%	1.6%	100%
	% dentro de Facultad				
	Enfermería	21.6%	0.5%	0.4%	7.2%
% del total	6.9%	0.2%	0.1%	7.2%	

Actitudes Prejuiciosas de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada ante Pacientes Inmigrantes

Cultura	Enfermería de Melilla	Enfermería de Granada	Enfermería de Ceuta	Total
Recuento	10	5	7	22
% dentro de Cultura	45.45%	22.74%	32.81%	100%
Otras				
% dentro de Facultad Enfermería	2.5%	0.5%	0.8%	1.2%
% del total	0,8%	0,2%	0,2%	1,2%
Recuento	282	369	239	890
% dentro de Cultura	31.7%	41.5%	26.9%	100%
Total				
% dentro de Facultad Enfermería	100%	100%	100%	100%
% del total	31.7%	41.5%	26.9%	100%

El número de alumnos de procedencia bereber en el campus de Melilla (61) es mucho mayor que en los otros dos campus, siendo su presencia prácticamente inexistente, por esto al analizar la variable cultura solo se centrarán los datos en esta ciudad.

En la Tabla 18 se observa cómo se reparte el alumnado en los cuatro cursos del Grado en Enfermería.

Tabla 18. *Distribución por cursos de Enfermería por Facultad y porcentajes*

Facultad	1.º	2.º	3.º	4.º	Total
Recuento	86	83	77	36	282
Melilla					
% dentro de Facultad Enfermería	30.5%	29.4%	27.3%	12.8%	100%
% dentro de Curso Enfermería	37.1%	35.9%	31.6%	19.6%	31.6%
Recuento	103	92	94	81	370
Granada					
% dentro de Facultad Enfermería	27.8%	24.9%	25.4%	21.9%	100%
% dentro de Curso Enfermería	44.4%	39.8%	38.5%	44.0%	41.5%
Recuento	43	56	73	67	239
Ceuta					
% dentro de Facultad Enfermería	18%	23.4%	30.5%	28%	100%
% dentro de Curso Enfermería	18.5%	24.2%	29.9%	36.4%	26.8%
Recuento	232	231	244	184	891
Total					
% dentro de Facultad Enfermería	26.0%	25.9%	27.4%	20.7%	100%
% dentro de Curso Enfermería	100%	100%	100%	100%	100%

El mayor número de participantes corresponde a los alumnos que se encuentran en el tercer curso y en el campus de Granada, ya que es donde más

alumnos matriculados hay de entre los tres centros universitarios participantes en esta investigación.

Por último, en la Tabla 19 se recoge el número de alumnos que han mantenido o no contacto con algún inmigrante. Como se puede observar, la mayoría de los alumnos han tenido contacto alguna vez con inmigrantes.

Tabla 19. *Contacto o no con inmigrantes por Facultad y porcentajes*

		Enfermería de Melilla	Enfermería de Granada	Enfermería de Ceuta	Total
¿Has tenido contacto con inmigrantes?	Recuento	233	320	225	778
	Si				
	% dentro de Has tenido contacto con inmigrantes?	29.9%	41.1%	28.9%	100%
	% dentro de Facultad				
	Enfermería	82.6%	86.7%	94.5%	87.5%
	% del total	26.2%	36%	25.3%	87.5%
	No				
	Recuento	49	49	13	111
	% dentro de Has tenido contacto con inmigrantes?	44.1%	44.1%	11.7%	100%
	% dentro de Facultad				
	Enfermería	17.4%	13.3%	5.5%	12.5%
	% del total	5.5%	5.5%	1.5%	12.5%
Total					
Recuento	282	369	238	889	
% dentro de Has tenido contacto con inmigrantes?	31.7%	41.5%	26.8%	100%	
% dentro de Facultad					
Enfermería	100%	100%	100%	100%	
% del total	31.7%	41.5%	26.8%	100%	

3.3.2. Segundo Estudio

Para la realización del segundo estudio, se seleccionó solamente el alumnado del primer curso del Grado en Enfermería de los tres campus, antes y después de cursar la asignatura *Transculturalidad, Género y Salud*, con el objetivo de conocer la influencia de esta materia en la formación/modificación de las actitudes hacia los inmigrantes.

Para ello, se aplicaron los cuestionarios (ver apartados instrumentos) a principio de curso y antes de la finalización de la asignatura. Para poder localizar

a los alumnos que habían cumplimentado la primera vez los cuestionarios, se les solicitó que indicaran en los mismos las tres últimas cifras y letra de su documento nacional de identidad. A pesar de esto, el número de alumnos que finalmente accedieron a efectuar por segunda vez los cuestionarios fue un poco más de la mitad de los participantes obtenidos en la primera fase del estudio (Tabla 20).

Tabla 20. *Comparación del alumnado en las dos fases del estudio*

	Facultad de Melilla	Facultad de Granada	Facultad de Ceuta	Total
1ª Fase				
Nº de alumnos de primer curso	86	103	43	232
2ª Fase				
Nº de alumnos de primer curso	68	36	20	124

3.4. Instrumentos de recogida de datos

A continuación se va a exponer los distintos cuestionarios que se han empleado para evaluar las actitudes de los estudiantes del Grado en Enfermería hacia la población inmigrante en general y hacia el colectivo de marroquíes, en particular.

3.4.1. Datos demográficos

El instrumento de recogida de datos demográficos incluye información sobre el sexo, cultura, curso, facultad donde estudia y si ha tenido o no contacto con inmigrantes (Anexo I).

3.4.2. Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería (EAIE)

Para medir el componente cognitivo de las actitudes, es decir, las creencias e ideas que tiene el alumnado sobre la población inmigrante, se ha utilizado la “Escala de actitud ante la inmigración para Enfermería” (EAIE). La EAIE fue desarrollada por Antonín y Tomás-Sábado (2004) para medir y evaluar las actitudes del personal de Enfermería y otros sanitarios ante la inmigración. Está compuesta por 39 ítems que indican actitudes positivas y negativas hacia la inmigración con un formato de respuestas tipo Likert con cuatro opciones, que oscilan entre: totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, y puntúan de cuatro a uno o de uno a cuatro, según

sea el ítem positivo o negativo. De tal forma que los ítems positivos puntúan de 4 a 1 y los ítems negativos en sentido inverso, por lo que a mayor puntuación, más actitudes prejuiciosas. La EAIE fue validada en un grupo de 267 estudiantes de Enfermería, obteniendo un coeficiente alfa de consistencia interna de .94.

Posteriormente, Plaza-del Pino et al. (2007b) modificaron algunos ítems para adaptarlo al grupo de inmigrantes marroquíes, obteniendo una fiabilidad de la EAIE modificada de .924.

Para el estudio de esta tesis se ha utilizado la EAIE modificada, y se ha distribuido a los alumnos cuatro veces, ya que el objetivo es conocer la actitud del estudiantado hacia los cuatro colectivos de inmigrantes diferentes: marroquíes, subsaharianos, sudamericanos y europeos del este (Anexo II, Anexo III, Anexo IV y Anexo V).

De tal manera, cada una de las escalas están formadas por 35 ítems que expresan los típicos modos de pensar o sentir hacia la inmigración (marroquíes, subsaharianos, sudamericanos y europeos del este), en la que los estudiantes deben responder a una escala tipo Lickert de 4 puntos que va desde: “Estoy totalmente en desacuerdo con lo que dice la frase” hasta “Estoy totalmente de acuerdo con lo que dice la frase”, de manera que a mayor puntuación más actitudes prejuiciosas. Para ello se ha invertido los siguientes ítems: 2, 3, 4, 10, 11, 16, 17, 26, 28, 30, 33 y 35.

Los autores Plaza-del Pino et al. (2007) agrupan la EAIE en cuatro categorías o subescalas, las cuales abordan asuntos relacionados con la inmigración, de manera que revelan actitudes positivas y negativas:

- *Inmigración y cultura*: en esta categoría o subescala se pretende recoger información acerca del respeto a las costumbres y pautas culturales del inmigrante, así como si la convivencia con otras culturas supone un enriquecimiento a la nuestra o todo lo contrario, si supone una amenaza.
- *Inmigración y derechos sociales*: hace referencia a los ítems relacionados con la calidad de vida de los inmigrantes, los derechos y obligaciones de este colectivo como el derecho a la sanidad y a la educación, y sobre la opinión acerca de los recursos sociales disponibles.
- *Inmigración e integración*: en esta subescala están incluidos los ítems

relacionados con la integración de los inmigrantes en el país, así como otros como “los beneficios del conocimiento y el respeto de las diversas culturas” y “los recursos que el Estado debería dedicar para favorecer la integración de los inmigrantes”.

- *Inmigración y prejuicios*: en este apartado se pretende conocer las ideas preconcebidas hacia los inmigrantes como por ejemplo “nos quitan puestos de trabajo”, “son fuente de problemas sociales” y “la relación inmigrante-delinuencia”.

Aunque estos autores utilizaron estas cuatro dimensiones de la EAIE, en este estudio no se han empleado porque el análisis factorial no ha dado buenos índices de ajuste y se ha optado por utilizar la puntuación total.

Además, al finalizar el cuestionario, se dejó un espacio en blanco para las observaciones que los participantes desearan expresar, opinión o comentario sobre el tema tratado.

3.4.3. Cuestionarios que miden el componente afectivo de las actitudes

Para medir el componente afectivo de las actitudes, se ha seleccionado dos instrumentos:

3.4.3.1. Escala de Emociones

Para evaluar las emociones que despierta el grupo de inmigrantes objeto de estudio en el alumnado del Grado en Enfermería de la Universidad de Granada, se ha utilizado la Escala de Emociones de Rueda y Navas (1996) modificada por García et al., (2003). Está compuesta por 16 sentimientos, de los cuales 7 hacen referencia a sentimientos positivos y 9 negativos (Anexo VI). Los participantes tienen que indicar en una escala de 5 puntos (1=nada; 2=poco; 3=algo; 4=bastante; 5=mucho), en qué grado experimentan cada una de las emociones propuestas hacia los miembros de cada exogrupo (subsaharianos, marroquíes, países del este y sudamericanos).

3.4.3.2. Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto

Como indican los autores Pettigrew y Meertens (1995), el componente afectivo de las actitudes, a través de la medida de los prejuicios, es el elemento más

representativo de las actitudes, por lo que se ha optado por aplicar la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto de los citados autores.

Dichos autores diferencian entre, el prejuicio manifiesto, que es la forma tradicional (vehemente, cercano y directo), y el prejuicio sutil, que es la forma moderna (frío, distante e indirecto).

Para este estudio se ha utilizado la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto de Pettigrew y Meertens (1995), validada y traducida por Rueda y Navas (1996) a nivel nacional (Anexo VII). La escala mide el prejuicio sutil y manifiesto mediante dos escalas tipo Likert, en la que cada una de ellas está formada por 10 ítems. En dicha escala, los participantes puntúan de 1 a 5, siendo 1 “en total desacuerdo”, 2 “en desacuerdo”, 3 “indiferente”, 4 “de acuerdo” y 5 “en total acuerdo”; por lo que a mayor puntuación mayor es el prejuicio del sujeto. Los autores puntúan de forma inversa los ítems 4, 7, 13, 18, 19 y 20.

Pettigrew y Meertens (1995) proponen dos subcategorías para el prejuicio manifiesto y tres para el sutil.

- Prejuicio manifiesto

1. Percepción de amenaza y rechazo del exogrupo. Consideran que sus individuos son inferiores genéticamente negando así que exista discriminación.
2. Rechazan tener contacto íntimo con los miembros del exogrupo así como trabajar bajo la supervisión de un miembro del exogrupo.

- Prejuicio sutil

1. Defensa de los valores tradicionales. Estos sujetos defienden las conductas que coinciden con los valores tradicionales del endogrupo, y reprochan que los miembros del exogrupo no las comparta.
2. Exageración de las diferencias culturales. Los sujetos sutiles consideran a los miembros del exogrupo diferentes por sus particularidades culturales.
3. Negación de emociones positivas hacia el exogrupo. Para que no sean etiquetados como personas racistas, no demuestran sentimientos negativos sino no teniendo sentimientos positivos hacia los miembros del exogrupo.

Se distinguen tres sujetos diferentes:

1. Igualitarios: puntúan bajo tanto en la escala de prejuicio manifiesto como sutil.

2. Tradicionales o fanáticos: puntúan alto en ambas escalas.
3. Sutiles: puntúan bajo en la escala de prejuicio manifiesto y alto en la escala de prejuicio sutil.

También existiría la posibilidad de un cuarto sujeto y es que puntúen bajo en la escala de prejuicio sutil y alto en la escala de prejuicio manifiesto, pero es inconsistente e indicaría que el sujeto ha respondido incoherentemente y por tanto las respuestas se darían como erróneas.

3.4.4. Escala de distancia social

Por último, y para medir el componente conductual-conativo de las actitudes, se ha optado por medir la distancia social, que tal y como explicó Oskamp (1991), es el grado de separación considerado como aceptable en las relaciones personales con el exogrupo, es decir, entre personas de distintos países o de etnias distintas. Puede haber un grado de intimidad máximo (matrimonio, noviazgo...), intermedio (amistad...) y mínimo (conocidos, excluirlos de sus relaciones...). Por ello, se aplicó la Escala desarrollada por García (1984) para evaluar la distancia social dirigida hacia gays y lesbianas y para el estudio de esta tesis se modificó para conocer la distancia social hacia los cuatro colectivos de inmigrantes que se incluyeron en la EAIE: marroquíes, sudamericanos, subsaharianos y los procedentes de los países del este.

Las puntuaciones que puede obtener cada colectivo objeto de estudio en la escala total van desde 1 a 6, siendo un número mayor indicador de más distancia social, es decir a mayor puntuación mayor distancia social. Las respuestas son: “me casaría con uno de ellos”, “viviría en el mismo techo”, “los aceptaría como amigos”, “preferiría tenerlos como conocidos y no como amigos”, “los excluiría de mis relaciones sociales” y “no quisiera ni verlos” (Anexo VIII).

3.5. Procedimiento de administración

Para aplicar el cuestionario en Melilla, en primer lugar, y en relación con el primer estudio, se informó a la decana de la Facultad, a la directora del departamento de Enfermería y se contactó con los profesores para que dieran permiso para utilizar su hora de docencia. Se decidió que se hiciese en horario de prácticas, ya que la asistencia es obligatoria, para conseguir una mayor participación. Se le explicó al

alumnado que la participación era totalmente voluntaria así, como se garantizó la confidencialidad de todos los datos. Tanto en Granada como en Ceuta, se escribió sendos correos electrónicos a la directora de Enfermería y a los decanos para explicarle el objeto de estudio y para solicitar permiso y así poder acceder a las clases. Una vez concedido los permisos necesarios, y por motivos de horarios, en ambas ciudades se cumplimentaron los cuestionarios en horario de teoría, donde no es obligatoria su asistencia, siendo este hecho el que ha podido incidir en la recogida de un menor número de cuestionarios.

En segundo lugar, en relación con el estudio cuasi-experimental pre-post, para la aplicación del post-test, se aplicaron de nuevo los cuestionarios; para ello se le envió a cada profesor responsable de la asignatura los cuestionarios, para que los aplicara al finalizar la materia. Una vez cumplimentados fueron remitidos a la investigadora por correo postal.

3.6. Análisis de datos

Para el análisis de los datos de la presente tesis, se ha utilizado el programa estadístico SPSS, que nos permite realizar una base de datos ordenada y correctamente distribuida.

Los principales análisis realizados son: estadísticos descriptivos, análisis factoriales e inferenciales, así como correlacionales a través del uso de pruebas paramétricas.



CAPÍTULO 7.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE LOS RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

Para poder facilitar la lectura de los resultados que se exponen, se presentan estos divididos en los dos estudios realizados. En primer lugar, se exponen los resultados del **Estudio 1**, de corte cuantitativo, cuyos análisis han sido la estadística descriptiva, comparación de medias y otros análisis estadísticos necesarios para observar los objetivos planteados. Según los resultados obtenidos se diseñan diferentes tablas y figuras, para que la presentación de la información, y en relación con las variables estudiadas, pueda ser interpretada lo más claramente posible. En este primer estudio, se han utilizado los cuatro cuestionarios mencionados en el capítulo anterior, en las tres Facultades de Enfermería de la Universidad de Granada a todo el alumnado matriculado que han querido participar en el estudio.

En el **Estudio 2**, solamente ha participado el alumnado de primer curso, antes y después de haber recibido docencia en la asignatura de *Transculturalidad, Género y Salud*, cumplimentando los mismos cuestionarios con la intención de poder realizar un análisis pre-post de los datos.

1. RESULTADOS DEL PRIMER ESTUDIO

La muestra final del estudio se ha constituido con 891 alumnos (Figura 20) de los cuales un 78.8% (n = 702) son mujeres y un 21.2% hombres (n = 189), con edades comprendidas entre los 17 y 54 años con un promedio de 21.9 años (DT = 4.5). Según su cultura, el 90.3% tiene una cultura europea, el 7.2% cultura bereber y un 2.5% otras culturas. En la Figura 20 se muestra la distribución de los alumnos según la facultad en la que estudian, en la que se observa que el 31.6% lo hace en Melilla, un 41.5% en Granada y un 26.8% en Ceuta.

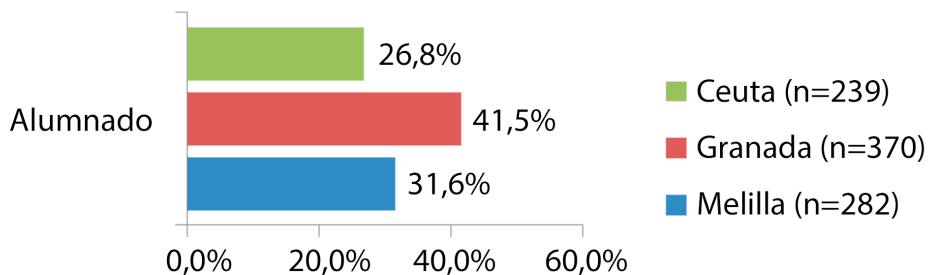


Figura 20. Distribución de alumnos según la Facultad de estudio

Por curso, el porcentaje de alumnos fue similar entre los cursos (Figura 21).

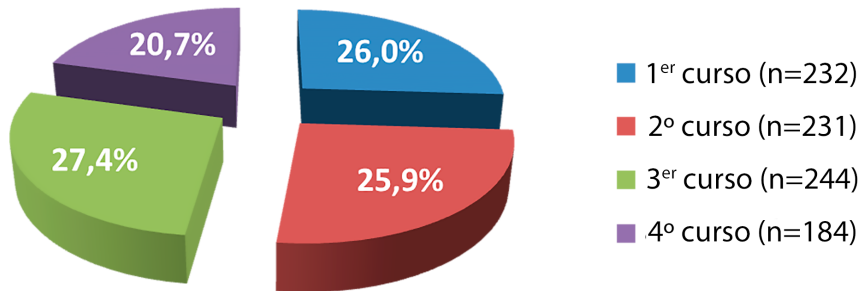


Figura 21. Distribución de alumnos por cursos

1.1. Cuestionario “Escala de Actitud hacia la inmigración de Enfermería”

1.1.1. Fiabilidad de la Escala

Para comenzar, se ha realizado la fiabilidad de la Escala de Actitud hacia la Inmigración de Enfermería (EAIE) modificada para cada uno de los colectivos de inmigrantes objeto de estudio (Tabla 21). El coeficiente alfa de Cronbach mostró unos valores superiores a 0.80 lo que indican una buena fiabilidad de la escala utilizada.

Tabla 21. *Fiabilidad de la EAIE modificada para la muestra total*

Colectivo	Alfa de Cronbach (α)
Marroquíes	0.821
Subsaharianos	0.809
Países del Este	0.813
Sudamericanos	0.816

1.1.2. Análisis factorial exploratorio

Plaza-del Pino et al. (2007b) establecen cuatro factores para la EAIE, las cuales son: Inmigración y Prejuicios, Inmigración y Derechos Sociales, Inmigración y Cultura, y por último, Inmigración e Integración.

Tras realizar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), los datos nos muestran la generación de 6 factores. Como se puede observar en la Figura 22, se presenta el modelo propuesto por los autores y el obtenido en nuestros resultados.

ESCALA DE ACTITUD DE ENFERMERÍA HACIA LA INMIGRACIÓN

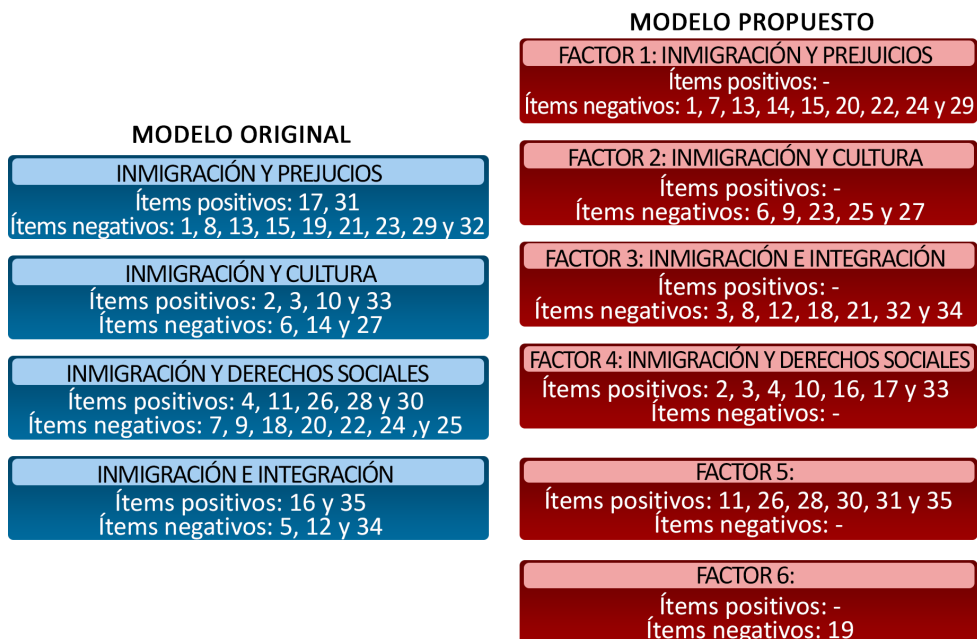


Figura 22. Resumen de conversión de factores detectados, modelo original vs modelo propuesto. Fuente: Elaboración propia

1.1.3. Análisis descriptivo

En la Tabla 22 se muestra el análisis descriptivo de la escala de actitud hacia la inmigración para cada uno de los colectivos estudiados. La puntuación menor que se puede obtener en esta escala es de 35 y la máxima de 140. Se analiza los cuestionarios tal y como lo hicieron los autores Antonín y Tomás-Sábado (2004), por puntuación total de la escala. Por colectivo, la puntuación media obtenida hacia los marroquíes fue de 70.33 ($DT=15.35$), la obtenida hacia el colectivo de subsaharianos fue de 69.77 ($DT=15.04$), la que obtiene el grupo de europeos procedentes de países del este ha sido de 69.3 ($DT=14.7$) y por último, la puntuación media obtenida hacia el colectivo de sudamericanos es de 69.33 ($DT=14.69$) lo que indica que el colectivo de marroquíes es el que ha obtenido mayor puntuación, es decir, como indican los autores, a mayor puntuación más actitudes negativas hacia el colectivo objeto de estudio.

Tabla 22. *Descriptivo de la EAIE para la muestra total*

Colectivo	M (DT)
Marroquíes	70.33 (15.35)
Subsaharianos	69.77 (15.04)
Países del Este	69.3 (14.7)
Sudamericanos	69.33 (14.69)

M: media; DT: desviación típica.

Tal y como hicieron los autores Plaza-del Pino et al. (2007b) en la EAIE modificada, se han analizado todos los ítems de la escala para ver cuáles son las puntuaciones totales de cada uno de ellos, pero solamente con el cuestionario hacia el colectivo de marroquíes.

Como se puede observar en la Tabla 23 los autores hacen referencia a determinadas ideas que se han utilizado en otras encuestas para medir el sentimiento antinmigrantes en la población española en general (Checa-Olmos y Arjona-Garrido, 2013), como es la pérdida de identidad de los españoles, la influencia del aumento de paro, la disminución de salarios o el aumento de la delincuencia; mediante los ítems: “los inmigrantes ocupan puestos de trabajo dejando en el paro a muchos españoles”, “los inmigrantes que delinquen deben ser expulsados de España”, “la llegada de inmigrantes ha favorecido el aumento de la delincuencia”, “la diversidad de culturas conlleva cierta pérdida de nuestros valores”, y “si seguimos así, las costumbres y creencias de los inmigrantes se impondrán en nuestra sociedad”. Con la obtención de estos resultados, se puede decir que los estudiantes no tienen unas ideas demasiado negativas hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes.

Tabla 23. *Porcentaje de respuestas de la EAIE modificada. Colectivo de marroquíes.*

Ítems de la EAIE modificada	TD (%)	D (%)	TOTAL NEGATIVAS (%)	A (%)	TA (%)	TOTAL POSITIVAS (%)
Los inmigrantes que delinquen deben ser expulsados de España	15.8	37	52.8	29.2	18	47.2
Debemos facilitar a los inmigrantes mantener sus costumbres en hospital	3.7	14.9	18.6	49.3	32.1	81.4
La diversidad étnica enriquece la cultura del país	2.4	3.7	6.1	41	52.9	93.9

Ítems de la EAIE modificada	TD (%)	D (%)	TOTAL NEGATIVAS (%)	A (%)	TA (%)	TOTAL POSITIVAS (%)
Debemos hacer mayor esfuerzo para proporcionar a los inmigrantes mayor calidad de vida	3.9	22.7	26.6	49.5	23.9	73.4
Los marroquíes son incapaces de integrarse en nuestra sociedad	25.7	42.4	68.1	23.7	8.2	31.9
La diversidad de culturas conlleva cierta pérdida de nuestros valores	38.8	43.8	82.6	14.5	2.9	16.9
En ocasiones, los inmigrantes reciben mayores ayudas sociales que los propios autóctonos	10.2	25.7	35.9	42.6	21.5	64.1
Los marroquíes, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal	23.7	43.3	67	26.3	6.7	32.4
Muchos inmigrantes se aprovechan de los recursos sanitarios y sociales conseguidos con nuestro esfuerzo de muchos años	14.3	30.8	45.1	38.2	16.7	54.9
Debemos respetar la cultura y las costumbres de los inmigrantes en el hospital	2.7	9.2	11.9	50.1	38	88.1
Es conveniente que los inmigrantes se incorporen a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho	2.9	14.1	17	57.2	25.8	83
Ciertos colectivos de inmigrantes, como los marroquíes, hacen muy poco por integrarse en nuestra sociedad	24.8	42.9	67.7	22.8	9.5	32.3
Los inmigrantes ocupan puestos de trabajo dejando en el paro a muchos españoles	21.3	43.9	65.2	27.5	7.3	34.8
Los inmigrantes tienen la obligación de adaptarse a las costumbres de nuestro país	14.1	40	54.1	36	9.9	45.9

Actitudes Prejuiciosas de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada ante Pacientes Inmigrantes

Ítems de la EAIE modificada	TD (%)	D (%)	TOTAL NEGATIVAS (%)	A (%)	TA (%)	TOTAL POSITIVAS (%)
La llegada de inmigrantes ha favorecido el aumento de la delincuencia	16.8	42	58.8	32.3	8.9	41.2
La convivencia de diversas culturas favorece el conocimiento y el mutuo respeto	1.7	8.9	10.6	44.8	44.6	89.4
El aumento de la natalidad debido a los inmigrantes es beneficioso para España	6.2	28.1	34.3	46.1	19.6	65.7
Opino que los inmigrantes en situación legal irregular y sus familias NO deben tener acceso a la sanidad pública	40.6	45.9	86.5	9.7	3.8	13.5
En ocasiones, pueden justificarse ciertos actos violentos sobre los inmigrantes	68	23	91	8	1	9
En gran medida, el colapso de la sanidad pública está provocado por el aumento de la inmigración	23.3	38.4	61.7	28.8	9.5	38.3
En general, no soporto a los marroquíes	60.9	28.8	89.7	7.2	3.1	10.3
Se dedican demasiados recursos para la atención a los inmigrantes	21.8	52.1	73.9	19.8	6.3	26.1
Un ciudadano europeo afincado en España aporta más beneficios para nuestra sociedad que un inmigrante africano, asiático o sudamericano	33.2	50.2	83.4	14.5	2.1	16.6
A medio plazo, la llegada masiva de inmigrantes provocará graves problemas sanitarios y sociales	11.4	37.8	49.2	38.8	12	50.8
Opino que sólo los hijos de los inmigrantes regularizados deben tener derecho a la escolarización gratuita	33.4	41.1	74.5	19.9	5.6	25.5

Ítems de la EAIE modificada	TD (%)	D (%)	TOTAL NEGATIVAS (%)	A (%)	TA (%)	TOTAL POSITIVAS (%)
Los inmigrantes deben disfrutar de las mismas condiciones de trabajo que los naturales del país	5.9	15.7	21.6	53.8	24.6	78.4
Si seguimos así, las costumbres y creencias de los inmigrantes se impondrán en nuestra sociedad	31.1	44.7	75.8	17.1	7.1	24.2
Creo que los inmigrantes sin papeles deben tener acceso a la educación de forma libre y gratuita	12.7	31	43.7	35.9	20.4	56.3
Las minorías étnicas constituyen una fuente de conflictividad social	19.8	51.6	71.4	23.8	4.8	28.6
Todas las personas que viven en un mismo país, independientemente de su procedencia o de su etnia, deben tener los mismos derechos y obligaciones	2.6	6.7	9.3	45	45.7	90.7
Nos aprovechamos de los inmigrantes para ofrecerles los trabajos más precarios	8.4	24.4	32.8	50.4	16.8	67.2
Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un marroquí en un transporte público	57.2	32.4	89.6	9.1	1.3	10.4
Debemos favorecer que los inmigrantes puedan disponer de lugares de culto donde practicar sus creencias religiosas	7.3	17.3	24.6	54.2	21.2	75.4
Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de marroquíes	30.2	37.4	67.6	24.5	7.9	32.4
El Estado debería dedicar más recursos a la integración de los inmigrantes	8.2	29.5	37.7	45.2	17.1	62.3

TD: Totalmente en desacuerdo; D: En desacuerdo; A: De acuerdo; TA: Totalmente de acuerdo.

A continuación, se expone, en la Tabla 24, el descriptivo de todos los ítems de la EAIE modificada que, mediante la prueba ANOVA se ha comparado las medias de todos los ítems, y por los tres campus obteniéndose diferencia significativa. Se puede

percibir que los estudiantes tienen ideas sobre la inmigración que posee la población en general o por los propios profesionales de Enfermería como hemos visto en el marco teórico de este estudio.

Tabla 24. *Descriptivo y comparación escala de actitud hacia los marroquíes entre Facultades*

Ítems de la EAIE modificada	Ciudad	N	M	DT	Prueba ANOVA F	p-valor
Ítem 1	Melilla	282	2.60	0.931	29,012	0.000
	Granada	370	2.22	0.899		
	Ceuta	236	2.79	0.984		
	Total	888	2.49	0.961		
Ítem 5	Melilla	282	2.21	0.893	6,009	0.003
	Granada	370	2.03	0.844		
	Ceuta	235	2.27	0.952		
	Total	887	2.15	0.894		
Ítem 7	Melilla	282	2.80	0.897	8,222	0.000
	Granada	370	2.63	0.887		
	Ceuta	235	2.92	0.931		
	Total	887	2.76	0.909		
Ítem 8	Melilla	281	2.20	0.875	7,167	0.001
	Granada	370	2.03	0.789		
	Ceuta	234	2.28	0.897		
	Total	885	2.15	0.852		
Ítem 13	Melilla	282	2.33	0.881	7,969	0.000
	Granada	368	2.08	0.803		
	Ceuta	233	2.30	0.878		
	Total	883	2.22	0.855		
Ítem 15	Melilla	282	2.50	0.828	41,387	0.000
	Granada	368	2.06	0.734		
	Ceuta	231	2.62	0.915		
	Total	881	2.35	0.851		
Ítem 17	Melilla	282	2.71	0.822	9,517	0.000
	Granada	365	2.96	0.738		
	Ceuta	230	2.73	0.838		
	Total	877	2.82	0.800		
Ítem 18	Melilla	282	1.75	0.761	13,285	0.000
	Granada	369	1.62	0.640		
	Ceuta	232	1.94	0.851		
	Total	883	1.75	0.749		

Ítems de la EAIE modificada	Ciudad	N	M	DT	Prueba ANOVA F	p-valor
Ítem 19	Melilla	282	1.49	0.737	7,130	0.001
	Granada	368	1.32	0.596		
	Ceuta	231	1.51	0.745		
	Total	881	1.43	0.689		
Ítem 20	Melilla	282	2.51	0.925	21,040	0.000
	Granada	369	2.00	1.294		
	Ceuta	231	2.46	0.968		
	Total	882	2.28	1.129		
Ítem 21	Melilla	282	1.53	0.712	13,572	0.000
	Granada	369	1,7	0.638		
	Ceuta	232	1.68	0.824		
	Total	883	1.50	0.724		
Ítem 22	Melilla	282	2.20	0.778	20,034	0.000
	Granada	367	1.89	0.716		
	Ceuta	231	2.26	0.849		
	Total	880	2.08	0.789		
Ítem 24	Melilla	282	2.66	0.834	16,422	0.000
	Granada	368	2.35	0.780		
	Ceuta	231	2.68	0.871		
	Total	881	2.53	0.836		
Ítem 27	Melilla	282	2.00	0.854	4,784	0.009
	Granada	367	1.89	0.787		
	Ceuta	232	2.11	0.945		
	Total	881	1.98	0.856		
Ítem 34	Melilla	282	2.05	0.953	17,362	0.000
	Granada	370	1.94	0.849		
	Ceuta	231	2.39	0.939		
	Total	883	2.09	0.924		
Ítem 35	Melilla	282	2.65	0.815	6,813	0.001
	Granada	370	2.85	0.800		
	Ceuta	232	2.63	0.883		
	Total	884	2.73	0.833		

N: número de alumnos; M: media; DT: desviación típica.

Como las puntuaciones totales de la EAIE modificada hacia los cuatro colectivos, el que peor puntuación ha obtenido ha sido el colectivo de marroquíes, se hace una comparativa entre los distintos ítems que hacen preguntas directamente

de las opiniones hacia los cuatro colectivos objeto de estudio, para ver qué opiniones tienen los estudiantes hacia los otros colectivos. Por lo que en las siguientes tablas se va a comparar las puntuaciones y medias que han obtenido cada colectivo de inmigrantes.

En la Tabla 25 se hace un análisis descriptivo de la puntuación obtenida en los ítems de si determinados colectivos son incapaces de integrarse en nuestra sociedad, así como el resultado de las pruebas *t*-Student para comparar las puntuaciones medias en cada uno de los colectivos estudiados. El que peor puntuación ha obtenido ha sido nuevamente el colectivo de marroquíes ($M=2.15$), pensando los estudiantes que son los que menos se integran en nuestra sociedad.

Tabla 25. *Comparación de muestras en función del ítem “son incapaces de integrarse en nuestra sociedad” a través de la prueba t de Student*

Ítems de la EAIE modificada	Prueba	t	p-valor
	<i>t</i> -Student <i>M (DT)</i>		
Los marroquíes son incapaces de integrarse en nuestra sociedad	2.15 (0.89)	-1.386	0.000
Los subsaharianos son incapaces de integrarse en nuestra sociedad	2.01 (0.789)	-1.242	0.000
Los sudamericanos son incapaces de integrarse en nuestra sociedad	1.85 (0.719)	-1.163	0.000
Los europeos del este son incapaces de integrarse en nuestra sociedad	1.91 (0.738)	-0.996	0.000

M: media; DT: desviación típica.

En Tabla 26 se hace un análisis descriptivo de la puntuación obtenida en los ítems que preguntan sobre la higiene personal de los distintos colectivos, así como el resultado de las pruebas *t*-Student para comparar las puntuaciones medias en cada uno de los colectivos estudiados. El que peor puntuación ha obtenido ha sido el colectivo de marroquíes ($M=2.15$), pensando los estudiantes que son los que menos cuidan su higiene personal.

Tabla 26. Comparación de muestras en función del ítem “son poco cuidadosos con su higiene personal” a través de la prueba t de Student

Ítems de la EAIE modificada	Prueba t-Student	t	p-valor
	M (DT)		
Los marroquíes, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal	2.15 (0.85)	-1.386	0.000
Los subsaharianos, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal	2.09 (0.79)	-1.242	0.000
Los sudamericanos, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal	1.88 (0.63)	-1.163	0.000
Los europeos del este, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal	1.83 (0.61)	-0.996	0.000

M: media; DT: desviación típica.

En la Tabla 27 se hace un análisis descriptivo de la puntuación obtenida en los ítems: “en general no soporto a los distintos colectivos”, así como el resultado de las pruebas t-Student para comparar las puntuaciones medias en cada uno de los colectivos estudiados. El que peor puntuación ha obtenido ha sido el colectivo de marroquíes (M=1.50), pensando los estudiantes que son los que menos soportan.

Tabla 27. Comparación de muestras en función del ítem “En general, no soporto a ...” a través de la prueba t de Student

Ítems de la EAIE modificada	Prueba t-Student	t	p-valor
	M (DT)		
En general, no soporto a los marroquíes	1.50 (0.72)	-1.386	0.000
En general, no soporto a los subsaharianos	1.40 (0.58)	-1.242	0.000
En general, no soporto a los sudamericanos	1.37 (0.54)	-1.163	0.000
En general, no soporto a los europeos del este	1.38 (0.56)	-0.996	0.000

M: media; DT: desviación típica.

En la Tabla 28 se hace un análisis descriptivo de la puntuación obtenida en los ítems que preguntan si se sentarían al lado de un determinado colectivo de inmigrante en un transporte público, así como el resultado de las pruebas t-Student para comparar las puntuaciones medias en cada uno de los colectivos estudiados. El que peor puntuación ha obtenido ha sido el colectivo de marroquíes (M=1.53), pensando los estudiantes que no se sentarían al lado de un marroquí.

Tabla 28. *Comparación de muestras en función del ítem “si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un ... en un transporte público” a través de la prueba t de Student*

Ítems de la EAIE modificada	Prueba	<i>t</i>	<i>p</i> -valor
	<i>t</i> -Student		
	M (DT)		
Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un marroquí en un transporte público	1.53 (0.70)	-1.386	0.000
Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un subsahariano en un transporte público	1.49 (0.65)	-1.242	0.000
Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un sudamericano en un transporte público	1.45 (0.59)	-1.163	0.000
Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un europeo del este e un transporte público	1.49 (0.93)	-0.996	0.000

M: media; DT: desviación típica.

Y en último lugar, en la Tabla 29 se hace un análisis descriptivo de la puntuación obtenida en los ítems que preguntan si los estudiantes temen por su seguridad cuando ven a un determinado grupo de inmigrantes, así como el resultado de las pruebas *t*-Student para comparar las puntuaciones medias en cada uno de los colectivos estudiados. El que peor puntuación ha obtenido ha sido el colectivo de marroquíes (M=2.09).

Tabla 29. *Comparación de muestras en función del ítem “Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de ...” a través de la prueba t de Student*

Ítems de la EAIE modificada	Prueba	<i>t</i>	<i>p</i> -valor
	<i>t</i> -Student		
	M (DT)		
Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de marroquíes	2.09 (0.92)	-1.386	0.000
Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de subsaharianos	1.90 (0.82)	-1.242	0.000
Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de sudamericanos	1.83 (0.76)	-1.163	0.000
Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de europeos del este	1.83 (0.76)	-0.996	0.000

M: media; DT: desviación típica.

1.1.3.1. Variable Sexo

En la Tabla 30 se muestra el análisis descriptivo de la puntuación obtenida en la escala de actitud hacia la inmigración según sexo, así como el resultado de

las pruebas *t*-Student realizadas para comparar las puntuaciones medias de la escala entre hombres y mujeres en cada uno de los colectivos estudiados.

Según los resultados, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia los distintos colectivos entre hombres y mujeres. Aunque las medias obtenidas por las mujeres son ligeramente inferiores a las obtenidas por los hombres en todos los colectivos. El colectivo mejor valorado por las mujeres es el procedente de países del este y el peor valorado el colectivo de marroquíes. Y por parte de los hombres, el peor valorado es el colectivo de marroquíes y el mejor valorado el colectivo de sudamericanos.

Tabla 30. *t de Student de la EAIE modificada entre hombres y mujeres*

Colectivo	Sexo, M (DT)		Prueba <i>t</i> -Student	
	Mujer	Hombre	<i>t</i>	<i>p</i> -valor
Marroquíes	69.96 (15.19)	71.77 (15.95)	-1.386	0.166
Subsaharianos	69.44 (14.82)	71.03 (15.84)	-1.242	0.214
Países del este	68.99 (14.46)	70.45 (15.56)	-1.163	0.245
Sudamericanos	69.07 (14.52)	70.32 (15.34)	-0.996	0.32

M: media; DT: desviación típica.

1.1.3.2. Variable Cultura

Para analizar la variable cultura, solamente se ha podido estudiar en los estudiantes de la Facultad de Melilla, que es donde hay matriculados alumnos de procedencia bereber y solo se ha tenido en cuenta la cultura de procedencia europea y bereber, ya que las otras culturas no son representativas.

En la Tabla 31 se muestra el análisis descriptivo de la puntuación obtenida en la escala de actitud hacia la inmigración según la cultura, así como el resultado de las pruebas *t*-Student realizadas para comparar las puntuaciones medias de la escala, en cada uno de los colectivos estudiados.

Según la cultura, las puntuaciones obtenidas en la escala, en todos los colectivos, de los alumnos de la Facultad de Melilla con cultura europea fueron significativamente superiores con respecto a los alumnos de cultura bereber.

Tabla 31. *t* de Student de la EAIE según cultura europea y bereber

Colectivo	Cultura, <i>M</i> (<i>DT</i>)		Prueba <i>t</i> -Student	
	Europea	Bereber	<i>t</i>	<i>p</i> -valor
Marroquíes	74.91 (13.23)	63.22 (11.62)	6.199	< 0.001
Subsaharianos	74.38 (12.96)	63.46 (11.56)	5.929	< 0.001
Países del este	73.61 (12.57)	63.18 (11.51)	5.813	< 0.001
Sudamericanos	73.55 (12.42)	63.2 (11.38)	5.837	< 0.001

M: media; DT: desviación típica.

1.1.3.3. Variable Curso

En la Tabla 32 se muestra el análisis descriptivo de la puntuación obtenida en la escala de actitud hacia los diferentes colectivos de inmigrantes según la variable curso, así como el resultado de las pruebas ANOVA realizadas para comparar las puntuaciones medias de la escala entre las facultades.

Según los resultados, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia los distintos colectivos entre los cursos. Aunque las medias obtenidas por los alumnos de tercer y cuarto curso son ligeramente superiores a las obtenidas por los alumnos de cursos inferiores. Con lo que se obtiene que los alumnos que están cursando los últimos años de Enfermería presentan una actitud más negativa hacia los diferentes grupos de inmigrantes.

Tabla 32. *Descriptivo y comparación EAIE de los diferentes colectivos entre cursos*

Colectivo	Curso, <i>M</i> (<i>DT</i>)				Prueba AVOVA	
	1.º	2.º	3.º	4.º	F	<i>p</i> -valor
Marroquíes	69,91 (16.28)	68.75 (14.87)	71.11 (15.53)	71.97 (14.35)	1.68	0.17
Subsaharianos	69.24 (15.9)	68.34 (14.61)	70.52 (15.17)	71.37 (14.14)	1.59	0.189
Países del este	68.69 (15.59)	67.91 (14.4)	70.12 (14.8)	70.82 (13.61)	1.64	0.179
Sudamericano	68.62 (15.56)	68.11 (14.52)	70.01 (14.64)	70.96 (13.7)	1.55	0.2

M: media; DT: desviación típica.

1.1.3.4. Variable Facultad

En la Tabla 33 se muestra el análisis descriptivo de la puntuación obtenida en la escala de actitud hacia la inmigración según la facultad, así como el resultado de las pruebas ANOVA realizadas para comparar las puntuaciones medias de la escala entre las facultades.

Según los resultados, las puntuaciones obtenidas en la facultad de Granada en la escala en todos los colectivos estudiados, fueron significativamente inferiores a las obtenidas en las facultades de Melilla y Ceuta.

Tabla 33. *Descriptivo comparación EAIE entre facultades*

Colectivo	Facultad, M (DT)			Prueba ANOVA	
	Melilla	Granada	Ceuta	F	p-valor
Marroquíes	72.23 (13.95)	66.76 (14.78)	73.82 (16.87)	17.68	< 0.001
Subsaharianos	71.84 (13.61)	66.12 (14.35)	73.14 (16.67)	19.12	< 0.001
Países del este	71.19 (13.24)	65.98 (14.24)	72.37 (16.21)	16.44	< 0.001
Sudamericanos	71.13 (13.06)	66.03 (14.35)	72.45 (16.22)	16.30	< 0.001

M: media; DT: desviación típica.

1.1.3.5. Variable Contacto con inmigrantes

Según el contacto (Tabla 34), las puntuaciones obtenidas en la escala, en todos los colectivos, en aquellas personas que han tenido contacto con inmigrantes fueron significativamente inferiores con respecto a las obtenidas en aquellas personas que no han tenido contacto alguno con inmigrantes.

Tabla 34. *t de Student de la EAIE según contacto con inmigrantes*

Colectivo	Contacto, M (DT)		Prueba t-Student	
	Sí	No	t	p-valor
Marroquíes	69.85 (15.22)	73.66 (15.95)	-2.408	0.016
Subsaharianos	69.31 (14.89)	72.9 (15.77)	-2.333	0.02
Países del este	68.83 (14.57)	72.42 (15.22)	-2.387	0.017
Sudamericanos	68.86 (14.59)	72.43 (15.09)	-2.371	0.018

M: media; DT: desviación típica.

1.2. Cuestionario “Escala de Emociones”

1.2.1. Fiabilidad de la Escala

Inicialmente se realiza el análisis de la fiabilidad de la Escala de Emociones hacia los cuatro colectivos de inmigrantes. El coeficiente alfa de Cronbach muestra un valor de $\alpha = .91$, lo que indica una alta fiabilidad de la escala utilizada (Quero Virla, 2010).

1.2.2. Análisis Factorial

Tal y como hicieron los autores García et al. (2003), para reducir el número de variables en la escala de emociones, se realizaron cuatro Análisis Factoriales Exploratorios (AFE), mediante el método de componentes principales con rotación Varimax, uno para cada colectivo de inmigrantes.

Los factores analizados por los autores fueron cuatro, denominándolos de la siguiente manera:

- Emociones positivas: formado por: agradecimiento, admiración, simpatía, respeto y atracción.
- Emociones positivas paternalistas: que incluyen las emociones de lástima y compasión.
- Emociones negativas tradicionales: las que expresan un rechazo abierto o una actitud claramente hostil hacia el exogrupo, y son: rabia, hostilidad, odio y asco.
- Emociones negativas sutiles, formadas por: miedo, inseguridad, incomodidad, desconfianza e indiferencia.

Al analizar nuestros resultados, no se obtuvo lo mismo que los autores, ya que se obtiene una estructura de tres factores, uniendo todas las emociones negativas en uno, tanto sutiles como tradicionales.

En la Tabla 35 se observa el AFE de las emociones hacia el colectivo de marroquíes, formado por tres factores.

Tabla 35. *AFE emociones hacia colectivo marroquíes*

Emoción marroquíes	Factor 1 Emociones negativas	Factor 2 Emociones Positivas	Factor 3 Emociones Positivas Paternalistas
Miedo	.76		
Incomodidad	.79		
Inseguridad	.74		
Desconfianza	.76		
Indiferencia	.40		
Odio	.80		
Hostilidad	.55		

Emoción marroquíes	Factor 1 Emociones negativas	Factor 2 Emociones Positivas	Factor 3 Emociones Positivas Paternalistas
Rabia	.82		
Asco	.77		
Admiración		.77	
Atracción		.69	
Simpatía		.74	
Respeto		.39	
Agradecimiento		.82	
Lástima			.77
Compasión			.76
% de Varianza explicada Colectivo Marroquíes	30.85%	19.29%	11.48%

En la Tabla 36 se observa el AFE de las emociones hacia el colectivo de subsaharianos, formado por tres factores igualmente.

Tabla 36. AFE emociones hacia colectivo subsaharianos

Emoción subsaharianos	Factor 1 Emociones negativas	Factor 2 Emociones Positivas	Factor 3 Emociones Positivas Paternalistas
Miedo	.71		
Incomodidad	.51		
Inseguridad	.66		
Desconfianza	.65		
Indiferencia	.38		
Odio	.76		
Hostilidad	.41		
Rabia	.81		
Asco	.75		
Admiración		.77	
Atracción		.69	
Simpatía		.77	
Respeto		.48	
Agradecimiento		.77	
Lástima			.73

Emoción subsaharianos	Factor 1 Emociones negativas	Factor 2 Emociones Positivas	Factor 3 Emociones Positivas Paternalistas
Compasión			.71
% de Varianza explicada Colectivo Subsaharianos	26.68%	18.89%	11.64%

Como se puede observar en la Tabla 37, el AFE de las emociones hacia el colectivo de europeos del este también está formado por tres factores.

Tabla 37. *AFE emociones hacia colectivo europeos del este*

Emoción países del este	Factor 1 Emociones negativas	Factor 2 Emociones Positivas	Factor 3 Emociones Positivas Paternalistas
Miedo	.65		
Incomodidad	.57		
Inseguridad	.62		
Desconfianza	.61		
Indiferencia	.29		
Odio	.81		
Hostilidad	.51		
Rabia	.84		
Asco	.71		
Admiración		.75	
Atracción		.67	
Simpatía		.78	
Respeto		.46	
Agradecimiento		.76	
Lástima			.74
Compasión			.74
% de Varianza explicada Colectivo europeos países del este	24.52%	18.39%	18.94%

Y en último lugar, en la Tabla 38, el AFE de las emociones hacia el colectivo de sudamericanos, igualmente ha tenido una estructura formado por tres factores.

Tabla 38. AFE emociones hacia colectivo sudamericanos

Emoción Sudamericanos	Factor 1 Emociones negativas	Factor 2 Emociones Positivas	Factor 3 Emociones Positivas Paternalistas
Miedo	.65		
Incomodidad	.74		
Inseguridad	.65		
Desconfianza	.67		
Indiferencia	.32		
Odio	.79		
Hostilidad	.46		
Rabia	.83		
Asco	.78		
Admiración		.79	
Atracción		.66	
Simpatía		.79	
Respeto		.45	
Agradecimiento		.79	
Lástima			.71
Compasión			.73
% de Varianza explicada Colectivo Subsahariano	26.68%	18.89%	11.64%

Como no se ha encontrado el mismo número de factores en la Escala de Emociones, se decide analizar los factores como los propuestos por el autor, de tal manera que se agrupan las emociones en cuatro factores.

1.2.3. Análisis descriptivo

A continuación, se muestra el análisis descriptivo de cada una de las emociones relacionadas con actitudes personales hacia los cuatro colectivos estudiados (marroquíes, subsaharianos, países del este y sudamericanos).

En la Figura 23 se puede observar las puntuaciones medias de todas las emociones que despiertan todos los colectivos a los estudiantes de Enfermería, donde se contempla gráficamente las medias obtenidas, estando en el centro, entre la puntuación 1 y 2 la mayoría de las emociones, y en la puntuación 3 solamente

admiración, simpatía y respeto. Ninguna emoción ha conseguido obtener la mayor puntuación, ni las positivas ni las negativas.

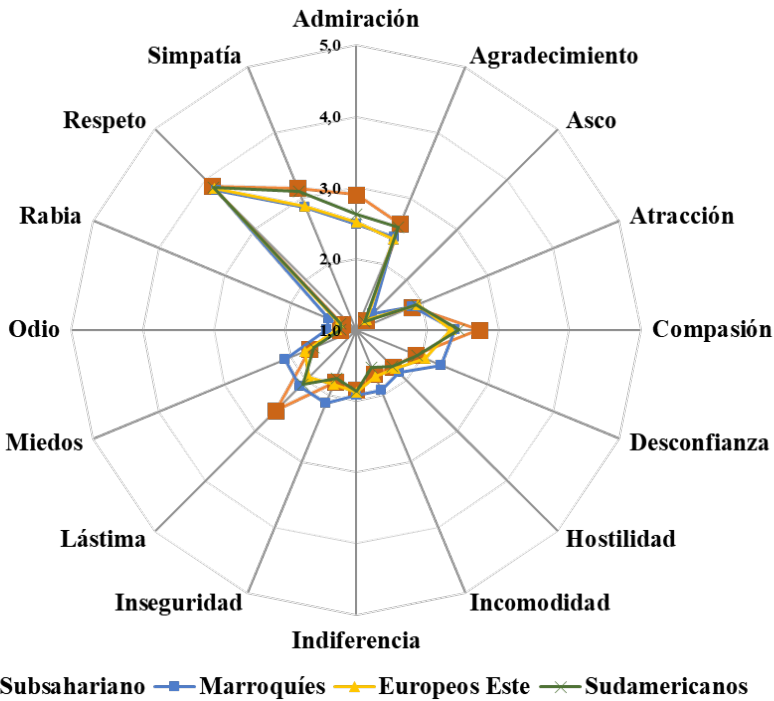


Figura 23. Puntuaciones medias de las emociones según el colectivo de inmigrantes

1.2.3.1. Análisis de las emociones en función del factor de pertenencia

A continuación, se muestran los resultados tras el análisis de las emociones según los cuatro factores que los autores del instrumento original habían obtenido (emociones positivas, emociones positivas paternalistas, emociones negativas tradicionales y emociones negativas sutiles).

1.2.3.1.1. Análisis descriptivo de las emociones positivas

En primer lugar, se expone en la Tabla 39 las emociones positivas hacia los diferentes colectivos de inmigrantes objeto de estudio.

En cuanto a la emoción “agradecimiento” se despierta más hacia el colectivo de subsaharianos, seguidos de sudamericanos, marroquíes y por último los europeos de países del este. La emoción “admiración” se despierta más hacia el colectivo de

subsaharianos, seguida del colectivo de sudamericanos, europeos de países del este y por último el colectivo de marroquíes. La emoción “atracción” se despierta más hacia el colectivo de europeos del este, sudamericanos, marroquíes y en último lugar los subsaharianos. En la emoción “simpatía”, es el colectivo de subsaharianos el que mayor simpatía produce, tras los subsaharianos, sudamericanos y los que menos el colectivo de marroquíes. Y en cuanto a la última emoción positiva “respeto”, son los subsaharianos los que mayor respeto despierta, seguidos de los sudamericanos, europeos del este y en último lugar el colectivo de marroquíes.

Tabla 39. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las emociones positivas según colectivo

Colectivo	Emociones positivas <i>M</i> (DT)				
	Agradecimiento	Admiración	Atracción	Simpatía	Respeto
Subsaharianos	2.61 (1.28)	2.9 (1.28)	1.85 (1.05)	3.16 (1.11)	3.86 (1.13)
Marroquíes	2.41 (1.17)	2.48 (1.16)	1.86 (1.06)	2.87 (1.13)	3.77 (1.18)
Países este	2.38 (1.11)	2.51 (1.12)	1.94 (1.07)	2.88 (1.07)	3.81 (1.13)
Sudamericanos	2.56 (1.22)	2.63 (1.17)	1.92 (1.08)	3.11 (1.1)	3.83 (1.12)

M: media; DT: desviación típica.

1.2.3.1.2. Análisis descriptivo de las emociones positivas paternalistas

Seguidamente se expone en la Tabla 40 las emociones positivas paternalistas hacia los diferentes colectivos de inmigrantes objeto de estudio.

En referencia a la emoción “lástima”, es el colectivo de subsaharianos el que más lástima despierta seguido de los marroquíes, sudamericanos y el que menos lástima es el colectivo de europeos del este. En relación a la emoción “compasión” se evoca más hacia el colectivo de subsaharianos seguido de los sudamericanos, marroquíes y por último los europeos de países del este.

Tabla 40. Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las emociones positivas paternalistas según colectivo.

Colectivo	Emociones positivas paternalistas <i>M</i> (DT)	
	Lástima	Compasión
Subsaharianos	2.6 (1.32)	2.73 (1.24)
Marroquíes	2.11 (1.17)	2.39 (1.11)
Países del este	1.95 (1.08)	2.33 (1.11)
Sudamericanos	2.07 (1.15)	2.44 (1.14)

M: media; DT: desviación típica.

1.2.3.1.3. Análisis descriptivo de las emociones negativas tradicionales

A continuación, se expone en la Tabla 41 las siguientes emociones negativas tradicionales hacia los diferentes colectivos de inmigrantes objeto de estudio.

En cuanto a la emoción “odio”, es el colectivo de marroquíes quien despierta más odio en los estudiantes, les siguen los europeos del este; y los colectivos de subsaharianos y sudamericanos los que menos.

Con respecto a la emoción “hostilidad”, despierta de más a menos hostilidad hacia el colectivo de marroquíes, seguidos de los procedentes de países del este, subsaharianos y los sudamericanos los que menos. En referencia a la emoción “rabia”, es el colectivo de marroquíes el peor valorado, seguido de los europeos del este, sudamericanos y subsaharianos.

Y por último, según la emoción “asco” el que peor puntúa es el colectivo de marroquíes, seguidos de los europeos del este, subsaharianos y el que menos el colectivo de sudamericanos.

Tabla 41. *Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las emociones negativas tradicionales según colectivo.*

Colectivo	Emociones negativas tradicionales M (DT)			
	Odio	Hostilidad	Rabia	Asco
Subsaharianos	1.22 (0.59)	1.73 (1.06)	1.21 (0.59)	1.19 (0.54)
Marroquíes	1.41 (0.84)	1.85 (1.11)	1.42 (0.9)	1.33 (0.8)
Países del este	1.27 (0.66)	1.77 (1.06)	1.26 (0.68)	1.21 (0.68)
Sudamericanos	1.22 (0.57)	1.72 (1.06)	1.23 (0.62)	1.17 (0.52)

M: media; DT: desviación típica.

1.2.3.1.4. Análisis descriptivo de las emociones negativas sutiles

Seguidamente se expone en la Tabla 42 las siguientes emociones negativas sutiles hacia los diferentes colectivos de inmigrantes objeto de estudio.

En la emoción “miedo”, se evoca más hacia el colectivo de marroquíes, subsaharianos, países del este y en último lugar los sudamericanos.

En referencia a la emoción “incomodidad”, es el grupo de marroquíes los que mayor incomodidad produce a la muestra de estudio, seguido del colectivo de europeos del este, subsaharianos y por último lugar los sudamericanos.

Según la emoción “inseguridad” se evoca más inseguridad hacia el colectivo de marroquíes, europeos del este, subsaharianos y el que menos hacia el colectivo de sudamericanos.

En la emoción “desconfianza”, es el colectivo de marroquíes los que mayor desconfianza produce a la muestra de estudio, seguido de los europeos del este, sudamericanos y subsaharianos.

Y en último lugar, la emoción “indiferencia”, ha sido el colectivo de marroquíes los que mayor indiferencia despierta en los estudiantes, seguido del colectivo de europeos del este, sudamericanos y subsaharianos.

Tabla 42. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las emociones negativas sutiles según colectivo

Colectivo	Emociones negativas sutiles <i>M (DT)</i>				
	Miedo	Incomodidad	Inseguridad	Desconfianza	Indiferencia
Subsaharianos	1.71 (1)	1.67 (2.01)	1.79 (1.04)	1.91 (1.06)	1.84 (1.12)
Marroquíes	2.09 (1.2)	1.92 (1.14)	2.12 (1.22)	2.29 (1.23)	1.92 (1.19)
Países del este	1.78 (1.03)	1.71 (1.71)	1.83 (1.04)	2.05 (1.14)	1.88 (1.14)
Sudamericanos	1.64 (0.93)	1.57 (0.85)	1.73 (0.98)	1.93 (1.05)	1.86 (1.14)

M: media; DT: desviación típica.

Como podemos observar, en las tablas 40, 41, 42 y 43 (emociones positivas y negativas en general) la intensidad de las emociones evocadas hacia los cuatro grupos objeto de evaluación es bastante baja. De hecho, tan solo dos emociones superan el punto medio de la escala (3), se trata de las emociones de respeto, en todos los colectivos, y de simpatía, hacia los subsaharianos y sudamericanos.

1.2.3.2. Emociones según la variable sexo

En las siguientes tablas se muestra el análisis descriptivo de las emociones según sexo, así como el resultado de las pruebas *t*-Student realizadas para comparar las puntuaciones medias en las emociones entre hombres y mujeres en cada uno de los colectivos estudiados.

Respecto a los inmigrantes marroquíes (Tabla 43), las pruebas evidencian que, en atracción e indiferencia la puntuación de las mujeres fue significativamente inferior a la de los hombres, mientras que en miedo y respeto la puntuación de las mujeres fue significativamente superior a la de los hombres.

Tabla 43. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes entre hombres y mujeres*

Sentimiento	Sexo, M (DT)		Prueba t-Student	
	Mujer	Hombre	t	p-valor
Atracción	1.81 (1.03)	2.08 (1.1)	-3.099	0.002
Miedo	2.17 (1.23)	1.77 (1.02)	4.068	< 0.001
Indiferencia	1.84 (1.16)	2.21 (1.25)	-3.709	< 0.001
Respeto	3.81 (1.16)	3.6 (1.24)	2.144	0.032

M: media; DT: desviación típica.

Con respecto a los subsaharianos (Tabla 44), las pruebas muestran que, en odio, rabia e indiferencia la puntuación de las mujeres es significativamente inferior a la de los hombres, mientras que en miedo, la puntuación de las mujeres es significativamente superior a la de los hombres.

Tabla 44. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos entre hombres y mujeres*

Emociones	Sexo, M (DT)		Prueba t-Student	
	Mujer	Hombre	t	p-valor
Odio	1.19 (0.54)	1.32 (0.72)	-2.678	0.008
Rabia	1.18 (0.52)	1.31 (0.78)	-2.589	0.01
Miedo	1.77 (1.02)	1.5 (0.89)	3.256	0.001
Indiferencia	1.77 (1.08)	2.13 (1.24)	-3.88	< 0.001

M: media; DT: desviación típica.

En relación con los inmigrantes de los países del este (Tabla 45), las pruebas constatan que en los sentimientos: odio, atracción, asco e indiferencia, la puntuación de las mujeres es significativamente inferior a la de los hombres, mientras que en miedo la puntuación de las mujeres es significativamente superior a la de los hombres.

Tabla 45. *Descriptivo y comparación emociones hacia los inmigrantes de los países del este entre hombres y mujeres*

Sentimiento	Sexo, M (DT)		Prueba t-Student	
	Mujer	Hombre	t	p-valor
Odio	1.23 (0.61)	1.43 (0.81)	-3.786	< 0.001
Atracción	1.86 (1.03)	2.24 (1.17)	-4.334	< 0.001
Miedo	1.82 (1.05)	1.61 (0.93)	2.43	0.015
Asco	1.18 (0.56)	1.33 (1.01)	-2.732	0.006
Indiferencia	1.81 (1.11)	2.16 (1.23)	-3.681	< 0.001

M: media; DT: desviación típica.

Respecto a los inmigrantes sudamericanos (Tabla 46), las pruebas muestran que, odio, atracción, rabia e indiferencia, la puntuación de las mujeres es significativamente inferior a la de los hombres, mientras que en miedo la puntuación de las mujeres es significativamente superior a la de los hombres.

Tabla 46. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los sudamericanos entre hombres y mujeres*

Emociones	Sexo, M (DT)		Prueba <i>t</i> -Student	
	Mujer	Hombre	t	p-valor
Odio	1.18 (0.5)	1.35 (0.75)	-3.543	< 0.001
Atracción	1.85 (1.04)	2.19 (1.17)	-3.794	< 0.001
Rabia	1.2 (0.54)	1.33 (0.83)	-2.586	0.01
Miedo	1.68 (0.95)	1.48 (0.87)	2.52	0.012
Indiferencia	1.79 (1.09)	2.13 (1.25)	-3.676	< 0.001

M: media; DT: desviación típica.

1.2.3.3. *Emociones según la cultura*

Para analizar el cuestionario de las emociones, en función de la cultura de pertenencia, y como hemos indicado con anterioridad, solamente se ha podido utilizar la Facultad de Melilla, ya que es en el único campus donde hay matriculados un número considerable de alumnos de procedencia bereber. Solo se ha tenido en cuenta las culturas de procedencia europea y bereber, ya que las otras culturas (mixta, gitana, hebrea, hindú y otras) no han tenido representación prácticamente.

En las siguientes tablas se muestra el análisis descriptivo de las emociones según la cultura de procedencia europea y de cultura bereber en la Facultad de Melilla, así como el resultado de las pruebas *t*-Student realizadas para comparar las puntuaciones medias en las emociones entre alumnos de procedencia europea y bereber en cada uno de los colectivos estudiados.

En relación con el colectivo de marroquíes (Tabla 47), las pruebas constatan que en las emociones positivas: agradecimiento, atracción, simpatía y respeto, la puntuación de los alumnos bereberes fueron significativamente superiores que las obtenidas por los alumnos europeos; y en las emociones negativas: miedo, asco, inseguridad, desconfianza e indiferencia, la puntuación de los alumnos bereberes es significativamente inferior a los alumnos de procedencia europea.

Tabla 47. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes entre culturas.*

Emociones	Cultura, <i>M (DT)</i>		Prueba <i>t</i> -Student	
	Europea	Bereber	t	p-valor
Agradecimiento	2.35 (1.14)	2.72 (1.24)	-2.9	0.004
Atracción	1.77 (1.02)	2.33 (1.22)	-3.115	0.002
Miedo	2.08 (1.22)	1.52 (0.92)	2.38	0.018
Simpatía	2.78 (1.02)	3.21 (1.08)	-2.832	0.005
Asco	1.32 (0.84)	1.13 (0.46)	-2.32	0.021
Inseguridad	2.17 (1.28)	1.77 (1.16)	-3.166	0.002
Desconfianza	2.36 (1.25)	1.93 (1.17)	3.885	< 0.001
Indiferencia	2.03 (1.27)	1.49 (0.91)	3.183	0.002
Respeto	3.74 (1.15)	4 (1.2)	3.296	0.001

M: media; DT: desviación típica.

Con respecto a los subsaharianos (Tabla 48), las pruebas evidencian que, en rabia, miedo y asco, la puntuación de los alumnos bereberes fueron significativamente inferiores que en los alumnos europeos; y en las emociones positivas: simpatía, lástima y compasión son los alumnos bereberes los que puntúan significativamente superior a los alumnos de procedencia europea.

Tabla 48. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos entre culturas*

Emociones	Cultura, <i>M (DT)</i>		Prueba <i>t</i> -Student	
	Europea	Bereber	t	p-valor
Agradecimiento	2.4 (1.25)	2.75 (1.34)	-1.944	0.053
Rabia	1.23 (0.64)	1.08 (0.33)	-1.997	0.047
Miedo	1.77 (1.04)	1.54 (0.94)	-3.812	< 0.001
Simpatía	2.94 (1.06)	3.23 (1.07)	-3.807	< 0.001
Asco	1.18 (0.56)	1.07 (0.31)	2.194	0.029
Lástima	2.64 (1.28)	3.16 (1.21)	-2.433	0.016
Compasión	2.68 (1.23)	3.31 (1.09)	2.742	0.007

M: media; DT: desviación típica.

Con respecto a los inmigrantes de los países del este (Tabla 49), las pruebas reflejan que en las emociones positivas: admiración y lástima, la puntuación de los alumnos bereberes es significativamente superior que los alumnos europeos; y en las emociones negativas: inseguridad, desconfianza e indiferencia, la puntuación de los alumnos bereberes es significativamente inferior a los alumnos de procedencia europea.

Tabla 49. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes de los países del este entre culturas*

Emociones	Cultura, <i>M (DT)</i>		Prueba <i>t</i> -Student	
	Europea	Bereber	t	p-valor
Admiración	2.4 (1.11)	2.77 (1.3)	-2.215	0.028
Lástima	1.98 (1.09)	2.64 (1.24)	-4.015	< 0.001
Inseguridad	1.88 (1.1)	1.61 (0.95)	-3.458	0.001
Desconfianza	2.11 (1.17)	1.95 (1.19)	3.26	0.001
Indiferencia	2 (1.25)	1.46 (0.91)	2.316	0.021

M: media; DT: desviación típica.

Por último, en cuanto a los inmigrantes sudamericanos (Tabla 50), las pruebas demuestran que en las emociones positivas: admiración, lástima y compasión, la puntuación de los alumnos bereberes fue significativamente superior que los alumnos europeos; y en las emociones negativas: rabia, incomodidad, asco e inseguridad, la puntuación de los alumnos bereberes fue significativamente inferior a los alumnos de procedencia europea, excepto en la emoción de hostilidad que fue significativamente superior en los alumnos de procedencia bereber.

Tabla 50. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los sudamericanos entre culturas*

Emociones	Cultura, <i>M (DT)</i>		Prueba <i>t</i> -Student	
	Europea	Bereber	t	p-valor
Admiración	2.41 (1.12)	2.8 (1.33)	1.948	0.052
Hostilidad	1.9 (1.16)	1.93 (1.29)	-2.162	0.032
Rabia	1.2 (0.59)	1.16 (0.52)	-3.451	0.001
Incomodidad	1.63 (0.95)	1.44 (0.72)	-2.24	0.026
Asco	1.17 (0.54)	1.08 (0.33)	-2.083	0.038
Lástima	2.08 (1.13)	2.66 (1.22)	-3.606	< 0.001
Inseguridad	1.77 (1.06)	1.62 (1)	-3.612	< 0.001
Compasión	2.46 (1.14)	2.98 (1.12)	2.864	0.005

M: media; DT: desviación típica.

1.2.3.4. *Emociones según el curso*

En las siguientes tablas se muestra el análisis descriptivo de las emociones según el curso, así como el resultado de las pruebas ANOVA realizadas para comparar las puntuaciones medias en las emociones entre los distintos cursos en cada uno de los colectivos estudiados.

Con la intención de hacer más llevadera la lectura de estos resultados, solamente se van a mostrar aquellas emociones que han obtenido diferencias significativas.

Con respecto a los marroquíes (Tabla 51), las pruebas constatan que, en los sentimientos positivos: “agradecimiento y admiración”, las puntuaciones del 1^{er} curso fueron significativamente inferiores con respecto a 2.º, 3.º y 4.º, por lo que evocan menos emociones. En las emociones “compasión y respeto”, las puntuaciones del 4.º curso fueron significativamente inferiores con respecto a 1^{er}, 2.º y 3.º, siendo los de 2.º los que más compasión y respeto sienten.

Y en la emoción negativa “indiferencia”, las puntuaciones del 1^{er} curso fueron significativamente superiores con respecto a los de 2.º, 3.º y 4.º.

Tabla 51. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes entre cursos*

Emociones	Curso, M (DT)				Prueba AVOVA	
	1.º	2.º	3.º	4.º	F	p-valor
Agradecimiento	2.19 (1.1)	2.65 (1.17)	2.47 (1.22)	2.31 (1.14)	6.527	< 0.001
Admiración	2.31 (1.13)	2.66 (1.15)	2.46 (1.18)	2.48 (1.17)	3.53	0.015
Compasión	2.4 (1.12)	2.47 (1.06)	2.45 (1.19)	2.17 (1.06)	3.008	0.03
Indiferencia	2.18 (1.3)	1.77 (1.05)	1.86 (1.18)	1.86 (1.16)	5.249	0.001
Respeto	3.82 (1.18)	3.85 (1.05)	3.81 (1.22)	3.54 (1.27)	2.895	0.034

M: media; DT: desviación típica.

En relación con los subsaharianos (Tabla 52), las pruebas evidencian que, en los sentimientos positivos: agradecimiento, admiración, las puntuaciones del 2.º curso es significativamente superior con respecto a 1^{er}, 3.º y 4.º, siendo los de 1.º los que menos emociones sienten hacia el colectivo.

En la emoción “respeto”, las puntuaciones del 4.º curso son significativamente menor con respecto a 1^{er}, 2.º y 3.º, siendo los de 1.º los que más emociones presentan.

Y en la emoción “indiferencia”, las puntuaciones del curso 1.º fueron significativamente superior con respecto a los de 2.º, 3.º y 4.º, por tanto, los que más emociones presentan hacia los subsaharianos.

Tabla 52. Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos entre cursos

Emociones	Curso, M (DT)				Prueba ANOVA	
	1.º	2.º	3.º	4.º	F	p-valor
Agradecimiento	2.41 (1.27)	2.88 (1.25)	2.62 (1.32)	2.52 (1.22)	5.75	0.001
Admiración	2.62 (1.26)	3.14 (1.21)	2.91 (1.33)	2.92 (1.26)	6.496	< 0.001
Indiferencia	2.03 (1.23)	1.69 (0.95)	1.84 (1.16)	1.8 (1.11)	3.638	0.013
Respeto	3.93 (1.11)	3.92 (1.02)	3.89 (1.15)	3.65 (1.22)	2.639	0.048

M: media; DT: desviación típica.

Con respecto al colectivo de procedencia de países del este (Tabla 53), las pruebas muestran que, en las emociones positivas: “agradecimiento” y “admiración”, las puntuaciones del 2.º curso fueron significativamente superiores con respecto a 1.º, 3.º y 4.º, siendo los de 1.º los que menos puntuación han tenido. En la emoción negativa “indiferencia”, las puntuaciones del 1.º curso fueron significativamente superiores con respecto a 2.º, 3.º y 4.º.

Tabla 53. Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes de los países del este entre cursos

Emociones	Curso, M (DT)				Prueba ANOVA	
	1.º	2.º	3.º	4.º	F	p-valor
Agradecimiento	2.21 (1.04)	2.54 (1.1)	2.44 (1.19)	2.29 (1.07)	3.899	0.009
Admiración	2.36 (1.1)	2.66 (1.07)	2.48 (1.16)	2.55 (1.15)	2.741	0.042
Indiferencia	2.09 (1.23)	1.71 (1)	1.89 (1.17)	1.84 (1.14)	4.288	0.005

M: media; DT: desviación típica.

Con respecto a los sudamericanos (Tabla 54), las pruebas muestran que, en las emociones positivas: “agradecimiento” y “admiración”, las puntuaciones del 2.º curso fueron significativamente superiores con respecto a 1.º, 3.º y 4.º, siendo los de 1.º los que menos puntuación han obtenido.

En la emoción “respeto”, las puntuaciones del 4.º curso fueron significativamente inferiores con respecto a 1.º, 2.º y 3.º, siendo los de 2.º los que más puntuación han presentado.

Y en la emoción negativa “indiferencia”, las puntuaciones del 1.º curso fueron significativamente superiores con respecto a los de 2.º, 3.º y 4.º.

Tabla 54. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los sudamericanos entre cursos*

Emociones	Curso, M (DT)				Prueba ANOVA	
	1.º	2.º	3.º	4.º	F	p-valor
Agradecimiento	2.39 (1.22)	2.75 (1.21)	2.6 (1.26)	2.49 (1.14)	3.605	0.013
Admiración	2.46 (1.19)	2.79 (1.11)	2.59 (1.17)	2.69 (1.17)	3.292	0.02
Indiferencia	2.07 (1.24)	1.69 (0.98)	1.86 (1.17)	1.8 (1.11)	4.37	0.005
Respeto	3.92 (1.08)	3.93 (0,98)	3.84 (1.17)	3.59 (1.23)	3.886	0.009

M: media; DT: desviación típica.

1.2.3.5. Emociones según la facultad de estudio

En las siguientes tablas se muestra el análisis descriptivo de las emociones según la facultad en la que se estudia, así como el resultado de las pruebas ANOVA realizadas para comparar las puntuaciones medias en las emociones entre los estudiantes de Melilla, Granada y Ceuta, en cada uno de los colectivos estudiados.

En relación con los inmigrantes marroquíes (Tabla 55), las pruebas muestran que, en las emociones de odio, hostilidad, rabia, miedo, incomodidad, asco, lástima, inseguridad, desconfianza y compasión, se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de las distintas facultades.

Las emociones positivas hacia los marroquíes entre los alumnos de las diferentes facultades con diferencias estadísticamente significativas son:

- La puntuación de la emoción “*lástima*” fue significativamente superior en los alumnos de la facultad de Melilla (2.27) con respecto a la facultad de Ceuta (2.09) y de Granada (2); no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre Granada y Ceuta.
- La puntuación de la emoción “*compasión*” fue significativamente superior en los alumnos de la facultad de Melilla (2.56) con respecto a Ceuta (2.36) y Granada (2.27). No se encuentra diferencias significativas entre los alumnos de Granada y Ceuta.

Las emociones negativas hacia los marroquíes entre los alumnos de las diferentes facultades con diferencias estadísticamente significativas son:

- La puntuación en “*odio*” hacia los marroquíes en la facultad de Ceuta (1.58) fue significativamente superior con respecto a la obtenida en Granada (1.34) y con respecto a la obtenida en Melilla (1.35). Entre las facultades de Melilla

y Granada no se observó diferencia estadísticamente significativa.

- En cuanto a la puntuación de la emoción “*hostilidad*” hacia los marroquíes ha sido significativamente superior en la facultad de Ceuta (2.03) con respecto Granada (1.62). No ha habido diferencias significativas entre las facultades de Ceuta y Melilla.
- En referencia a la puntuación obtenida en la emoción “*rabia*” hacia los marroquíes, ha sido significativamente superior en los alumnos de la facultad de Ceuta (1.56), con respecto a la de Melilla (1.38) y a la de Granada (1.36), no encontrándose diferencias significativas entre Melilla y Granada.
- En función a la puntuación de la emoción “*miedo*” hacia los marroquíes, se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas superiores en los alumnos de Ceuta (2.37) con respecto a Granada (2.01) y Melilla (1.96). No existiendo diferencias significativas entre las facultades de Melilla y Granada.
- La puntuación que ha obtenido la emoción “*incomodidad*” hacia los marroquíes es significativamente superior en la facultad de Ceuta (2.07) con respecto a la de Granada (1.89) y de Melilla (1.83). No existen diferencias significativas entre Melilla y Granada.
- La emoción “*asco*” ha obtenido una puntuación hacia los marroquíes significativamente superior, los alumnos de Ceuta (1.44) con respecto a Granada (1.29) y Melilla (1.28). No hay diferencias significativas entre Melilla y Granada.
- En cuanto a la emoción “*inseguridad*” hacia los marroquíes, la puntuación significativamente superior son los alumnos de la facultad de Ceuta (2.5) con respecto a los alumnos de Melilla (2.09) y de Granada (1.91). No se encontraron diferencias significativas entre Melilla y Granada.
- La puntuación de la emoción “*desconfianza*” hacia los marroquíes, significativamente superior ha sido los alumnos de la facultad de Ceuta (2.6) con respecto a los alumnos de Melilla (2.26) y de Granada (2.1). No se encontraron diferencias significativas entre Melilla y Granada.

Tabla 55. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes según facultad*

Sentimiento	Facultad, Media (DT)			Prueba ANOVA	
	Melilla	Granada	Ceuta	F	p-valor
Odio	1.35 (0.77)	1.34 (0.77)	1.58 (0.99)	7.037	0.001
Hostilidad	2.00 (1.2)	1.62 (0.95)	2.03 (1.17)	13.659	< 0.001
Rabia	1.38 (0.88)	1.36 (0.86)	1.56 (0.96)	3.952	0.02
Miedo	1.96 (1.18)	2.01 (1.11)	2.37 (1.3)	9.099	< 0.001
Incomodidad	1.83 (1.14)	1.89 (1.11)	2.07 (1.19)	3.042	0.048
Asco	1.28 (0.77)	1.29 (0.78)	1.44 (0.85)	3.013	0.05
Lástima	2.27 (1.22)	2 (1.13)	2.09 (1.14)	4.388	0.013
Inseguridad	2.09 (1.27)	1.91 (1.08)	2.5 (1.28)	17.161	< 0.001
Desconfianza	2.26 (1.25)	2.1 (1.15)	2.6 (1.29)	11.792	< 0.001
Compasión	2.56 (1.15)	2.27 (1.08)	2.36 (1.1)	5.55	0.004

M: media; DT: desviación típica.

Con respecto a los subsaharianos (Tabla 56), las pruebas evidenciaron que en los sentimientos de atracción, hostilidad, rabia, miedo, simpatía, lástima, inseguridad, desconfianza y compasión se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de las distintas facultades.

Las emociones positivas hacia los subsaharianos entre los alumnos de las diferentes facultades con diferencias estadísticamente significativas son:

- La puntuación en “atracción” hacia los subsaharianos en la facultad de Melilla (1.7) fue significativamente inferior con respecto a la obtenida en Granada (1.91) y con respecto a la obtenida en Ceuta (1.97). Entre las facultades de Granada y Ceuta no se observó diferencia estadísticamente significativa.
- La puntuación de la emoción “simpatía” fue significativamente inferior en los alumnos de la facultad de Melilla (3.02) con respecto a la facultad de Granada (3.26) y de Ceuta (3.17); no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre Granada y Ceuta.
- En cuanto a la puntuación de la emoción “lástima”, fue significativamente inferior en la facultad de Granada (2.38) con respecto a Melilla (2.77) y Ceuta (2.74). No habiendo diferencia entre Melilla y Ceuta.
- La última emoción positiva, la “compasión” que despierta el colectivo de subsaharianos a los estudiantes de las diferentes facultades, fue significativamente inferior en la facultad de Granada (2.6) con respecto a la

de Melilla (2.84) y de Ceuta (2.81). No se encuentra diferencias significativas entre Melilla y Ceuta.

Las emociones negativas hacia los subsaharianos entre los alumnos de las diferentes facultades con diferencias estadísticamente significativas son:

- La puntuación en “hostilidad” hacia los subsaharianos en la facultad de Granada (1.56) fue significativamente inferior con respecto a la obtenida en Melilla (1.86) y en Ceuta (1.84). Entre las facultades de Melilla y Ceuta no se observó diferencia estadísticamente significativa.
- En la emoción “rabia” la facultad de Ceuta (1.31) es significativamente superior a la de Granada; no habiendo diferencias entre la facultad Ceuta y de Melilla.
- En la emoción “miedo”, en la facultad de Ceuta (1.96) fue significativamente superior que en la de Melilla (1.72) y que en la de Granada (1.54). Entre las facultades de Melilla y Granada no se observó diferencia estadísticamente significativa.
- En referencia a la puntuación de la emoción “inseguridad”, fue significativamente inferior en la facultad de Granada (1.56) con respecto a la de Melilla (1.82) y Ceuta (2.09). No se encuentra diferencias entre las facultades de Melilla y Ceuta.
- En cuanto a la emoción “desconfianza” que despierta el colectivo de subsaharianos a los estudiantes, se encuentra que existe una puntuación inferior estadísticamente significativa en la facultad de Granada (1.64) con respecto a la de Melilla (2.04) y de Ceuta (2.2). No se haya diferencias significativas entre las facultades de Melilla y Ceuta.

Tabla 56. Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos según facultad

Sentimiento	Facultad, <i>M</i> (<i>DT</i>)			Prueba ANOVA	
	Melilla	Granada	Ceuta	F	<i>p</i> -valor
Atracción	1.7 (0.97)	1.91 (1.05)	1.95 (1.13)	4.273	0.014
Hostilidad	1.86 (1.12)	1.56 (0.96)	1.84 (1.09)	8.195	< 0.001
Rabia	1.2 (0.59)	1.16 (0.49)	1.31 (0.71)	4.569	0.011
Miedo	1.72 (1.02)	1.54 (0.84)	1.96 (1.16)	12.734	< 0.001
Simpatía	3.02 (1.08)	3.26 (1.09)	3.17 (1.16)	3.831	0.022
Lástima	2.77 (1.29)	2.38 (1.23)	2.74 (1.44)	9.083	< 0.001
Inseguridad	1.82 (1.08)	1.56 (0.86)	2.09 (1.17)	19.829	< 0.001

Sentimiento	Facultad, M (DT)			Prueba ANOVA	
	Melilla	Granada	Ceuta	F	p-valor
Desconfianza	2.04 (1.13)	1.64 (0.85)	2.2 (1.16)	24.036	< 0.001
Compasión	2.84 (1.24)	2.6 (1.17)	2.81 (1.33)	3.617	0.027

M: media; DT: desviación típica

En el colectivo de inmigrantes de los países del este (Tabla 57), las pruebas evidencian que, en las emociones de hostilidad, rabia, miedo, lástima, inseguridad, desconfianza y compasión, hay diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de las distintas facultades.

Las emociones positivas hacia los europeos de países del este entre los alumnos de las diferentes facultades con diferencia estadísticamente significativa son solamente las positivas paternalistas:

- La puntuación de la emoción “*lástima*” hacia los europeos de países del este es significativamente superior en los alumnos de la facultad de Melilla (2.15) con respecto a la facultad de Ceuta (1.97) y de Granada (1.79).
- En relación con la puntuación de la emoción “*compasión*” hacia el colectivo de europeos de países del este es significativamente superior en los alumnos de Melilla (2.59) con respecto a Ceuta (2.25) y Granada (2.21).

Las emociones negativas tradicionales hacia los europeos de países del este entre los alumnos de las diferentes facultades con diferencia estadísticamente significativa son:

- La puntuación en “*hostilidad*” en la facultad de Granada (1,63) es significativamente inferior con respecto a la obtenida en Melilla (1,89) y con respecto a la obtenida en Ceuta (1,85).
- La puntuación en “*rabia*” en la facultad de Ceuta (1.35) fue significativamente superior a Granada (1.24) y Melilla (1.22).
- En cuanto a la puntuación en “*miedo*”, la facultad de Ceuta (1.94) fue significativamente superior con respecto a Melilla (1.73) y Granada (1.71).
- En referencia con la puntuación obtenida en “*inseguridad*”, ha sido la facultad de Ceuta (2.11) quien puntúa superior con respecto a Melilla (1.82) y Granada (1.66).
- Y, por último, en la puntuación de la emoción “*desconfianza*”, la facultad de Ceuta (2.32) puntúa superior con respecto a Melilla (2.08) y Granada (1.85).

Tabla 57. Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes de los países del este según facultad

Sentimiento	Facultad, M (DT)			Prueba ANOVA	
	Melilla	Granada	Ceuta	F	p-valor
Hostilidad	1.89 (1.13)	1.63 (0.98)	1.85 (1.07)	5.53	0.004
Rabia	1.22 (0.6)	1.24 (0.67)	1.35 (0.76)	2.985	0.051
Miedo	1.73 (1.02)	1.71 (0.98)	1.94 (1.09)	3.993	0.019
Lástima	2.15 (1.17)	1.79 (0.95)	1.97 (1.11)	9.002	< 0.001
Inseguridad	1.82 (1.07)	1.66 (0.92)	2.11 (1.14)	13.627	< 0.001
Desconfianza	2.08 (1.18)	1.85 (1)	2.32 (1.23)	12.283	< 0.001
Compasión	2.59 (1.13)	2.21 (1.08)	2.25 (1.1)	5.188	0.006

M: media; DT: desviación típica.

Por último, en relación con las emociones hacia los inmigrantes sudamericanos (Tabla 58), las pruebas evidencian que, en los sentimientos de hostilidad, rabia, miedo, incomodidad, lástima, inseguridad, desconfianza y compasión, existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de las distintas facultades.

Las emociones positivas paternalistas hacia el colectivo de sudamericanos entre los alumnos de las diferentes facultades con diferencia estadísticamente significativa son:

- La puntuación de la emoción “*lástima*” fue significativamente inferior en los alumnos de la facultad de Granada (1.93) con respecto a la facultad de Ceuta (2.18) y de Melilla (2.22).
- Y la última emoción positiva “*compasión*” hacia el colectivo de inmigrantes sudamericanos, ha tenido una puntuación significativamente superior en Melilla (2.6) con respecto Ceuta (2.48) y Granada (2.29).

Las emociones negativas hacia los sudamericanos entre los alumnos de las diferentes facultades con diferencia estadísticamente significativa son:

- La puntuación en “*hostilidad*” es significativamente inferior en la facultad de Granada (1.57) con respecto a la obtenida en Melilla (1.88) y con respecto a la obtenida en Ceuta (1.78).
- La puntuación que obtiene la emoción “*rabia*” hacia los inmigrantes sudamericanos con diferencia significativa es superior en los alumnos de Ceuta (1.32) con respecto a los de Melilla (1.2) y Granada (1.19).
- La puntuación obtenida en “*miedo*” hacia el colectivo de sudamericanos es

significativamente superior en Ceuta (1.87) con respecto a Melilla (1.64) y Granada (1.54).

- En función de la puntuación de la emoción “*incomodidad*”, se ha encontrado una diferencia significativa superior en los alumnos de Ceuta (1.67) con respecto a Melilla (1.58) y Granada (1.48).
- La puntuación que se obtiene en “*inseguridad*” hacia los sudamericanos es estadísticamente superior en Ceuta (1.99) con respecto a Melilla (1.74) y Granada (1.55).
- En relación con la puntuación obtenida en la emoción “*desconfianza*”, es estadísticamente superior en Ceuta (2.18) con respecto a Melilla (1.96) y Granada (1.74).

Tabla 58. Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes sudamericanos según facultad

Emociones	Facultad, M (DT)			Prueba ANOVA	
	Melilla	Granada	Ceuta	F	p-valor
Hostilidad	1.88 (1.18)	1.47 (0.95)	1.78 (1.02)	7.53	0.001
Rabia	1.2 (0.58)	1.19 (0.57)	1.32 (0.72)	3.83	0.022
Miedo	1.64 (1)	1.54 (0.85)	1.87 (0.97)	4.037	0.018
Incomodidad	1.58 (0.9)	1.48 (0.78)	1.67 (0.89)	3.489	0.031
Lástima	2.22 (1.18)	1.93 (1.11)	2.18 (1.16)	5.22	0.006
Inseguridad	1.74 (1.05)	1.55 (0.82)	1.99 (1.05)	14.735	< 0.001
Desconfianza	1.96 (1.12)	1.74 (0.9)	2.18 (1.14)	12.708	< 0.001
Compasión	2.6 (1.16)	2.29 (1.09)	2.48 (1.16)	5.874	0.003

M: media; DT: desviación típica

1.2.3.6. Emociones según el contacto con inmigrantes

En las siguientes tablas se muestra el análisis descriptivo de las emociones según el contacto o no con inmigrantes, así como el resultado de las pruebas *t*-Student realizadas para comparar las puntuaciones medias en las emociones entre las personas que tienen contacto con inmigrantes y aquellas que no lo tienen, en cada uno de los colectivos estudiados.

En relación con los inmigrantes marroquíes (Tabla 59), las pruebas muestran que, en miedo e incomodidad la puntuación de las personas con contacto con inmigrantes fue significativamente inferior a la de las personas sin contacto, mientras

que, en agradecimiento, atracción, simpatía y respeto la puntuación de las personas con contacto con inmigrantes es significativamente superior a la de las personas sin contacto.

Tabla 59. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los marroquíes según contacto con inmigrantes*

Emociones	Contacto inmigrantes, M (DT)		Prueba <i>t</i> -Student	
	Sí	No	t	p-valor
Agradecimiento	2.45 (1.18)	2.14 (1.08)	2.652	0.008
Atracción	1.89 (1.06)	1.65 (1.01)	2.202	0.028
Miedo	2.06 (1.18)	2.31 (1.3)	-2.072	0.039
Simpatía	2.91 (1.14)	2.64 (1.06)	2.352	0.019
Incomodidad	1.88 (1.12)	2.19 (1.25)	-2.69	0.007
Respeto	3.8 (1.19)	3.52 (1.11)	2.358	0.019

M: media; DT: desviación típica.

Con respecto a los subsaharianos (Tabla 60), las pruebas muestran que, en hostilidad, desconfianza y compasión la puntuación de las personas que tienen contacto con inmigrantes es significativamente inferior a la de las personas sin contacto, mientras que, en agradecimiento, atracción, simpatía y respeto la puntuación de las personas con contacto con inmigrantes es significativamente superior a la de las personas sin contacto.

Tabla 60. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los subsaharianos según contacto con inmigrantes*

Emociones	Contacto inmigrantes, M (DT)		Prueba <i>t</i> -Student	
	Sí	No	t	p-valor
Agradecimiento	2.67 (1.28)	2.25 (1.21)	3.253	0.001
Atracción	1.9 (1.06)	1.55 (0.92)	3.288	0.001
Hostilidad	1.69 (1.03)	1.94 (1.18)	-2.245	0.025
Simpatía	3.19 (1.12)	2.92 (1.01)	2.434	0.015
Desconfianza	1.88 (1.06)	2.13 (1.07)	-2.261	0.024
Compasión	2.7 (1.22)	2.95 (1.36)	-1.992	0.047
Respeto	3.89 (1.13)	3.6 (1.09)	2.574	0.01

M: media; DT: desviación típica.

Con respecto a los inmigrantes de los países del este (Tabla 61), las pruebas constatan que, en lástima y compasión la puntuación de las personas con contacto con

inmigrantes es significativamente inferior a la de las personas sin contacto, mientras que, en agradecimiento, atracción, simpatía y respeto la puntuación de las personas con contacto con inmigrantes es significativamente superior a la de las personas sin contacto.

Tabla 61. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes de los países del este según contacto con inmigrantes*

Emociones	Contacto inmigrantes, M (DT)		Prueba t-Student	
	Sí	No	t	p-valor
Agradecimiento	2.41 (1.12)	2.16 (1.06)	2.138	0.033
Atracción	1.97 (1.08)	1.72 (0.97)	2.337	0.02
Simpatía	2.92 (1.08)	2.66 (0.96)	2.321	0.021
Lástima	1.92 (1.05)	2.15 (1.22)	-2.031	0.043
Compasión	2.3 (1.12)	2.55 (1.04)	-2.143	0.032
Respeto	3.85 (1.14)	3.55 (1.06)	2.63	0.009

M: media; DT: desviación típica.

En relación con los inmigrantes sudamericanos (Tabla 62), las pruebas muestran que, en incomodidad, lástima, inseguridad y desconfianza la puntuación de las personas con contacto con inmigrantes es significativamente inferior a la de las personas sin contacto, mientras que, en agradecimiento, atracción, simpatía y respeto la puntuación de las personas con contacto con inmigrantes es significativamente superior a la de las personas sin contacto.

Tabla 62. *Descriptivo y comparación de las emociones hacia los inmigrantes sudamericanos según contacto con inmigrantes*

Emociones	Contacto inmigrantes, M (DT)		Prueba t-Student	
	Sí	No	t	p-valor
Agradecimiento	2.61 (1.23)	2.21 (1.09)	3.248	0.001
Atracción	1.97 (1.1)	1.59 (0.87)	3.485	0.001
Simpatía	3.16 (1.1)	2.75 (1.04)	3.678	< 0.001
Incomodidad	1.54 (0.83)	1.77 (0.95)	-2.744	0.006
Lástima	2.04 (1.14)	2.31 (1.19)	-2.314	0.021
Inseguridad	1.7 (0.96)	1.94 (1.07)	-2.396	0.017
Desconfianza	1.9 (1.05)	2.14 (1.06)	-2.238	0.025
Respeto	3.87 (1.13)	3.59 (1.03)	2.42	0.016

M: media; DT: desviación típica.

1.3. Cuestionario “Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto”

1.3.1. Análisis de fiabilidad

Al igual que hicieron los autores Pettigrew y Meertens en su estudio europeo, y como Rueda y Navas en España, se comprueba la fiabilidad de las escalas. En el estudio realizado por Pettigrew y Meertens, los coeficientes *alpha* de la escala manifiesta son superiores a los de la escala sutil, oscilando desde $\alpha_{.83}$ a $\alpha_{.88}$ en la escala manifiesta y desde $.68$ a $.77$ en la escala sutil.

En nuestro trabajo se ha obtenido en la escala de prejuicio sutil $\alpha_{.806}$, en la escala de prejuicio manifiesto $\alpha_{.838}$, y en la escala total un $\alpha_{.893}$ (Tabla 63). Por lo que, según nuestros resultados, creemos que las escalas presentan unos valores *alpha* suficientemente altos para apoyar la consistencia interna de las mismas, ya que mostró unos valores superiores a $.80$.

Tabla 63. *Fiabilidad de la escala para la muestra total.*

Prejuicio	Alfa de Cronbach (α)
Total	0.893
Sutil	0.806
Manifiesto	0.838

1.3.2. Análisis factorial exploratorio

Por otro lado, se realiza la validez del constructo a través del análisis factorial exploratorio, con el objetivo de comprobar la validez del modelo original propuesto por Pettigrew y Meertens (1995). Dicho modelo está formado por dos factores (sutil y manifiesto); y a su vez, cada factor está subdividido en dos más para la subescala de prejuicio manifiesto, y por tres para la subescala de prejuicio sutil (tal y como se explica en el capítulo de la metodología cuando se comentan los instrumentos utilizados).

Al realizar el AFE, el análisis de componentes principales da como resultado 3 factores, que explican el 51.195% de la varianza total. Para determinar la solución, se han aplicado como criterio las cargas factoriales, que son el medio para interpretar la función que cada variable desempeña para definir cada factor. El valor considerado, de acuerdo con Kline (1994), ha sido $.30$.

Primeramente, se recurre a la prueba KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), la cual nos indica si es recomendable o no, realizar el AFE. El test de esfericidad de Barlett, comprueba si existe redundancia entre los ítems que puedan ser resumidos en un único factor (Australia, Allen y Heritage, 2014). Al analizar la correlación de la escala (Tabla 64), se observa una alta correlación de .928 y una significación de .000, por lo que no coincide con el modelo propuesto de los autores, y puede que no haya una gran diferencia entre los ítems que indican prejuicio sutil o prejuicio manifiesto.

Tabla 64. *Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Esfericidad de Bartlett para el total de la muestra*

	KMO	.925
	χ^2	5971.495
Esfericidad de Bartlett	Gl	190
	Sig.	.000

En la Tabla 65, podemos observar los 3 factores principales, que según las pruebas realizadas, se pueden agrupar los ítems de la escala.

Tabla 65. *Matriz de componentes rotados. Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto*

	Componentes		
	1	2	3
Ítem 1 (sutil)			0.751
Ítem 2 (manifiesto)			0.741
Ítem 3 (sutil)			0.696
Ítem 4 (manifiesto)			0.521
Ítem 5 (sutil)	.653		
Ítem 6 (sutil)		.507	
Ítem 7 (manifiesto)		.641	
Ítem 8 (manifiesto)	.499		
Ítem 9 (manifiesto)	.540		
Ítem 10 (manifiesto)			.692
Ítem 11 (sutil)			.490
Ítem 12 (sutil)		.724	
Ítem 13 (manifiesto)		.722	
Ítem 14 (sutil)	.698		
Ítem 15 (manifiesto)			.592
Ítem 16 (sutil)	.612		

	Componentes		
	1	2	3
Ítem 17 (manifiesto)		.699	
Ítem 18 (sutil)	.538		
Ítem 19 (sutil)	.628		
Ítem 20 (manifiesto)	.595		

Estos resultados indican que los factores que hemos obtenido no concuerdan con los factores que propusieron los autores. A modo de resumen se presenta de manera gráfica (Figura 24) la transformación entre el modelo teórico propuesto de 5 factores y el modelo propuesto en la presente investigación.

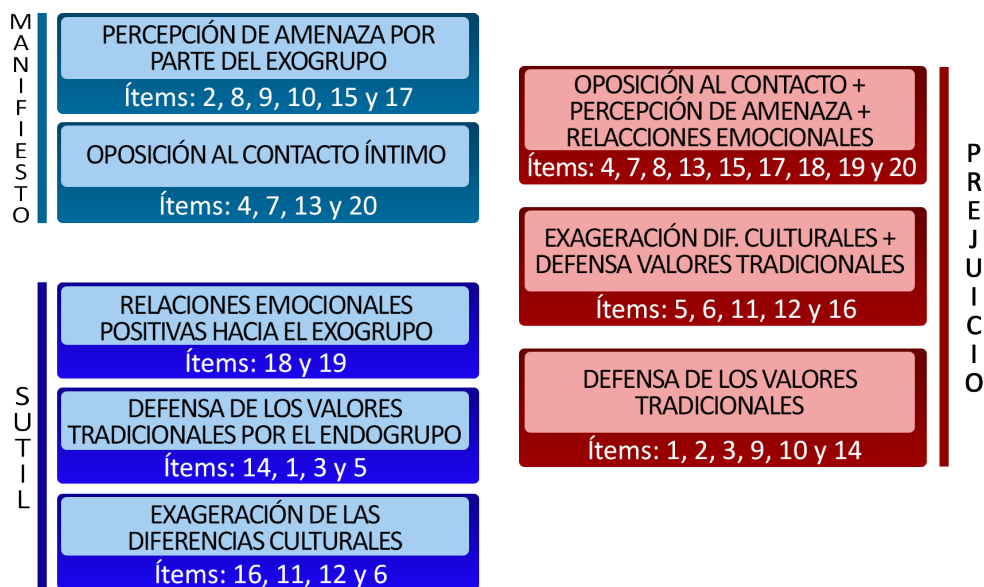


Figura 24. Resumen de conversión de factores detectados, modelo original vs modelo propuesto. Fuente: Elaboración propia.

En resumen, el modelo original propuesto por los autores, en el que la escala se divide perfectamente en prejuicio sutil y manifiesto y estas a su vez en 5 factores, y el modelo analizado, no se ajustan, por lo que se debería hacer un estudio en profundidad de la base teórica de dicho modelo. En la presente tesis, se ha decidido utilizar el modelo original ya que es el utilizado en todas las investigaciones que se han llevado a cabo, y así facilitar la comparación de los resultados.

1.3.3. Tipología de sujetos según puntuaciones

Como indicaron los autores Pettigrew y Meertens (1995) sumando las puntuaciones de los sujetos se pueden clasificar en tres tipos: el primero denominado sutil (las puntuaciones son bajas en manifiesto, pero altas en sutil), el segundo denominado igualitario (donde puntúan bajo en sutil y manifiesto) y, en tercer lugar los denominados fanáticos (que puntúan alto en las dos escalas). También se podría hablar de una cuarta clasificación, en la que los autores la denominaron sujetos no válidos, es decir, aquellos sujetos que obtienen una puntuación alta en manifiesto pero bajo en sutil. La clasificación de los diferentes sujetos se realizó en función de los valores correspondientes a los percentiles 75 de las puntuaciones obtenidas en los dos tipos de prejuicios (sutil y manifiesto), siendo para el prejuicio sutil la puntuación de corte de 34 y para el manifiesto de 30 (Tabla 66). Por lo que, siguiendo la tipología propuesta obtenemos que:

- Los sujetos fanáticos puntúan alto en ambas escalas, es decir, sutil ≥ 34 y manifiesto ≥ 27 ;
- Los sujetos sutiles puntúan bajo en manifiesto y alto en sutil, es decir, sutil ≥ 34 y manifiesto ≤ 30 ;
- Los sujetos igualitarios puntúan bajo en las dos escalas, es decir, sutil < 34 y manifiesto < 27 .

Tabla 66. *Criterios para la clasificación de los alumnos*

Clasificación de sujetos	Puntuación	
	Sutil	Manifiesto
Fanáticos	≥ 34	≥ 30
Sutiles	≥ 34	≤ 30
Igualitarios	< 34	< 30
No válidos	< 34	≥ 30

De acuerdo a la clasificación, el 55.8% de los alumnos son igualitarios, un 13.7% fanáticos, un 12.1% sutiles y un 18.4% no válidos (Figura 25).

TIPOS DE SUJETOS

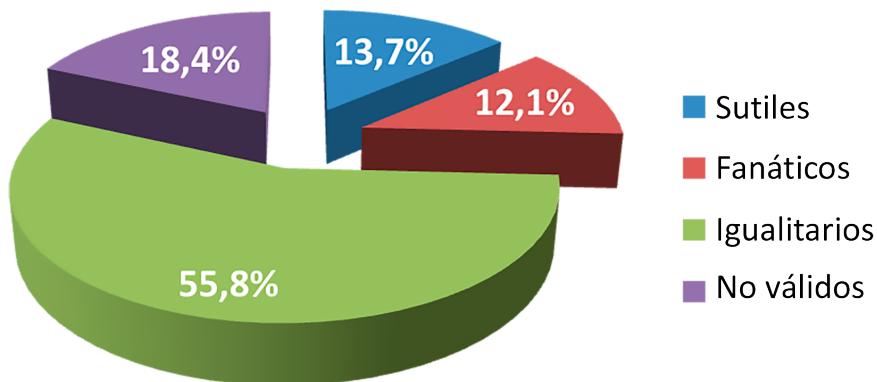


Figura 25. Clasificación de los alumnos en función de la tipología de sujetos.

1.3.4. Análisis descriptivo

En la Tabla 67 se muestran las medias y desviaciones típicas de los ítems de la escala de prejuicios en la que se observa que, la puntuación media total de la escala de prejuicio sutil es mayor (29.84) a la puntuación total de la escala de prejuicio manifiesto (27.84).

Tabla 67. Descriptivo de las escalas para la muestra total

Prejuicio	Rango	Media (DT)
Total	19 - 86	45.33 (11.85)
Sutil	10 - 48	29.84 (5.84)
Manifiesto	10 - 42	27.84 (3.76)

Como se puede observar en la Tabla 68 y Figura 26, el ítem de la subescala de prejuicio sutil con mayor puntuación ha sido: “Con frecuencia he sentido compasión por la situación en la que se encuentran los inmigrantes marroquíes” (3.98); seguido de: “He sentido admiración alguna vez por inmigrantes marroquíes” (3.67). Y el que menos puntuación ha tenido, ha sido: “El inconveniente de que los inmigrantes marroquíes se introduzcan en determinados lugares (departamentos, hospitales, etc.) es que no saben respetar las normas de convivencia establecidas” (2.37).

En la escala de prejuicio manifiesto, el ítem que mayor puntuación ha obtenido es: “No me importaría si un marroquí, adecuadamente preparado, fuera profesor o

jefe mío” (4.40). Y el ítem que menos puntuación ha obtenido es: “Los inmigrantes marroquíes proceden de razas menos capaces y esto explica por qué viven en una situación peor que los españoles” (1.67).

Tabla 68. *Ítems de la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto, Medias y Desviación Típica*

Ítem	M (DT)
1. En España existen grupos que sanen adelante por sus propios esfuerzos. Los inmigrantes marroquíes deberían hacer lo mismo sin que se les tenga que dar un trato especial	3.13 (1.27)
2. La mayoría de los políticos españoles se preocupan demasiado por los inmigrantes marroquíes y no lo suficiente por los demás ciudadanos españoles	2.73 (1.31)
3. El hecho de que los inmigrantes marroquíes no salgan adelante, es porque enseñan a sus hijos valores y destrezas que no son las adecuadas en esta sociedad.	2.41 (1.13)
4. No me importaría si un inmigrante marroquí, adecuadamente preparado, fuera profesor o jefe mío	4.40 (0.96)
5. El inconveniente de que los inmigrantes marroquíes se introduzcan en determinados lugares (departamentos, hospitales, etc.) es que no saben respetar las normas de convivencia establecidas	2.37 (1.21)
6. Los inmigrantes marroquíes se diferencian mucho de los españoles en los hábitos de higiene y en la necesidad de limpieza	2.69 (1.18)
7. No me importaría tener relaciones sexuales con una persona marroquí	3.26 (1.24)
8. Pienso que los inmigrantes marroquíes y españoles no pueden estar realmente tranquilos unos con otros, incluso aunque sean amigos	1.76 (0.97)
9. La mayoría de los inmigrantes marroquíes que reciben algún tipo de ayuda social o económica no lo necesitan, y podrían vivir sin ella si quisieran	2.35 (1.04)
10. Los inmigrantes marroquíes ocupan trabajos, viviendas y puestos escolares que no saben utilizar y que deberían ser ocupados por otras personas	2.12 (1.01)
11. Por lo que conozco, las personas marroquíes son muy diferentes de los ciudadanos españoles en los valores que enseñan a sus hijos	2.80 (1.09)
12. Pienso que los marroquíes son muy diferentes a los españoles en sus ideas y valores sexuales o en su práctica sexual	3.11 (1.08)
13. No me importaría que un marroquí, con una situación económica parecida a la mía, se casara con alguien de mi entorno familiar	3.69(1.10)
14. Lo cierto es que si los inmigrantes marroquíes pusieran un poco de empeño podrían estar, al menos, tan cómodamente como los ciudadanos españoles	2.96 (1.08)
15. No puede uno confiar en los marroquíes pues ellos no conocen la honestidad	1.82 (0.90)
16. Por lo que he podido ver, los marroquíes son muy diferentes de los ciudadanos españoles en su forma de hablar y de comunicarse con la gente	2.68 (1.08)

Ítem	M (DT)
17. Los inmigrantes marroquíes proceden de razas menos capaces y esto explica por qué viven en una situación peor que los españoles	1.67 (0.91)
18. He sentido admiración alguna vez por inmigrantes marroquíes	3.67 (1.08)
19. Con frecuencia he sentido compasión por la situación en la que se encuentran los inmigrantes marroquíes	3.98 (0.92)
20. Suponga que uno de sus familiares más cercanos (hijos o hermanos) tuviese descendencia con una persona marroquí, se sentiría bien si el hijo de su familiar tuviera todos los rasgos físicos de esa persona	4.02 (1.07)

M: media; DT: desviación típica.

Prejuicios

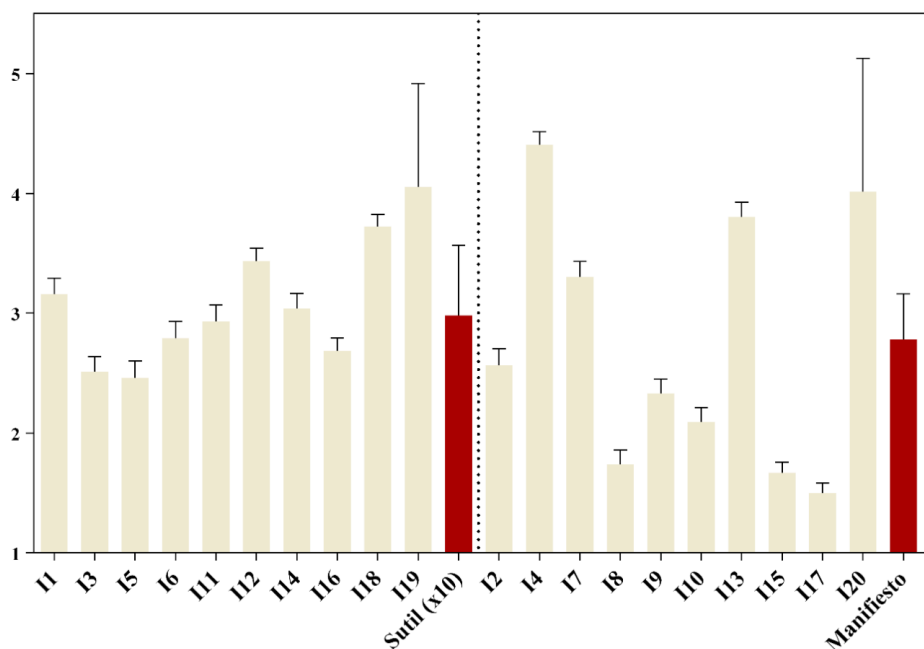


Figura 26. Medias y desviaciones típicas de los ítems de la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto.

1.3.5. Comparación de medias

En la Tabla 69 se muestra el descriptivo y comparativo de las variables edad, sexo, facultad de estudio y contacto con inmigrantes en función de la clasificación. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el curso de los sujetos en función de la clasificación ($p=0.006$), siendo los alumnos de tercer y cuarto curso los

que mayor número de sujetos sutiles. Los resultados de las pruebas Chi-cuadrado evidenciaron que el sexo, la facultad de estudio y el contacto con inmigrantes, no se asocia significativamente con la clasificación.

Tabla 69. *Descriptivo y comparación variables sociodemográficas según clasificación*

Variable	Clasificación			Prueba χ^2	p-valor
	Fanáticos	Sutiles	Igualitarios		
Sexo, n (%)				1.623	0.654
Mujer	88 (13.2)	78 (11.7)	378 (56.8)		
Hombre	27 (15.3)	24 (13.6)	91 (51.7)		
Curso, n (%)				22.93	0.006
1.º	32 (14,4)	25 (11,5)	34 (15)		
2.º	28 (12,6)	26 (11,9)	33 (14,6)		
3.º	123 (55,4)	142 (65,1)	116 (51,3)		
4.º	39 (17,6)	25 (11,5)	43 (19)		
Facultad, n (%)				11.344	0.078
Melilla	40 (14.3)	41 (14.7)	155 (55.6)		
Granada	36 (10.5)	35 (10.2)	206 (59.9)		
Ceuta	39 (17.9)	26 (11.9)	108 (49.5)		
Contacto inmigrantes, n (%)				3.796	0.284
Sí	103 (14)	86 (11.7)	404 (55)		
No	12 (11.2)	16 (15)	65 (60.7)		

1.3.6. Variable cultura en la Facultad de Melilla

En la Tabla 70 se muestra el descriptivo y comparativo de la variable cultura, pero solamente con la Facultad de Melilla, que es en el único campus donde hay representación de estudiantes de procedencia bereber. Se hace una comparativa solamente con los alumnos de procedencia europea y bereber, siendo el resto de culturas casi inexistentes. Es inferior el número de alumnos bereberes fanáticos y sutiles que los alumnos de procedencia europea.

Tabla 70. *Descriptivo y comparación variable cultura según clasificación*

Variable	Clasificación			Prueba χ^2	p-valor
	Fanáticos	Sutiles	Igualitarios		
Cultura, n (%)				11.61	0.009
Europea	35 (16.8)	35 (16.8)	106 (51)		
Bereber	2 (3.3)	6 (9.8)	44 (72.1)		

En la Tabla 71 se muestra el descriptivo y comparativo de las puntuaciones en los prejuicios sutil y manifiesto para las variables curso, sexo, facultad de estudio y contacto con inmigrantes. En relación con el curso, se ha encontrado diferencia significativa en la escala de prejuicio manifiesto, así, el *post-hoc* indica que son los alumnos de 4.º curso los que mayor puntuación han obtenido y los que menos los de 2.º.

En cuanto a la variable facultad de estudio, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos. El análisis *post-hoc* indica que la puntuación en la escala de prejuicio sutil en la facultad de Granada es significativamente inferior con respecto a las facultades de Melilla y Ceuta. En el prejuicio manifiesto, la puntuación de los alumnos de Ceuta fue significativamente superior con respecto a los alumnos de Granada y Melilla.

En relación con el resto de variables no se observan diferencias significativas en las puntuaciones de los prejuicios sutil y manifiesto entre los grupos.

Tabla 71. Descriptivo y comparación de los prejuicios sutil y manifiesto en las variables sociodemográficas

Variable	Prejuicio					
	Sutil			Manifiesto		
	Media (DT)	Prueba	p-valor	Media (DT)	Prueba	p-valor
Curso		$F(3.847) = 1.12$	0.342		$F(3.848) = 4.69$	0.003
1.º	29.23 (6.27)			27.6 (3.73)		
2.º	29.46 (5.76)			27.21 (3.52)		
3.º	30.4 (5.75)			28.19 (4.04)		
4.º	29,83 (5.5)			28.46 (3.61)		
Sexo		$t(849) = -1.13$	0.259		$t(850) = -1.37$	0.172
Mujer	29.72 (5.97)			27.75 (3.75)		
Hombre	30.28 (5.31)			28.18 (3.8)		
Facultad		$F(2.848) = 5.69$	0.004		$F(2.849) = 4.93$	0.007
Melilla	30.46 (5.76)			27.64 (3.84)		
Granada	29.03 (5.44)			27.57 (3.36)		
Ceuta	30.31 (6.41)			28.02 (4.19)		
Contacto inmigrantes		$t(849) = -0.72$	0.473		$t(849) = 1.62$	0.165
Sí	29.78 (5.81)			27.93 (3.64)		
No	30.21 (6.1)			26.98 (4.46)		

DT: desviación típica.

1.3.7. Las emociones como predictoras del nuevo prejuicio: Análisis de regresión

Tal y como hicieron los autores García et al. (2003) se quiere hacer una comprobación que permita predecir la nueva forma de prejuicio en los estudiantes de la muestra, para lo cual se hizo un análisis de regresión lineal. Los resultados se pueden observar en la Tabla 72, en el que las emociones negativas tradicionales, las emociones negativas sutiles y las emociones positivas son las predictoras del nuevo prejuicio expresado hacia los inmigrantes. Por lo que las puntuaciones altas en las emociones negativas tradicionales (odio, hostilidad, rabia y asco), las puntuaciones altas en las emociones sutiles (miedo, incomodidad, inseguridad, desconfianza e indiferencia) y las puntuaciones bajas en las emociones positivas (admiración, atracción, simpatía, respeto y agradecimiento), predicen los mayores niveles de prejuicio hacia los exogrupos. En cuanto a las emociones positivas paternalistas (compasión y lástima) no se han hallado diferencias significativas, por lo que estas no predicen el nuevo prejuicio.

Tabla 72. *Emociones predictoras de nuevo prejuicio hacia el colectivo de marroquíes*

Colectivo	Emociones	β	t	p	R ²
Marroquíes	Negativas Tradicionales	.11	2.95	0.003	.32
	Positivas	-.35	-11.22	0.000	
	Negativas Sutiles	.24	5.98	0.000	

1.4. Cuestionario “Distancia de Social”

1.4.1. Fiabilidad de la Escala

Se realiza la fiabilidad de la Escala de Distancia Social. Se obtiene un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha = .805$, por lo que indica una buena fiabilidad de la escala utilizada.

1.4.2. Análisis descriptivo

En la Tabla 73 se puede observar el análisis descriptivo de la escala de distancia social hacia los cuatro colectivos de inmigrantes objeto de estudio. La puntuación menor que se puede obtener es de 1 y la máxima de 6, siendo de menor a mayor

rechazo, respectivamente. En general se ha obtenido una puntuación moderada en la distancia social.

Por colectivo, la puntuación media obtenida hacia los marroquíes fue la mayor de los cuatro colectivos, obteniendo 2.98, seguida de los subsaharianos con una media de 2.82, europeos de países del este con 2.76 y el que menos puntuación ha obtenido ha sido el colectivo de sudamericanos con 2.65. Por lo que se puede afirmar que los alumnos presentan más distancia social hacia el colectivo de marroquíes, y por tanto, los que más separación expresan; por el contrario, los que menos distancia expresan son los sudamericanos.

Tabla 73. *Descriptivo de la escala de distancia social para la muestra total*

Colectivo	Media (DT)
Marroquíes	2.98 (1.07)
Subsaharianos	2.82 (0.88)
Países del este	2.76 (1.08)
Sudamericanos	2.65 (0.93)

En la Tabla 74 se muestran el número de alumnos y el porcentaje que han respondido a todas las relaciones sociales que están dispuestos o ya mantienen con los colectivos de inmigrantes. En la relación *me casaría con uno de ellos*, son con los sudamericanos (14.8%) los que más alumnos han elegido esa opción y los últimos los subsaharianos (9.8%).

En la relación *viviría en el mismo techo*, también ha sido el colectivo de sudamericanos los más elegidos (17.1%) y el que menos los subsaharianos (9.8%).

En la relación *los aceptaría como amigos*, ha sido el colectivo de marroquíes el más elegido (56.3%) y el que menos los subsaharianos (9.8%).

En la relación *preferiría tenerlos como conocidos*, ha sido el colectivo de marroquíes con un 13.1% y el que menos los sudamericanos (7.9%).

En cuanto a la relación *los excluiría de mis relaciones sociales* el que mayor porcentaje ha obtenido el de los marroquíes (2.9%) y el que menor los sudamericanos (1.6%).

Y por último en la relación *de no quisiera ni verlos*, el porcentaje mayor ha sido para los marroquíes (3.7) y el que menor los subsaharianos (0.6%).

Tabla 74. Descriptivo de los ítems de distancia social en función del colectivo de inmigrantes

Colectivo	Distancia Social, n (%)					
	Me casaría	Viviría	Amigos	Conocidos	Excluir	Ni verlos
Marroquíes	98 (11)	88 (9.9)	502 (56.3)	117 (13.1)	26 (2.9)	33 (3.7)
Subsaharianos	87 (9.8)	87 (9.8)	87 (9.8)	94 (10.5)	20 (2.2)	5 (0.6)
Países del este	143 (16)	126 (14.1)	143 (16)	87 (9.8)	24 (2.7)	22 (2.5)
Sudamericanos	132 (14.8)	152 (17.1)	132 (14.8)	70 (7.9)	14 (1.6)	6 (0.7)

1.4.3. Comparación de medias

A continuación, se realizan diferentes pruebas estadísticas con el objetivo de comprobar si existen diferencias significativas o no, en relación con las distintas variables analizadas durante el estudio.

1.4.3.1. Diferencias en función del sexo

Se recurre a la χ^2 para comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones entre los diferentes colectivos en función del sexo de los participantes. Como se puede ver en la Tabla 75, solamente existen diferencias significativas para los colectivos de marroquíes y sudamericanos, siendo los hombres los que más se casarían con algún miembro de estos colectivos, mientras las mujeres prefieren más que los hombres vivir en el mismo techo y tenerlos como amigos.

Tabla 75. Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable sexo

Colectivo	Marroquíes		Subsaharianos		Países del Este		Sudamericanos	
	Sexo, n(%)		Sexo, n(%)		Sexo, n(%)		Sexo, n(%)	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Media	3	2.91	2.83	2.80	2.76	2.76	2.69	2.52
Me casaría	68 (9.95)	30 (16.5)	66 (9.7)	21 (11.8)	109 (15.8)	34 (18.8)	88 (12.8)	44 (24.4)
Viviría mismo techo	72 (10.54)	16 (8.83)	95 (13.9)	30 (16.9)	101 (14.6)	25 (13.8)	130 (18.9)	22 (12.2)
Amigos	411 (60.17)	91 (50.27)	428 (62.9)	98 (59.3)	380 (55.2)	86 (47.7)	398 (57.9)	95 (52.7)
Conocidos	82 (12)	35 (19.33)	72 (10.5)	22 (12.4)	61 (8.8)	26 (14.4)	54 (7.8)	16 (8.8)
Excluiría	23 (3.36)	3 (1.65)	16 (2.3)	4 (2.2)	20 (2.9)	4 (2.2)	12 (1.7)	2 (1.1)
Ni verlos	27 (3.95)	6 (3.31)	3 (0.4)	2 (1.1)	17 (2.5)	5 (2.7)	5 (0.7)	1 (0.5)
χ^2	15.56		4.39		7.06		17.6	
p	0.008		0.494		0.216		0.003	

1.4.3.2. Diferencias en función del curso

Se recurre a la prueba ANOVA para comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones entre los diferentes colectivos en función del curso de los participantes. Como se puede ver en la Tabla 76, existen diferencias significativas entre todos los colectivos, excepto en el colectivo de sudamericanos, siendo los alumnos de 3.º curso los que presentan más distancia social.

Tabla 76. *Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable curso*

Colectivo	Curso, M (DT)				Prueba ANOVA	
	1.º	2.º	3.º	4.º	F	p-valor
Marroquíes	2.82 (0.97)	2.97 (1.10)	3.13 (1.16)	3.01 (1.09)	3.262	0.021
Subsaharianos	2.27 (0.93)	2.73 (0.90)	2.93 (0.88)	2.88 (0.75)	2.845	0.037
Países este	2.53 (1.00)	2.67 (1.07)	2.94 (1.10)	2.92 (1.13)	7.455	0.000
Sudamericanos	2.54 (0.89)	2.62 (0.95)	2.78 (0.63)	2.65 (0.93)	2.374	0.069

M: media; DT: desviación típica.

1.4.3.3. Diferencias en función de la cultura

Se recurre a la *Chi-cuadrado* para comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones entre los diferentes colectivos en función de la cultura de los participantes. Como se puede ver en la Tabla 77 no existen diferencias significativas entre los diferentes colectivos y la cultura.

Tabla 77. *Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable cultura*

Colectivo	Marroquíes		Subsaharianos		Países del Este		Sudamericanos		
	Cultura, n(%)		Cultura, n(%)		Cultura, n(%)		Cultura, n(%)		
	Europea	Bereber	Europea	Bereber	Europea	Bereber	Europea	Bereber	
Distancia social	Me casaría	21 (10)	17 (28.3)	16 (7.6)	8 (13.3)	40 (19)	9 (15)	31 (14.7)	11 (18.3)
	Viviría mismo techo	22 (10.4)	7 (11.6)	27 (12.8)	4 (6.6)	32 (15.2)	6 (10)	42 (20)	3 (5)
	Amigos	117 (55)	30 (50)	121 (57.6)	44 (73.3)	108 (51.4)	38 (63.3)	109 (51.9)	35 (65)
	Conocidos	37 (17.6)	5 (8.3)	33 (15.7)	3 (5)	23 (11)	4 (6.6)	22 (10.5)	5 (8.3)
	Excluiría	9 (4.2)	1 (1.6)	10 (4.7)	1 (1.6)	5 (2.3)	2 (3.3)	5 (2.4)	2 (3.4)
	Ni verlos	4 (1.9)	0 (0)	3 (1.4)	0 (0)	2 (0.9)	1 (1.6)	1 (0.5)	0 (0)
	χ^2	25.74		20.74		7.71		20.8	
	p	0.174		0.412		0.994		0.408	

1.4.3.4. Diferencias en función de la facultad

Se recurre a la prueba ANOVA para comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones entre los diferentes colectivos en función de la facultad donde estudian los participantes. Como se puede ver en la Tabla 78, existen diferencias significativas solamente en el colectivo de subsaharianos, presentando más distancia social los alumnos de los campus de Ceuta y Melilla.

Tabla 78. Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable facultad

Colectivo	Facultad, M (DT)			Prueba ANOVA	
	Melilla	Granada	Ceuta	F	p-valor
Marroquíes	2.88. (1.04)	3.03 (1.01)	3.04 (1.19)	2,058	0.128
Subsaharianos	2.95 (0.92)	2.70 (0.82)	2.87 (0.89)	6.688	0.001
Países del este	2.68 (1.02)	2.77 (1.12)	2.83 (1.11)	1.237	0.291
Sudamericanos	2.69 (0.95)	2.59 (0.90)	2.70 (0.95)	1.268	0.282

1.4.3.5. Diferencias en función del contacto

Se recurre a la *Chi-cuadrado* para comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones entre los diferentes colectivos en función si los alumnos han mantenido contacto o no con inmigrantes. Como se puede ver en la Tabla 79, no existen diferencias significativas entre los diferentes colectivos y haber tenido contacto o no.

Tabla 79. Distancia social hacia los diferentes colectivos de inmigrantes en función de la variable contacto

Colectivo	Marroquíes		Subsaharianos		Países del Este		Sudamericanos		
	Contacto, n(%)		Contacto, n(%)		Contacto, n(%)		Contacto, n(%)		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Distancia social	Me casaría	89 (10)	9 (8.2)	80 (10.7)	7 (6.4)	127 (16.8)	16 (14.5)	123 (16.3)	9 (8.2)
	Viviría mismo techo	83 (11)	5 (4.5)	115 (15.4)	10 (9.3)	115 (15.2)	11 (10)	133 (17.6)	18 (16.2)
	Amigos	434 (57.7)	67 (61)	453 (60.6)	727 (66)	397 (52.4)	69 (62.7)	428 (56.7)	65 (58.5)
	Conocidos	98 (13)	19 (17.3)	78 (10.4)	16 (14.7)	75 (9.9)	11 (10)	56 (7.4)	14 (12.6)
	Excluiría	22 (2.9)	4 (3.6)	17 (2.3)	3 (2.7)	22 (2.9)	2 (1.8)	11 (1.4)	3 (2.7)
	Ni verlos	27 (3.6)	6 (5.4)	4 (0.6)	1 (0.9)	21 (2.8)	1 (1)	4 (0.6)	2 (1.8)
	χ^2	7.56		6.58		5.68		10.08	
p	0.182		0.254		0.338		0.055		

1.4.3.6. La medición del constructo actitudes hacia los inmigrantes desde la perspectiva del modelo tridimensional

Una vez analizados los cuestionarios utilizados en este trabajo de investigación, en función de las variables objeto de estudio, se pretende comprobar si las actitudes están conformadas por los tres componentes, tal y como refleja el modelo tridimensional (Rosenberg y Hovland, 1960). Para ello, siguiendo el planteamiento de Breckler (1984) se realiza correlaciones entre los componentes actitudinales, para conocer la actitud de los alumnos de Enfermería hacia el grupo cultural de los marroquíes.

Tal y como se puede observar en la Tabla 80 se confirma que al aumentar las creencias negativas hacia el colectivo de marroquíes, aumenta las emociones negativas sutiles (miedo, incomodidad, inseguridad, desconfianza e indiferencia), disminuye las emociones positivas (agradecimiento, admiración, atracción, simpatía y respeto). Además, aumenta tanto el prejuicio sutil y manifiesto, como la puntuación total. Por último los datos indican que aumenta la distancia social hacia dicho colectivo. Por todo ello, el modelo tridimensional de la actitud propuesto por Rosenberg y Hovland (1960), cognitivo (creencias), afectivo (emociones, prejuicios) y conductual (distancia social), queda demostrado ya que las correlaciones son significativas en todos los casos.

Tabla 80. Correlación entre las medidas de actitud en función del colectivo de marroquíes

Escalas	Pearson <i>p</i>	Escakas									
		EAIÉ Marroq	Emoc Negat Sutiles	Emoc Posit	Emoc Negat Tradic	Emoc Posit Patern	Prejuicio Total	Prejuicio Sutil	Prejuicio Manif	Dist Social Marroq	
EAIÉ Marroq	Pearson <i>p</i>	1	.549**	-.512**	.428**	-.144**	.939**	.634**	.605**	.455**	
Emociones Negat Sutiles	Pearson <i>p</i>	1	.000	-.409**	.650**	.014	.754**	.347**	.353**	.442**	
Emociones Positivas	Pearson <i>p</i>	1	.000	.000	-.220**	.364**	-.723**	-.374**	-.368**	-.420**	
Emociones Negat Tradic	Pearson <i>p</i>	1	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
Emociones Posit Paternal	Pearson <i>p</i>	1	.000	-.004	.903	-.004	.611**	.230**	.294**	.349**	
Prejuicio Total	Pearson <i>p</i>	1	.000	-.301**	.001	-.132**	.000	.000	-.124**	-.147**	
Prejuicio Sutil	Pearson <i>p</i>	1	.000	1.000**	.991**	.000	.000	.000	.000	.682**	
Prejuicio Manif	Pearson <i>p</i>	1	.000	1	.602**	.000	.000	.000	.000	.365**	
Dist Social Marroq	Pearson <i>p</i>	1	.000	1	.386**	.000	.000	.000	.000	.000	

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

2. RESULTADOS DEL SEGUNDO ESTUDIO (PRE-POST)

Para ver la evolución que ha tenido la asignatura *Transculturalidad, Género y Salud*, se volvió a pasar los cuestionarios a los alumnos de primer curso, justo antes de finalizar la asignatura.

2.1. Cuestionario “Escala de Actitud hacia la Inmigración para Enfermería”

En la Tabla 81 se muestra el descriptivo de la puntuación en la escala de actitud hacia la inmigración en los cuatro colectivos estudiados antes y después de cursar la asignatura *Transculturalidad, Género y Salud*, así como los resultados de las pruebas *t*-Student para muestras relacionadas realizadas para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones antes y después de cursar la asignatura. Los resultados evidencian que las creencias del alumnado mejoran, es decir, las puntuaciones en la escala de actitud hacia los inmigrantes de los cuatro colectivos analizados disminuyen significativamente tras el periodo de formación.

Tabla 81. Evolución puntuación EAIE según colectivo

Colectivos	Medida, <i>M</i> (<i>DT</i>)		Dif. Pre-Post	Prueba <i>t</i> -Student	
	Pre	Post		<i>t</i>	<i>p</i> -valor
Marroquíes	69.16 (14.64)	66.31 (15.32)	2.84	3.369	0.001
Subsahariano	68.43 (14.20)	65.90 (14.96)	2.52	3.012	0.003
Países del este	67.94 (13.85)	65.60 (14.61)	2.34	2.866	0.005
Sudamericanos	67.82 (13.69)	65.54 (14.68)	2.28	2.789	0.006

M: media; *DT*: desviación típica.

2.2. Cuestionario “Escala de Emociones”

Para comprobar si ha habido modificación de las emociones en el alumnado después de haber cursado la asignatura de *Transculturalidad, Género y Salud*, se calcula la *t* de Student.

Como se puede observar en la Tabla 82, solamente hay diferencias significativas en las emociones negativas sutiles: miedo, incomodidad, inseguridad, desconfianza e indiferencia hacia todos los colectivos de inmigrantes, siendo estas menores tras la impartición de la materia. Y en las emociones positivas: agradecimiento, admiración,

atracción, simpatía y respeto hacia el colectivo de subsaharianos, siendo estas más positivas.

Tabla 82. *Análisis pre-post de las emociones con diferencias significativas*

Emociones	Medida, M (DT)		Dif. Pre-Post	Prueba t-Student	
	Pre	Post		t	p-valor
Negativas sutiles subsaharianos	8.90 (3.50)	8.00 (3.16)	0.90	2.900	0.004
Positivas subsaharianos	12.12 (3.40)	14.50 (3.79)	-2.38	-7.886	0.000
Negativas sutiles Marroquíes	10.41 (4.71)	9.01 (3.94)	1.4	4.313	0.000
Negativas sutiles Europeos este	9.17 (3.51)	8.00 (3.25)	1.17	3.779	0.000
Negativas sutiles sudamericanos	8.81 (3.47)	7.70 (2.91)	1.11	3.809	0.000

2.3. Cuestionario “Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto”

En la Tabla 83 se muestra el descriptivo de la puntuación en la escala de prejuicios antes y después de cursar la asignatura *Transculturalidad, Género y Salud*, así como los resultados de las pruebas t-Student para muestras relacionadas realizadas para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones antes y después de cursar la asignatura. Los resultados evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de prejuicios entre el antes y después de la formación hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes.

Tabla 83. *Evolución puntuación escala prejuicios*

Prejuicio	Medida, M (DT)		Dif. Pre-Post	Prueba t-Student	
	Pre	Post		t	p-valor
Total	45.33 (11.85)	44.86 (10.97)	0.95	1.745	0.074
Sutil	29.88 (6,52)	28.96 (6.61)	0.92	1.853	0.066
Manifiesto	27.81 (3,76)	27.92 (6.67)	-0.11	-0.193	0.847

M: media; DT: desviación típica.

2.4. Cuestionario “Escala de Distancia Social”

En la Tabla 84 se muestra el descriptivo de la puntuación en la escala de prejuicios antes y después de cursar la asignatura *Transculturalidad, Género y*

Salud, así como los resultados de las pruebas *t*-Student para muestras relacionadas realizadas para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la distancia social antes y después de cursar la asignatura. Los resultados evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de distancia social entre el antes y después de la formación hacia los colectivos de inmigrantes.

Tabla 84. *Evolución puntuación escala distancia social*

Distancia Social Colectivos	Medida, M (DT)		Dif. Pre-Post	Prueba <i>t</i> -Student	
	Pre	Post		t	p-valor
Marroquíes	2.88 (1.03)	2.80 (1.07)	0.08	0.928	0.355
Sudamericanos	2.65 (0.89)	2.62 (0.90)	0.03	0.370	0.066
Europeos del este	2.52 (0.98)	2.61 (1.12)	- 0.09	-0.870	0.386
Subsaharianos	2.85 (0.92)	2.76 (0.95)	0.09	1.044	0.298

M: media; DT: desviación típica.



CAPÍTULO 8.

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES,
LIMITACIONES Y
LÍNEAS FUTURAS

INTRODUCCIÓN

En este capítulo final de la tesis, vamos a presentar la discusión de los resultados obtenidos seguido de un apartado en el que se pretende dar respuesta a todos los objetivos e hipótesis propuestos. A continuación, se realizan las conclusiones del estudio tras las que para terminar se determinarán cuáles han sido las limitaciones, así como las propuestas de líneas futuras de investigación.

1. DISCUSIÓN

Tal y como hemos venido desarrollando la presentación de la información a lo largo de toda la tesis doctoral, la discusión también la vamos a realizar organizada en torno a los dos estudios realizados, así como a cada uno de los instrumentos que han formado parte de cada uno de ellos.

1.1. ESTUDIO 1: creencias, emociones, prejuicios y distancia social del alumnado de enfermería hacia la población inmigrante

En este primer estudio se incluyen los cuatro cuestionarios que hemos presentado y explicado en el apartado de metodología y cuyo análisis de los datos se ha mostrado en el capítulo anterior. La información se discutirá, dentro de cada uno de los instrumentos utilizados teniendo en cuenta las distintas variables sociodemográficas utilizadas: sexo, cultura, curso, facultad y si ha tenido o no contacto con inmigrantes.

1.0.1. Cuestionario “Escala de Actitud hacia la Inmigración de Enfermería” (EAIE)

En primer lugar, y atendiendo al *Modelo Tridimensional* de la actitud (Rosemberg y Hovland, 1960), se pretende analizar el componente cognitivo de la actitud, que son las creencias u opiniones que se tiene hacia una persona o colectivo, en nuestro caso hacia los colectivos de inmigrantes objeto de estudio (marroquíes, subsaharianos, países del este y sudamericanos), a través de la EAIE modificada.

Al igual que hicieron los autores que desarrollaron la escala (Antonín y Tomás-Sábado, 2004), se considera la EAIE de manera unifactorial y por tanto se analiza a

través de la puntuación total. Dichos autores validaron la escala con estudiantes de enfermería, al igual que en este estudio, obteniendo una fiabilidad de $\alpha=.94$.

Se ha intentado hacer un análisis factorial como los autores Plaza del Pino et al. (2007b) en el que dividieron dicha escala en diferentes factores como: “inmigración y cultura”, “inmigración y derechos sociales”, “inmigración e integración” e “inmigración y prejuicios”, pero no se ha hallado consistencia en los diferentes factores, por lo que sería interesante realizar un estudio para determinar los factores en los que puede estar compuesta la EAIE.

La fiabilidad de la escala, según los colectivos de marroquíes, subsaharianos, países del este y sudamericanos, han obtenido un índice de $\alpha_{\text{marroquíes}}=.821$, $\alpha_{\text{subsaharianos}}=.809$, $\alpha_{\text{países del Este}}=.813$ y $\alpha_{\text{sudamericanos}}=.816$, respectivamente; datos que indican que es una fiabilidad muy alta (Quero Virla, 2010).

En la puntuación media de cada cuestionario, según los colectivos de inmigrantes objeto de estudio, el que mayor puntuación ha obtenido es el colectivo de marroquíes; y como se indicaba en el capítulo de metodología de esta tesis, los autores de la escala aluden que a mayor puntuación peor creencias hacia el colectivo de inmigrante estudiado. En nuestro estudio el que menor puntuación ha obtenido ha sido el colectivo de sudamericanos. En esta línea coincide de igual manera el estudio realizado por Plaza del Pino et al. (2007b), investigación que realizaron con los mismos colectivos que nosotros hemos estudiado.

Aunque podríamos decir que la muestra utilizada ha obtenido unas medias, en los diferentes colectivos de inmigrantes analizados, no demasiado negativas, ya que excepto el colectivo de marroquíes, que sobrepasa ligeramente la mitad de la puntuación total que puede obtener la escala (140), los otros colectivos están ligeramente por debajo.

Al analizar cada uno de los ítems de la escala, se han encontrado varios con diferencia significativa que están acorde con determinadas ideas que tiene la población en general. Así se halla un sentimiento antinmigrante, definido por Betz (2004), en el que las personas presentan actitudes negativas hacia la inmigración, principalmente debido a la escasez de recursos. Así tenemos los ítems: “en ocasiones, los inmigrantes reciben mayores ayudas sociales que los propios autóctonos”, “los

inmigrantes ocupan puestos de trabajo dejando en el paro a muchos españoles”, “se dedican demasiados recursos para la atención a los inmigrantes”; teniendo una mejor actitud los alumnos del campus de Granada, seguidos de Melilla y en último lugar los alumnos del campus de Ceuta. Estos datos coinciden con Díez-Nicolás (1998), en el que la población considera que solamente debía admitirse inmigrantes cuando no haya españoles que cubran los trabajos. En esta línea están también Rincken y Velasco (2010) cuya muestra consideraba a la inmigración como una invasión, coincidiendo con el inicio de la crisis económica de España de 2008, en la que millones de españoles perdieron sus puestos de trabajo.

Otro ejemplo del sentimiento antinmigrante es la pérdida de identidad de los autóctonos o el aumento de la delincuencia. En este sentido, tenemos los siguientes ítems que se han encontrado también diferencias significativas: “los inmigrantes que delinquen deben ser expulsados de España”, “la llegada de inmigrantes ha favorecido el aumento de la delincuencia”, “si seguimos así, las costumbres y creencias de los inmigrantes se impondrán en nuestra sociedad”. Igualmente han sido los alumnos del campus de Granada los que han obtenido la puntuación más positiva, seguidos de Melilla y por último Ceuta. El trabajo realizado por Checa-Olmos y Arjona-Garrido (2013) coincide con los datos encontrados.

Al comparar estos ítems con trabajos realizados a profesionales de Enfermería, las opiniones de estos coinciden con los estudiantes del presente estudio, como el realizado en Almería, ciudad donde la inmigración es muy abundante, sobre todo de marroquíes. Las enfermeras opinan que los inmigrantes que delinquen deben ser expulsados del país, y que la delincuencia ha aumentado por la inmigración (Plaza del Pino, 2012).

También es importante conocer las opiniones que posee el alumnado de Enfermería en referencia a los derechos de los inmigrantes relacionados con la sanidad. Se encontraron diferencias significativas en los siguientes ítems: “opino que los inmigrantes en situación irregular y sus familias no deben tener acceso a la sanidad pública”, “en gran medida, el colapso de la sanidad pública está provocado por el aumento de la inmigración”, “a medio plazo, la llegada masiva de inmigrantes provocará graves problemas sanitarios y sociales”, siendo igualmente, los alumnos de Granada los que mejor actitud tienen. Esta idea coincide con un estudio que se

realizó en la Ciudad Autónoma de Melilla a los enfermeros del área hospitalaria (Sánchez-Ojeda, Alemany-Arrebola y Gallardo-Vigil, 2017) y otros realizados a nivel nacional, que consideran a los inmigrantes como grandes consumidores de nuestra sanidad (CIS, 2012; Ministerio de Trabajo, 2011; Moreno y Pascual, 2009; Plaza del Pino, 2012 y Salazar et al., 2003). Aunque hay estudios que demuestran que los inmigrantes no abusan de la sanidad ni consumen más servicios sanitarios que los españoles (Arizaleta, Rodríguez, Cid y Piqueras, 2009; Fernández Molina, 2006).

La explicación de que los estudiantes de Melilla y de Ceuta tengan unas actitudes más negativas relacionadas con la sanidad, hacia este colectivo de inmigrantes, podría ser debido a que en ambas ciudades solamente cuentan con un único hospital, cuya atención no es para los residentes de las ciudades, sino también a miles de marroquíes que atraviesan las fronteras para ser atendidos en los hospitales (INGESA, 2014), y suele ser un discurso de los profesionales sanitarios que están cansados de atender a los marroquíes gratuitamente. El número de inmigrantes (casi en la totalidad, marroquíes) que se atiende en el Hospital Comarcal de Melilla se puede consultar en la Tabla 5. Estos resultados coinciden con las teorías que explican la formación de prejuicios, estereotipos y discriminación de las relaciones intergrupales, como la *Teoría del Conflicto Realista (TCR)* y *Teoría de identidad Social (TIS)*, que defienden la aparición de actitudes prejuiciosas cuando se produce una lucha social por los recursos disponibles (Campbell, 1965; Tajfel y Turner, 1979).

En cuanto a los ítems que preguntan sobre la opinión que los participantes tienen directamente hacia el colectivo de marroquíes: “los marroquíes son incapaces de integrarse en nuestra sociedad”, “los marroquíes, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal”, “en general, no soporto a los marroquíes” y “temo por mi seguridad cuando veo un grupo de marroquíes”, de igual manera han sido los alumnos de Enfermería del campus de Granada los que mejor actitud presentan, seguido de los alumnos de Melilla y en último lugar los alumnos de Ceuta.

El colectivo peor valorado, en general, por los estudiantes de Enfermería es el colectivo de marroquíes, dato que coincide con numerosas investigaciones, como el de García-Navarro (2015) a estudiantes de enfermería en Huelva, así como otros estudios realizados a profesionales de enfermería en el que consideraban al colectivo de marroquíes los que menos hacen por integrarse y los menos cuidadosos con su

higiene personal (Plaza del Pino, 2012; Plaza del Pino, 2017; Plaza del Pino et. al, 2007b; Sánchez-Ojeda et al., 2017). Esto podría explicarse que en las ciudades donde se realizaron estos estudios, el colectivo de marroquíes es el más numeroso. Este dato está en contra de los resultados obtenidos en el estudio de Grueso y Arroyo (2016) con estudiantes de enfermería, donde el peor colectivo valorado fueron los procedentes de países del este, debido a que, en la ciudad de Córdoba, donde se realizó la investigación de estos autores, el colectivo de rumanos son los más desfavorecidos y puede contribuir a la visión negativa que se tiene hacia estos inmigrantes.

Como se puede observar en otros estudios realizados sobre las preferencias de inmigrantes en función de su origen, son aquellos de procedencia de países musulmanes los que menos éxito social tienen en los países de acogida (Pérez Díaz et al, 2004) ya que los hábitos y costumbres de estos chocan con las costumbres occidentales, sintiendo que son una amenaza para la identidad y la cultura nacional (Velasco et al., 2008). Los consideran como personas muy diferentes en su cultura, como por ejemplo, que tienen poco interés por la educación y escolarización de sus hijos o la enorme diferencia de género que poseen en detrimento de la mujer (Said, 2002).

Si nos centramos por nacionalidades, los trabajos demuestran que los originarios de Marruecos son los peores valorados por la población española (Alonso y Furio, 2007; Cea D'Ancona, 2002; Cebolla y Requena, 2010; CIS, 2015; González, 1998; Igartua et al., 2008; León-del Barco et al., 2007; Molero et al., 2001; Molero et al., 2003; Navas et al., 2000; Navas y Cuadrado, 2003; Pérez-Yruela y Desrues, 2007; Ramos de Oliveira et al., 2005; Valencia et al., 2004).

Este sentimiento antinmigrante se ha estudiado en otros países occidentales, donde la llegada de numerosos inmigrantes también es una preocupación (Hainmueller y Hiscox, 2007) y comparando diferentes colectivos de inmigrantes, el peor valorado por los europeos son los procedentes de países musulmanes (Hellwig y Sinno, 2016; Spruyt y Elchardus, 2012; Velasco et al., 2008)

Coincidiendo con nuestro estudio y como proponen otras investigaciones, los inmigrantes procedentes de América Latina, son los más valorados en nuestro país, por las similitudes culturales, como el idioma y la religión (Carbonero, Raya,

Caparrós y Gimeno, 2016; Díez Nicolás, 1998; Izquierdo, López y Martínez, 2003; Pérez-Yruela y Desrues, 2005).

Con respecto al **sexo** de los participantes, no se han encontrado diferencias significativas, dato coincidente con otros estudios (León-del Barco et al., 2007; Plaza del Pino et al., 2007b; Sánchez-Ojeda, 2016) y una posible explicación podría ser la gran diferencia que existe entre el número de mujeres y hombres que estudian en el Grado en Enfermería, al igual que ocurre con los profesionales de enfermería que, aún sigue siendo una profesión de presencia mayoritariamente femenina.

Aún sin encontrar diferencia significativa, podemos afirmar que las mujeres han puntuado menos que los hombres en los cuatro colectivos de inmigrantes, parece que ellas poseen creencias más favorables que los varones. Estos datos coinciden con los obtenidos por Grueso y Arroyo (2016), cuya muestra de estudiantes de enfermería femenina, presentaban mejor actitud, y está en contra de lo encontrado en una muestra de profesionales, en la que los hombres presentaron mejor actitud que las mujeres (Sánchez-Ojeda et al., 2017).

En función a la **cultura**, como se explicó en el apartado de los resultados, solamente se ha tenido en cuenta las culturas de procedencia europea y bereber, ya que las otras no han tenido representación, y debido a que solamente hay alumnos de procedencia bereber en el campus de Melilla, solo se ha podido hacer las comparaciones en dicho campus. Esto se explica porque Melilla es una ciudad que presenta una diversidad cultural donde los ciudadanos de procedencia bereber están totalmente integrados en todos los estamentos e instituciones públicas, y el ámbito universitario no es una excepción, todo lo contrario que en el campus de Ceuta, que al ser una ciudad que comparte muchas características con Melilla, no es así, ya que no hay muchos alumnos de procedencia bereber.

Los datos han demostrado que los alumnos bereberes de la Facultad del Campus de Melilla tienen actitudes más positivas hacia todos los colectivos de inmigrantes que los alumnos de procedencia europea. Estos datos coinciden con los aportados por Sánchez-Ojeda (2016) y Segura-Robles (2017). La explicación de que los alumnos de procedencia bereber no sientan actitudes negativas hacia el colectivo de marroquíes, es que estos estudiantes comparten cultura con este colectivo, teniendo familiares directos en Marruecos.

El colectivo peor valorado por los estudiantes de procedencia europea ha sido el de los marroquíes, y por parte de los alumnos de procedencia bereber ha sido el de los subsaharianos. Este dato no se ha podido contrastar con la literatura ya que no se ha hallado ningún trabajo que analice este grupo cultural en referencia a las actitudes hacia la inmigración.

En relación con el **curso** de los participantes, no se ha hallado ninguna diferencia significativa. Aunque han sido los estudiantes de 4.º curso los que han obtenido las medias más altas hacia los cuatro colectivos de inmigrantes, y por tanto las creencias más negativas, siendo el colectivo de marroquíes el peor valorado. Este dato coincide con otros estudios, en el que fueron los alumnos de último curso, que estaban realizando las prácticas hospitalarias, los que tuvieron una actitud peor hacia la inmigración (Antonín y Tomás-Sábado, 2004; Grueso y Arroyo, 2016; Rifa-Ros et al., 2013); y en contra, en otra investigación se encontró que eran los alumnos de cuarto curso los presentaban mejor actitud hacia el colectivo de inmigrantes (Sánchez-Ojeda, 2016).

Estos datos obtenidos podrían explicarse según la Teoría del Contacto Intergrupar, ya que no solamente debe haber un contacto para disminuir la hostilidad, sino que deben existir otras condiciones necesarias para que sea un contacto óptimo (Allport, 1954).

En referencia a la variable **facultad**, son iguales a los encontrados al analizar los ítems de la escala para cada colectivo. Los alumnos del Campus de Granada son los que presentan creencias más positivas hacia el colectivo de inmigrantes. Este resultado desmonta la hipótesis de que los alumnos del campus de Melilla son los que más actitud positiva presentan hacia los inmigrantes debido al modelo de ciudad.

Y en último lugar, en cuanto a la variable **contacto con los inmigrantes**, los datos nos muestran que aquellos que presentan una actitud más positiva hacia la inmigración, han indicado que sí han mantenido contacto con este colectivo, frente a los que afirman no haber mantenido contacto que presentan una actitud más negativa. Estos datos coinciden con la Teoría propuesta por Allport (1954) en la que postulaba que al existir un contacto intergrupar entre personas de diferentes grupos podía ser una condición para disminuir la hostilidad entre los grupos. Así lo han

demostrado también diferentes investigaciones como las de Hamberger y Hewstone, 1997; Masson y Verkuyten, 1993; Pettigrew, 1998; Pettigrew y Tropp, 2000; Rich et al., 1995 y Smith, 2003.

Aunque en otros estudios, se demuestra que las personas que no tienen contacto con inmigrantes son más integradoras (García-Navarro, 2015), como lo demostró el Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (2010), ya que la sensación que se posee de que hay demasiados inmigrantes, es diferente en función del lugar de residencia, traduciéndose esa diferencia en un mayor contacto con el colectivo de inmigrantes y por tanto con una mayor percepción del número de inmigrantes como excesivo, en aquellos sitios donde la presencia de inmigrantes es más elevado. Y puede que en Melilla y en Ceuta el número de inmigrantes no sea mayor que en Granada, pero sí se pudiera tener esa sensación por lo pequeñas que son ambas ciudades (Melilla con 12,3 Km² y Ceuta con 18.5 Km²). En este sentido, han sido varios los estudios que explican cómo influye la densidad de la población, refiriéndose al volumen de inmigrantes que residen en un determinado hábitat en proporción a su número de habitantes, demostrándose que la mayor tasa de población extranjera o densidad está asociada a un aumento de la xenofobia (Herranz de Rafael, 2008a, 2008b, 2010, 2012a, 2012b).

1.0.2. Cuestionario “Escala de Emociones”

A través del análisis de este cuestionario, y de la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto, se pretende conocer el segundo componente de la actitud, el componente afectivo, es decir, las emociones y prejuicios que se despiertan en el estudiantado de Enfermería hacia los colectivos de inmigrantes objeto de estudio, ya que cuantas más emociones negativas se presentan, más prejuiciosos serán. Para ello se ha utilizado la Escala de Emociones de Rueda y Navas (1996), modificada por García et al. (2003), que incluyen emociones, tanto positivas como negativas, que despiertan los inmigrantes a los estudiantes de Enfermería. Y debido a que se ha ido modificando la manera de expresar los prejuicios, de una manera tradicional a más sutil, se ha decidido utilizar la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto de Pettigrew y Meertens (1992, 1995).

Por lo que se comienza con la fiabilidad de la escala de emociones, que ha sido bastante alta, al igual que en otros estudios realizados como los de García et al. (2003) que obtuvieron una fiabilidad de $\alpha=.75$ y el de Navas (1998), con un alfa de $\alpha=.65$.

Las puntuaciones medias de las emociones que, despiertan los diferentes colectivos de inmigrantes a la muestra participante, están significativamente por debajo del punto medio teórico de la escala, por lo que se puede afirmar que los estudiantes del estudio experimentan de forma moderadamente baja tanto las emociones positivas como las negativas. Este dato coincide con los obtenidos en otros estudios realizados con estudiantes y población adulta (García et al., 2003; Navas, 1998; Rueda y Navas, 1996).

Analizando de manera general la escala de emociones, se obtiene que, de todas las emociones positivas, el colectivo que ha sido mejor valorado es el de los subsaharianos y el que peor el colectivo de los marroquíes, seguidos de los procedentes de países del este de Europa. En las emociones negativas, el colectivo peor valorado ha sido el de marroquíes y el que menos los sudamericanos, estos datos coinciden con los trabajos de Navas y Cuadrado (2003) y Ramírez-de la Fe y Rodríguez-González (2005).

Asimismo, en otros estudios (García et al., 2003; Navas y Cuadrado, 2003), se obtienen más emociones paternalistas (lástima, compasión) hacia el colectivo de subsaharianos que hacia el colectivo de marroquíes, aunque en la presente tesis, sienten los estudiantes aún menos esas emociones hacia el colectivo de europeos de países del este. Y la emoción respeto, es la que mayor puntuación ha tenido hacia todos los colectivos de inmigrantes. Aunque Velasco et al. (2008) demostraron, en su muestra de adolescentes holandeses, que estos poseían sentimientos negativos hacia el colectivo de musulmanes, por lo que no había mucho de emociones sutiles hacia este colectivo.

Al analizar el cuestionario en función de la variable **sexo**, se encontraron diferencias significativas en determinadas emociones negativas tradicionales como el odio, rabia y asco, siendo los hombres los que más puntuación han obtenido hacia los colectivos de subsaharianos, europeos del este y sudamericanos; mientras que las emociones negativas nuevas han sido, el miedo para las mujeres hacia todos los colectivos y, la indiferencia para los hombres para todos los colectivos también. Esto podría deberse a que a los hombres no les importan expresar abiertamente sus emociones negativas hacia estos colectivos.

Las emociones positivas hacia los marroquíes, europeos del este y sudamericanos han sido la atracción, mayor en los hombres; y el respeto hacia los marroquíes, mayor en las mujeres. Estos datos coinciden con los obtenidos por García et al. (2003), en el que indican que puntuaciones altas en emociones negativas tradicionales y puntuaciones bajas en emociones positivas son indicadores de mayor nivel de racismo moderno, aunque estos datos hay que tomarlos con cautela, ya que el cuestionario utilizado por los autores fue distinto al usado en nuestro estudio.

En función de la variable **cultura**, las emociones negativas que despiertan todos los colectivos de inmigrantes es mucho mayor en los estudiantes de procedencia europea y las emociones positivas han sido mejor en los alumnos de procedencia bereber. Como ocurrió en el anterior cuestionario, los alumnos de procedencia bereber poseen mejores emociones hacia el colectivo de marroquíes, ya que comparten con ellos la misma cultura (Sánchez-Ojeda, 2016), y con el resto de colectivos de inmigrantes; una posible explicación puede ser la que dio Allport (1954), en la que las minorías tienen la capacidad de entender el sufrimiento y sentir por otros miembros de grupos minoritarios, como consecuencia de su propia discriminación.

Es necesario indicar que, de manera general, la población de procedencia bereber en Melilla, en la actualidad, no está discriminada, pero sí que es verdad que, en la memoria de todos los melillenses está el famoso *movimiento Bereber* que se produjo en los años 80 del siglo pasado, en el que los ciudadanos bereberes de Melilla se manifestaron para legalizar su situación, ya que hasta el proceso de regularización de 1985, estos ciudadanos no poseían la nacionalidad española, siendo naturales de la ciudad varias generaciones, produciendo tensiones entre todos los vecinos de esta localidad (Del Amo, 2005).

En referencia a la variable curso, los alumnos que están en primero son los que significativamente sienten más emoción negativa sutil “indiferencia” hacia todos los colectivos de inmigrantes, siendo el peor valorado el colectivo de marroquíes, dato que coincide con García et al. (2003); y en las emociones positivas han sido los alumnos de primer curso los que sienten menos agradecimiento y admiración. Una posible explicación de que los alumnos de primer año tengan esos sentimientos o emociones negativas hacia los colectivos de inmigrantes es debido a que son alumnos muy jóvenes y todavía no han entrado en contacto con pacientes inmigrantes.

En función de la variable **facultad** donde están matriculados los estudiantes, las emociones positivas que se han evocado hacia todos los colectivos de inmigrantes han sido lástima y compasión, siendo la facultad de Melilla la que más emociones paternalistas sienten, y Granada la que menos. El hecho de que no se evoken demasiadas emociones positivas hacia los inmigrantes, está acorde con las nuevas teorías del prejuicio (Molero et al., 2003; Segura-Robles, 2017).

El colectivo de subsaharianos ha obtenido además dos emociones positivas que el resto de los colectivos, y son la atracción, que fue menor en Melilla y mayor en Ceuta, y la simpatía, que fue menor en Melilla y mayor en Granada. La obtención de mejor emociones positivas de este colectivo puede deberse a que los inmigrantes subsaharianos tienen que sufrir numerosas calamidades desde sus países de origen hasta llegar a España, terminando su andadura atravesando la frontera de Melilla o de Ceuta o de sobrevivir a los cayucos atravesando el mar Mediterráneo hasta llegar a las costas españolas.

En cuanto a las emociones negativas tanto sutiles (miedo, incomodidad, inseguridad y desconfianza) como abiertas (odio, hostilidad, rabia y asco), ha sido el colectivo de marroquíes el que mayores emociones despiertan, siendo todas estas mayor en el campus de Ceuta y las emociones de odio, hostilidad, rabia, inseguridad y desconfianza menores en Granada y miedo, incomodidad y asco menor en Melilla. Es curioso este resultado, que los alumnos de la Ciudad Autónoma de Ceuta sean los que más emociones negativas despierten hacia el colectivo de marroquíes, siendo una ciudad transfronteriza como Melilla. En contra de lo que expresa Allport (1954), el simple contacto con otros grupos culturales no es suficiente para reducir emociones negativas a los colectivos de inmigrantes.

Y por último según la variable **contacto con inmigrantes**, han sido diferentes los sentimientos, tanto positivos como negativos, que han evocado los colectivos de inmigrantes, siendo en todos los casos los sentimientos negativos inferiores y en los sentimientos positivos superiores, en las personas que sí han mantenido contacto con respecto los que no han tenido contacto. Estos datos coinciden con otros estudios en los que consideran que el contacto positivo con inmigrantes, así como tener amigos inmigrantes es un factor para reducir la percepción de amenaza y de

prejuicios (Cuevas, Contreras, García-Calvo y Pastor, 2014; León-del Barco et al., 2007, Stephan et al., 2002). Aunque hay que decir que en nuestro estudio, solamente se preguntaba al estudiantado si había mantenido contacto o no con inmigrantes y no se hacía referencia a qué tipo de contacto, ya que como indicaba Allport (1954), el mero contacto superficial no solamente no mejora las relaciones interétnicas, sino que puede empeorarlas. Por lo que habría que tomarse estos resultados de forma cautelosa y seguir indagando en este sentido, diferenciando qué tipo de contacto se tiene con la población inmigrante para poder afirmar con exactitud que el contacto mejora o no las emociones que se evocan hacia el exogrupo.

1.0.3. Cuestionario “Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto”

Como se ha indicado en la discusión del cuestionario “Escala de Emociones”, a través del análisis de estos dos instrumentos se pretende conocer el componente afectivo de la actitud.

La fiabilidad obtenida ha sido bastante alta, así tenemos en la escala total un alfa de $\alpha=.893$, en la subescala de prejuicio manifiesto de $\alpha=.806$ y en la subescala de prejuicio sutil $\alpha=.838$. Los datos coinciden con otros estudios como el de Cárdenas, Music, Contreras, Yeomas y Calderón (2007) que obtuvieron en la escala total un $\alpha=.78$, en la escala manifiesta un $\alpha=.73$ y sutil un $\alpha=.65$; con el trabajo realizado por Rueda y Navas (1998), con un $\alpha=.84$ en la escala total, un $\alpha=.73$ en la subescala manifiesta y en la subescala sutil un $\alpha=.74$. Y también por la investigación llevada a cabo por Segura-Robles (2017), obteniendo un $\alpha=.813$ en la escala total, un $\alpha=.802$ en la subescala de prejuicio manifiesto y un $\alpha=.875$ en la subescala de prejuicio sutil.

Los coeficientes de fiabilidad obtenidos para la escala de prejuicio sutil han sido más bajos que los de la escala manifiesto, con lo que se puede afirmar que estos resultados se ajustan a los estudios originales, así como a diversos trabajos realizados tanto en España como en otros países (Cárdenas et al., 2007; Espelt et al., 2006; Navas et al., 2000; Rueda y Navas, 1996; Pettigrew y Meertens, 1995; Segura-Robles, 2017).

Aunque se debe resaltar, que no se ha hallado una gran consistencia, como pretendían demostrar los autores Pettigrew y Meertens, en la presencia de dos constructos claramente diferenciados en la escala (prejuicio sutil y prejuicio

manifiesto). Así, se ha obtenido una alta correlación ($r=.92$) entre los dos tipos de prejuicio, por lo que podría ser un dato indicativo de que dicha escala mide el prejuicio en general y no sea tan clara la diferenciación entre ambos tipos de prejuicio propuestos por los autores. Estos datos coinciden con otros estudios realizados, en los que critican que las diferencias entre los dos constructos no son tan evidentes como afirmaron Pettigrew y Meertens (Coenders, Scheepers, Sniderman y Verbeke, 2001; Espelt et al., 2006; Guardia y Nacarí, 2013; Manganeli y Volpato, 2003; Segura-Robles, 2017).

La puntuación media de la escala de prejuicio sutil ha sido moderadamente superior a la escala de prejuicio manifiesto, por lo que se demuestra la transformación del prejuicio tradicional por otro más sutil (Cuevas et al., 2014; Espelt, Javaloy y Cornejo, 2006; Frías-Navarro et al., 2009; Pettigrew y Meertens, 1995; Pettigrew, 1998; Pettigrew y Tropp, 2000; Segura-Robles, 2017).

Atendiendo a la clasificación o **tipología de participantes**, tal y como lo hicieron los autores Pettigrew y Meertens (1995), encontramos que la mayoría de los estudiantes se clasifican dentro del tipo de sujetos igualitarios, siendo mayor el número de sujetos fanáticos que de sujetos sutiles. Los sujetos igualitarios están a favor de que se adopten medidas que lleven a una mejora de la situación de los inmigrantes, mientras que los sujetos fanáticos están a favor de restringir sus derechos. Por otra parte los sujetos sutiles se acercan más a la postura de los sujetos fanáticos, aunque con respuestas menos claras que las tradicionales.

Estas puntuaciones se refieren a que existe un número mayor de sujetos a los que no les importa mostrar cualquier tipo de prejuicio hacia los inmigrantes marroquíes. Una posible explicación podría ser debido a la especificidad del prejuicio, es decir, la evaluación hacia grupos de inmigrantes es diferente en función del colectivo analizado, ya que el prejuicio refleja el estado de las relaciones intergrupales en un momento y lugar concreto (Molero et al. 2003). Estos datos coinciden con los obtenidos por Cuevas et al. (2014), Segura-Robles (2017) y por Molero et al. (2003); aunque no coinciden con los obtenidos por otros autores en el que el número de sujetos sutiles fue mayor que los sujetos fanáticos (Cárdenas et al., 2007; Espelt, et al., 2006; Frías-Navarro et al., 2009).

Estos datos son algo preocupantes ya que la muestra está formada por estudiantes de Enfermería que mantendrán en un futuro, no muy lejano, un contacto directo con estos colectivos cuando sean profesionales.

Con respecto al **sexo** y la tipología de los sujetos, se observa que, tanto los hombres como las mujeres, la mayor parte de los participantes se sitúan en la tipología de igualitarios, siendo en las tipologías sutiles y fanáticas mayores en el caso de los hombres que en las mujeres. Según esto podríamos afirmar que los hombres presentan más carácter fanático que las mujeres, pero al realizar los estadísticos pertinentes no se encontró diferencias significativas entre los sexos. Este dato coincide con los obtenidos en otros trabajos, como los de Retortillo y Rodríguez (2008) y Segura-Robles (2017). Esto podría deberse a que el número de participantes mujeres es mucho mayor al de los hombres, debido a la feminización de la Enfermería.

Aunque en el estudio de García et al. (2003) sí encontraron diferencias significativas, siendo los chicos más prejuiciosos que las chicas, en una muestra de adolescentes; Carbonero et al. (2016) demuestran que los hombres también son más prejuiciosos que las mujeres y los autores Herranz de Rafael y Fernández Prados (2017), demostraron que las mujeres de su estudio son las más xenófobas, pero hay que indicar que son mujeres de edad adulta con un nivel de educación bajo o medio, y que estos autores utilizan otro instrumento para medir la xenofobia en las poblaciones de Andalucía con mayor densidad de población inmigrante.

Según la **cultura**, tanto para los alumnos de procedencia europea como bereber, las puntuaciones máximas se han obtenido para los sujetos igualitarios, aunque para los alumnos de procedencia europea tienen el mismo porcentaje los sujetos fanáticos que los sutiles. Tras realizar los análisis inferenciales en función de la cultura, se han encontrado diferencias significativas en todos los sujetos, por lo que los alumnos de procedencia europea presentan más prejuicios hacia el colectivo de marroquíes que los alumnos de procedencia bereber. Estos datos coinciden con los obtenidos por Segura-Robles (2017) que es la única literatura encontrada con las mismas culturas, universitarios y en la misma ciudad.

Según la variable **curso** de los alumnos, se ha encontrado diferencias significativas en la tipología de los sujetos, siendo los de tercer curso donde más

sujetos sutiles hay. Estos datos coinciden con los obtenidos por Guardia y Nacarí (2013).

En cuanto a las dos escalas, son los alumnos de cuarto curso los que tienen una puntuación significativamente mayor en la escala de prejuicio manifiesto. Se podría decir que estos alumnos no tienen ningún reparo a la hora de expresar abiertamente sus prejuicios hacia el colectivo de marroquíes. Dichos resultados coinciden con los que obtuvieron Guardia y Nacarí (2013) en la muestra de estudiantes del último curso de psicopedagogía.

En la tipología de los sujetos, en función de la variable **facultad**, no se ha encontrado diferencias significativas, aunque observando el porcentaje, los sujetos igualitarios son los más numerosos en los tres campus. Comparando entre facultades, el porcentaje de sujetos fanáticos es mayor en Ceuta y menor en Granada, y el porcentaje de sujetos sutiles es mayor en Melilla y menor en Granada. Por tanto, a los alumnos de Ceuta no les importa expresar abiertamente sus prejuicios hacia el colectivo de marroquíes; y los alumnos de Melilla son más sutiles cuando expresan sus prejuicios.

En la escala de prejuicio sutil, han sido los alumnos de Granada los que han obtenido una puntuación significativamente inferior, es decir, son los alumnos que menos prejuicios sutiles tienen, y los alumnos de Melilla los que más sutiles son y en la escala de prejuicio manifiesto han sido los alumnos del campus de Ceuta los que mayor puntuación significativa presentan.

Algo parecido ocurre cuando la muestra se divide en función de la variable **contacto con inmigrantes**, no se hallaron diferencias significativas, pero observando las medias, el prejuicio sutil ha sido superior que el prejuicio manifiesto, tanto para los que sí han mantenido contacto como para los que no. Esto no coincide con lo que dicen otros autores como el estudio de Cuevas et al. (2014) en el que los alumnos que tienen contacto con inmigrantes presentan menos prejuicios hacia ellos, y Pettigrew y Tropp (2000) que revisaron más de 200 estudios empíricos, demostrando en su meta-análisis que la cantidad de contacto intergrupar tiene un efecto positivo sobre el prejuicio.

1.0.4. Relación de la Escala de Emociones y Prejuicio Sutil y Manifiesto

Al igual que hacen García et al. (2003), se pretende relacionar las emociones y los prejuicios. Los datos de la presente tesis han puesto de relieve que las emociones, negativas sutiles y negativas tradicionales, están positiva y significativamente correlacionadas con los prejuicios, y que las emociones positivas (concretamente su ausencia) son buenas predictoras de los prejuicios más sutiles. Estos datos coinciden con los obtenidos por García et al. (2003), pero ellos solo pudieron correlacionar las emociones negativas tradicionales y no las sutiles; aunque hay que indicar que su estudio se realizó con un cuestionario que medía las nuevas formas de racismo y no con la escala de prejuicio sutil y manifiesto. Nuestros datos también coinciden con los autores Ramírez-de la Fe y Rodríguez-González (2006), en la que su muestra despierta emociones negativas sutiles, con ausencia de emociones positivas y con bajas emociones negativas tradicionales.

1.0.5. Cuestionario “Escala de Distancia Social”

Mediante el análisis de este cuestionario, se desea conocer el tercer y último componente de la actitud, el componente conductual, es decir, la distancia social o el grado de separación/acercamiento en las relaciones personales entre los estudiantes de Enfermería hacia los cuatro colectivos de inmigrantes.

La fiabilidad obtenida en la escala ha sido elevada ($\alpha=.805$) al igual que en otros estudios como los de León-del Barco et al. (2007) y Navas y Sánchez (2009) que obtuvieron una alta fiabilidad.

Teniendo en cuenta las puntuaciones totales de la escala, podemos decir que, en general los estudiantes no presentan altos niveles de distancia social. En función de cada colectivo, el de los marroquíes es el grupo que mayor distancia social presentan los estudiantes y el que menos, el colectivo de sudamericanos, datos que coinciden con los obtenidos por León-del Barco et al. (2007) y al igual que en el resto de los cuestionarios, sigue siendo el colectivo de marroquíes los que más rechazo despiertan y el de los sudamericanos los que menos rechazo.

Con respecto a las variables de estudio **sexo**, han sido las que han tenido diferencias significativas, siendo las mujeres las que presentan una mayor distancia social hacia los colectivos de marroquíes y sudamericanos; por su parte, los hombres son los que estarían más dispuestos a casarse con alguien de estos colectivos, mientras que las mujeres son las que prefieren tenerlos más como amigos. Este dato coincide con un artículo de prensa que trata sobre el tema de matrimonios mixtos, en la que las inmigrantes se casan más con españoles varones, que los inmigrantes varones con españolas (Vilasero, 2006). En el caso de la **facultad** de estudio, han sido los alumnos que estudian en Ceuta y Melilla los que más distancia social han demostrado hacia el colectivo de subsaharianos. Y los de tercer **curso** los que presentan más distancia social hacia el colectivo de países del este. Estos datos han desmontado las hipótesis de que los estudiantes de Melilla tendrían menos distancia social hacia el colectivo de marroquíes y sí lo tienen hacia los subsaharianos, y que los alumnos de último curso presentarían menos distancia social hacia los inmigrantes.

Como expresa Cea D'Ancona (2002), es interesante conocer las opiniones de los autóctonos de si estarían dispuestos a casarse con alguien de otro colectivo diferente, ya que esto manifiestan valoraciones, gustos, y prejuicios, y por tanto es sensible para medir la distancia social y así prevenir prejuicios contra otros pueblos y etnias.

Según las **facultades**, los alumnos de Melilla presentan menos distancia social hacia los marroquíes y los europeos del este y más hacia los subsaharianos. Esto podría explicarse a que en Melilla los alumnos están acostumbrados a relacionarse con inmigrantes procedentes de Marruecos y con los subsaharianos no, ya que estos están internos en un Centro de Estancia Temporal y no existe una relación activa entre estos inmigrantes con la ciudadanía de Melilla.

Siguiendo a Holgado, Sánchez y Navas (2011), aunque no es muy elevada la distancia social que presentan los alumnos, sí se quedan en una posición mayoritaria, en general, con la distancia social en tenerlos como amigos o conocidos; estos datos podrían explicarse debido a que los estudiantes enmascaran su actitud hacia los colectivos de inmigrantes mediante esa distancia social intermedia, mediante una manera indirecta de hostilidad hacia el exogrupo, en la que se caracteriza por evitar

mantener unas relaciones íntimas con los inmigrantes, como casarse con ellos o tenerlos como amigos.

Aunque hay que tomar los resultados recelosamente, ya que no podríamos asentir taxativamente esta afirmación a toda la población de estudiantes de enfermería.

1.0.6. A modo de resumen

En cuanto a la relación existente de todos los cuestionarios, y por tanto, al vínculo de los tres componentes que forman el término actitud, se ha demostrado en esta tesis la correlación que existe entre ellos, de tal forma que cuando aumenta las creencias positivas hacia el colectivo de inmigrantes, disminuyen las emociones negativas sutiles, emociones negativas tradicionales y las emociones positivas paternalistas; aumentan las emociones positivas y disminuyen los prejuicios y distancia social. Nuestros resultados están acordes a lo que han defendido los autores Rosenberg y Hovland (1960), que sostenían el modelo tridimensional de las actitudes, así como otros (Eagly y Chaiken, 1993; Harding, Kutner, Proshansky y Chein, 1969), y de Breckler (1984) demostrando la correlación existente entre los tres componentes de la actitud. Aunque habría que tomarse estos datos con cautela, ya que es la primera vez que se utilizan estos cuatro cuestionarios y relacionarlos, por lo que se debe seguir indagando en la relación de estos tres componentes.

1.2. ESTUDIO 2: influencia de la asignatura de “Transculturalidad, Género y Salud” en el cambio de actitudes del alumnado de enfermería

Tras haber realizado la asignatura de *Transculturalidad, Género y Salud*, los datos obtenidos mediante el primer cuestionario, indican que las creencias del alumnado han cambiado, siendo estas más positivas hacia las personas inmigrantes de todos los colectivos. Los datos coinciden con varios trabajos realizados con estudiantes de Enfermería en nuestro país (Rifà-Ros et al., 2013; Sánchez-Ojeda, 2016), así como en varios realizados en otros países como Estados Unidos e Israel, donde se demuestra la modificación de las creencias del alumnado tras realizar programas de intervención Noble et al., 2014; Shattell et al., 2013) incidiendo positivamente en las actitudes.

Aunque existen estudios que demuestran que no es suficiente la formación transcultural para provocar un cambio de actitud de los alumnos, sino que es más

positivo dicho cambio cuando comienzan sus prácticas clínicas y entran en contacto con los pacientes, dándose cuenta de la necesidad de la formación en cuidados transculturales para atender correctamente a los pacientes inmigrantes (Moreno y Agudo, 2006; Upvall y Bost, 2006).

En relación con las emociones, los datos reflejan que la intensidad hacia los distintos colectivos analizados, disminuyen de forma significativa solamente en las emociones negativas sutiles hacia todos los colectivos de inmigrantes, tales como incomodidad, indiferencia, miedo e inseguridad, y las emociones positivas hacia los subsaharianos. Este dato puede indicar que no existe una consistencia afectivo-cognitiva en todas las emociones, es decir, que un cambio en las creencias no es suficiente para una modificación de todas las emociones del alumnado. Una posible explicación, siguiendo a Morales et al. (1994), es que “es difícil encontrar un objeto de actitud monolíticamente positivos o negativos” (p. 502), por lo que esto indica que se produce ambivalencia emocional hacia los colectivos objeto de estudio.

En cuanto a los resultados obtenidos en la escala de prejuicio sutil y manifiesto, así como la distancia social, los datos indican que los prejuicios así como el grado de distancia social del alumnado, siguen siendo similares antes y después de la etapa de formación. Una posible explicación, podría ser que el prejuicio es considerado, siguiendo a Smith (1999), como una emoción social que se experimenta hacia un miembro del exogrupo, en este caso hacia el colectivo de inmigrantes, siendo muy difícil de erradicar (Rehfeldt y Hayes, 2000). Es decir, que la actitud prejuiciosa es concebida como una actitud relativamente estable, siendo esta difícil de modificar en tan poco tiempo, como es el caso de la duración de la asignatura de Transculturalidad, Género y Salud, que se imparte durante un semestre.

Como indica el libro blanco de la ANECA (2005), mediante la impartición de la asignatura de Transculturalidad, u otra subdisciplina de enfermería donde se dé importancia a los cuidados culturales, se pretende que los estudiantes tomen conciencia sobre sus propias actitudes, ya que si se reconocen las propias actitudes negativas hacia determinados colectivos es un importante paso para poder reducir las; adquieran competencias en diversidad cultural, conocimientos de culturas y capacidad para una adecuada comunicación efectiva con todos los pacientes.

El no poseer estas competencias y tener creencias negativas, prejuicios y estereotipos que se tengan hacia la inmigración, puede hacer que cuando vayan a realizar su prácticas hospitalarias o tras su periodo de formación en la universidad, provoquen de forma imprevista conflictos que hagan que los cuidados tengan mayor dificultad (El Bouchaibi, 2012; Leininger, 1991), disminuya la calidad de estos cuidados, además de desacreditar la identidad cultural y el bienestar del propio individuo (Gibbs, 2005).

Se hace necesario el conocimiento de la cultura del paciente para prestar cuidados de enfermería competentes, de tal forma que el paciente pueda mantener o recuperar su bienestar, salud o hacer frente a su discapacidad (Leininger, 1991). Para ello, los estudiantes deben esforzarse en adquirir a lo largo de su formación y de su vida profesional, la competencia cultural que le permita trabajar de manera efectiva en el contexto cultural del paciente y evitar la influencia de los valores de su propia cultura que le pueden hacer caer en la imposición cultural e imponer inconscientemente sus creencias en el cuidado de personas de culturas diferentes (Campina-Bacote, 2002); creando un ambiente sincero y adecuado que les permitan recabar la información imprescindible de cada paciente para prestar cuidados culturalmente competentes (Purnell, 2002).

Aunque no es suficiente esta formación en cuidados culturales en una única asignatura, ya que debería estar incluidos en todas las materias específicas que impliquen cuidados a pacientes; así como realizar programas de intervención continuamente para, no solamente aumentar los conocimientos culturales, sino para el reconocimiento propio de actitudes negativas y prejuicios hacia la población inmigrante o cualquier otro colectivo diferente, pues es necesario combatir esas creencias discriminatorias o racistas entre los estudiantes de enfermería (Allen, 2010). Además, promover la motivación del alumnado de querer modificar esas creencias. Así, con la formación adecuada, el reconocimiento de actitudes negativas, la motivación para el cambio y cuando comiencen a trabajar adquieran la experiencia y puedan proporcionar cuidados culturalmente competentes a pacientes de culturas diversas (Flood y Commendador, 2016). Además de la docencia en la en materia transcultural en los grados, es necesario la formación de posgrado, así como los estudios continuados en los centros de trabajo, reciclando y persistiendo en la

formación de todos los profesionales que trabajen con personas de diferentes culturas (Plaza del Pino y Soriano, 2009).

Siguiendo a Riner (2011), no es suficiente la formación al alumnado para que modifiquen sus actitudes, conocimientos o habilidades hacia determinados grupos, como es en este caso hacia el colectivo de inmigrantes. Es necesario involucrarlos como ciudadanos globales para que estén preparados y así brindar una atención y unos cuidados a la población desde una perspectiva de justicia e igualdad. Ya que es indispensable formar personas que interioricen la idea de una ciudadanía intercultural, que entiendan que el aprendizaje individual y colectivo de todos los individuos debe reconocer el valor de la diversidad (Soriano y Peñalva, 2011).

2. RESPUESTA A OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A continuación, y tras presentar la discusión de los datos obtenidos en nuestra investigación, pasamos a dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados. Tal y como venimos desarrollando a lo largo de toda la tesis, los presentamos divididos en los dos estudios que han conformado este trabajo.

2.1. ESTUDIO 1: creencias, emociones, prejuicios y distancia social del alumnado de enfermería hacia la población inmigrante

Han sido cuatro los objetivos planteados para dar respuesta a este primer estudio. Cada uno de ellos, como se puede observar en el capítulo de metodología, está compuesto de varias hipótesis de partida. A continuación, vamos a ir dando respuesta a los objetivos e hipótesis planteados.

OBJETIVO 1. Conocer las creencias de los estudiantes de Enfermería hacia la inmigración en general y hacia el colectivo de marroquíes en particular.

Los alumnos de Enfermería de la Universidad de Granada, al igual que el resto de la población, poseen las mismas creencias y opiniones hacia la población inmigrante, presentando, en general, creencias negativas, hecho muy preocupante ya que en un futuro serán los profesionales que cuidarán de esta población en los centros sanitarios.

H₁. Los hombres presentan actitudes más negativas hacia la inmigración que las mujeres.

En referencia a esta hipótesis y tras los análisis realizados, podemos afirmar que se cumple nuestra hipótesis de partida. Efectivamente, son los varones los que peor actitud presentan hacia los inmigrantes que las mujeres.

H₂. Las creencias del alumnado serán diferentes en función del grupo cultural/étnico de los inmigrantes objeto de estudio.

En función a esta hipótesis, hemos podido demostrar que el alumnado presenta creencias más negativas hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes que al resto de grupos culturales analizados.

H₃. Según el grupo cultural de pertenencia del alumnado del campus de Melilla, influirá en las creencias hacia la inmigración.

Los resultados obtenidos han demostrado que los alumnos de procedencia bereber presentan mejores creencias hacia el colectivo de inmigrantes que los alumnos de procedencia europea, confirmando nuestra hipótesis inicial.

H₄. El alumnado de los últimos cursos (3.º y 4.º) presentará creencias más positivas hacia la inmigración que los estudiantes de los primeros cursos.

Los datos obtenidos en la presente tesis indican que no se ha cumplido la hipótesis propuesta y los alumnos de los últimos cursos no presentan creencias más positivas hacia el colectivo de inmigrantes que los estudiantes de los primeros cursos.

H₅. Las creencias del alumnado de Enfermería hacia la inmigración serán diferentes en función del Campus donde curse el grado, siendo más positivas en los campus donde existe una mayor diversidad cultural, Ceuta y Melilla.

Esta hipótesis no se ha podido demostrar, por lo que el alumnado que estudia en las ciudades de Ceuta y Melilla no presenta creencias más positivas hacia la inmigración que los que estudian en Granada.

H₆. El alumnado que tiene contacto con la población inmigrante mostrará unas creencias más positivas hacia el colectivo de inmigrantes.

En referencia a esta hipótesis, se ha demostrado que los alumnos que sí han

mantenido contacto con inmigrantes presentan mejores creencias hacia dicho colectivo con respecto a los que no han tenido contacto.

OBJETIVO 2. Analizar las emociones que despiertan en los estudiantes de Enfermería los inmigrantes, en función del grupo de pertenencia de los universitarios.

Los alumnos de Enfermería de la Universidad de Granada presentan, en general, emociones negativas hacia el colectivo de inmigrantes.

H₁. Las mujeres presentan emociones más positivas que los varones hacia el colectivo de inmigrantes.

En función a esta hipótesis, podemos afirmar que las mujeres presentan emociones más positivas hacia los inmigrantes que los varones, aunque ellas también presentan alguna emoción negativa.

H₂. Las emociones que manifiesta el alumnado dependerán del grupo cultural/étnico de los inmigrantes objeto de estudio.

Esta hipótesis quede demostrada, ya que los alumnos presentan peores emociones hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes que hacia los otros grupos.

H₃. El grupo cultural de pertenencia del alumnado influye de manera positiva en las emociones que manifiesta hacia los inmigrantes.

En referencia a esta hipótesis, los resultados han demostrado que el alumnado de procedencia bereber presenta emociones más positivas hacia los colectivos de inmigrantes que el alumnado de procedencia europea, confirmándose esta hipótesis.

H₄. El alumnado de los últimos cursos manifestará emociones más positivas hacia los inmigrantes.

En función a esta hipótesis, podemos afirmar que los alumnos de últimos cursos no sienten emociones más positivas hacia los colectivos de inmigrantes que los alumnos de primer o segundo curso, por lo que no se cumple dicha hipótesis.

H₅. Las emociones de los alumnos que estudian en los campus con un contexto multicultural serán más positivas.

Esta hipótesis no se ha podido demostrar, ya que los alumnos que estudian en los campus de Ceuta y Melilla, en general, no presentan emociones más positivas hacia los colectivos de inmigrantes que los que estudian en el campus de Granada.

H₆. Los estudiantes del Grado en Enfermería que han tenido contacto con los inmigrantes manifestarán emociones más positivas hacia este colectivo.

En función a esta hipótesis, y tras analizar los resultados obtenidos, podemos afirmar que los estudiantes que han mantenido contacto con inmigrantes presentan emociones más positivas hacia este colectivo que los que no han mantenido contacto con ellos, por lo que esta hipótesis queda demostrada.

OBJETIVO 3. Medir el grado de prejuicio sutil y manifiesto del alumnado hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes.

Los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada presentan prejuicios hacia el colectivo de marroquíes, siendo más sutiles que manifiestos, lo que se demuestra la transformación del prejuicio tradicional por uno más sutil.

H₁. Los varones presentan actitudes más prejuiciosas hacia los inmigrantes marroquíes que las mujeres.

En función a esta hipótesis, podemos determinar que los hombres presentan más prejuicios hacia el colectivo de marroquíes que las mujeres, no obstante los análisis realizados no nos permite afirmar con rotundidad al no haber diferencias significativas.

H₂. El alumnado de procedencia bereber del campus de Melilla presenta actitudes menos prejuiciosas hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes que el de procedencia europea.

En referencia a esta hipótesis, y según los datos analizados, se confirma esta ya que los alumnos de procedencia bereber tienen menos prejuicios hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes que los alumnos de procedencia europea.

H₃. A medida que aumenta de curso, las actitudes, hacia el colectivo de marroquíes, serán más positivas.

En función a esta hipótesis, los datos han demostrado que no se cumple dicha hipótesis, ya que no son los alumnos de último curso los que presentan menos prejuicios hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes que los de primer curso.

H₄. Los estudiantes que cursan estudios en un contexto multicultural presentan actitudes menos prejuiciosas hacia los inmigrantes marroquíes.

Según los datos obtenidos, podemos decir que esta hipótesis no se ha cumplido,

ya que no son los alumnos que estudian en Ceuta y Melilla los que presentan menos prejuicios hacia el colectivo de marroquíes.

H₅. El alumnado que tiene o ha tenido contacto con el colectivo de inmigrantes marroquíes presenta actitudes menos prejuiciosas.

En relación a esta hipótesis, los datos demuestran que no se ha cumplido, por lo que los estudiantes que han mantenido contacto con inmigrantes no presentan menos prejuicios hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes.

OBJETIVO 4. Evaluar el grado de distancia social del alumnado de Enfermería hacia los inmigrantes según los distintos grupos de pertenencia.

El alumnado de Enfermería de la Universidad de Granada ha presentado una distancia social ligeramente negativa hacia los colectivos de inmigrantes, con lo que ha puesto de manifiesto la poca relación que tiene el estudiantado con los grupos de inmigrantes.

H₁. Los varones manifestarán mantener más distancia social hacia los inmigrantes que las mujeres.

En función de los datos obtenidos, podemos afirmar que esta hipótesis no se cumple, siendo las mujeres las que presentan más distancia social hacia los colectivos de inmigrantes que los varones.

H₂. El grado de distancia social que manifiesta el estudiantado será diferente en función del grupo de pertenencia del inmigrante.

En función a esta hipótesis, podemos afirmar que el alumnado presenta más distancia social hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes que al resto de grupos estudiados.

H₃. El alumnado de procedencia bereber del campus de Melilla presenta menor distancia social hacia el colectivo de inmigrantes marroquíes que el de procedencia europea.

Según esta hipótesis, podemos afirmar que los alumnos de procedencia bereber no presentan menor distancia social hacia los colectivos de inmigrantes que los alumnos de procedencia europea.

H₄. Los alumnos de los últimos cursos manifestarán una menor distancia social hacia el colectivo de inmigrantes.

Según los datos obtenidos podemos confirmar que esta hipótesis no se cumple, ya que los alumnos de últimos cursos presentan más distancia social que los de primeros cursos.

H₅. Los universitarios que cursan estudios en un contexto multicultural presentan menos distancia social hacia los inmigrantes.

Esta hipótesis no se ha podido demostrar, ya que no son los alumnos que estudian en Ceuta y Melilla los que presentan una menor distancia social hacia los colectivos de inmigrantes.

H₆. Los estudiantes del Grado en Enfermería que tienen contacto con el colectivo de inmigrantes aceptarán un mayor grado de acercamiento de los miembros de este colectivo.

En relación con esta hipótesis, los datos han demostrado que no se cumple, ya que los alumnos que han mantenido un contacto con los inmigrantes no presentan una menor distancia social.

2.2. ESTUDIO 2: influencia de la asignatura de “*Transculturalidad, Género y Salud*” en el cambio de actitudes del alumnado de enfermería

En el estudio segundo, solo teníamos un objetivo y una hipótesis de partida. A continuación, se explica brevemente los resultados que dan respuesta a ambas cuestiones.

OBJETIVO. Medir la influencia de la formación a través de la asignatura de Transculturalidad, Género y Salud, en las creencias, emociones, distancia social y prejuicios del estudiantado de Enfermería hacia el colectivo de inmigrantes.

Tras haber recibido el alumnado formación en la asignatura de *Transculturalidad, Género y Salud*, solamente se ha modificado las creencias y algunas emociones hacia los colectivos de inmigrantes, y no se ha producido cambios ni en los prejuicios ni en el grado de distancia social.

H. Las creencias, emociones, distancia social y prejuicios hacia la inmigración que muestra el alumnado de Enfermería serán más positivas tras la impartición de la asignatura *Transculturalidad, Género y Salud*.

Tras haber analizado los datos obtenidos, podemos afirmar que esta hipótesis no se ha cumplido, pues solamente se han podido modificar las creencias y algunas emociones, sin que haya tenido repercusión la impartición de la asignatura de Transculturalidad, Género y Salud en los prejuicios y en la distancia social.

3. CONCLUSIONES

En general, podemos afirmar que los estudiantes de Enfermería poseen las mismas creencias y opiniones hacia la inmigración como la población en general. En relación con la variable sexo, los datos han demostrado lo que nos planteábamos en las hipótesis, por lo que se confirma que las mujeres poseen actitudes más positivas hacia la inmigración que los hombres. En la variable cultura, también se ha demostrado que en función de la cultura de pertenencia, la actitud del estudiantado se modifica, siendo más favorable los alumnos de procedencia bereber, sobre todo hacia el colectivo de marroquíes. En las variables curso y edad, los datos no coincide con nuestra hipótesis, ya que no se ha demostrado que los alumnos de los últimos cursos sean los que mejor actitud tengan hacia la inmigración. En la variable facultad, tampoco coincide con nuestra hipótesis, ya que no son los alumnos del campus de Melilla los que presentan mejor actitud hacia la inmigración. Y en la variable contacto, se ha demostrado que los alumnos que sí han mantenido contacto con inmigrantes son los que presentan mejor actitud hacia ellos.

En relación con las emociones, en general, los alumnos de Enfermería han demostrado tener emociones negativas hacia la inmigración. Según el sexo, no se ha demostrado la hipótesis de que las mujeres presentaran mejores emociones hacia los colectivos de inmigrantes estudiados, ya que sienten, sobre todo, emociones de miedo. Sí podemos afirmar la hipótesis de que los alumnos bereberes del campus de Melilla presentan emociones más positivas hacia el colectivo de marroquíes. Según el curso del alumnado, según qué emoción sí se ha demostrado que los alumnos de últimos cursos sienten emociones más positivas hacia los inmigrantes. En función a la facultad de estudio, no se ha demostrado la hipótesis de que los estudiantes de

Ceuta y Melilla sean los que mejores emociones presenten. Y según si han mantenido contacto con inmigrantes o no, en algunas emociones si se ha cumplido la hipótesis de tener mejores emociones hacia la inmigración.

Los alumnos de Enfermería, en general, también poseen prejuicios hacia el colectivo de marroquíes, siendo este el peor considerado por la población. Las hipótesis de que las mujeres y los alumnos de procedencia bereber son menos prejuicios se ha podido demostrar, mientras que no se ha cumplido que a mayor curso el alumnado sea menos prejuiciosos, que en Melilla y en Ceuta presenten menos prejuicios ni que los alumnos que han mantenido contacto con los marroquíes presenten menos distancia social.

A modo de resumen, podemos afirmar que del componente afectivo de la actitud, se ha obtenido de esta tesis que, los hombres son más fanáticos que las mujeres y presentan emociones negativas tradicionales, por lo que no les importa expresar abiertamente sus emociones hacia el colectivo de marroquíes; y las mujeres son más sutiles. Los alumnos de procedencia europea son más fanáticos y sutiles que los de procedencia bereber, así como expresan más emociones negativas hacia los marroquíes. Los alumnos de tercer curso son los que más sutiles son, pero los de primer curso tienen más emociones negativas sutiles. Según la facultad donde estudian los alumnos, en Granada es donde más sujetos sutiles hay y en Ceuta donde más sujetos con prejuicios manifiestos. Los alumnos de Melilla poseen más emociones paternalistas y en Granada donde menos, siendo el colectivo de marroquíes los que más emociones negativas (tanto abiertas como sutiles) despiertan, siendo los alumnos de Ceuta los más prejuiciosos. Y por último todos los sentimientos negativos disminuyen y los positivos aumentan en aquellos alumnos que han tenido contacto con los inmigrantes.

En función con la distancia social, no se han podido demostrar las hipótesis propuestas, ni por razón del sexo, ni la facultad de estudio, ni el curso.

Con los datos obtenidos se puede concluir que existe una relación entre los cuestionarios utilizados y por lo tanto entre los tres componentes de la actitud.

Y para finalizar, la impartición de la asignatura de Transculturalidad, Género y Salud, influye de forma positiva en las creencias que el alumnado tiene hacia la

inmigración pero no es suficiente para modificar emociones y prejuicios hacia los inmigrantes, debido a que es necesario intervenciones más específicas y duraderas para llegar a influir de manera positiva y permanente en las actitudes del alumnado.

Es necesario que la formación sea continua y transversal en los planes de estudios de Enfermería, que la formación del profesorado sea la adecuada así como su propia formación continuada y la implicación de la propia institución de dar la importancia que precisa una formación cultural competente, pues estos cuidados son necesarios en la población actual, en la que la población cada vez es más heterogénea, donde los inmigrantes son una realidad en todas las sociedades, están en nuestras calles, barrios y se encuentran en los centros sanitarios y deben ser atendidos como ciudadanos de pleno derecho, pues la sanidad, y por tanto los cuidados, son un derecho universal.

Expuesto todo lo anterior se hace necesario que se articulen programas de intervención y prevención en la titulación de Enfermería para evitar las actitudes negativas hacia el colectivo de inmigrantes, sensibilizar durante la formación al futuro enfermero de la importancia de la erradicación de actitudes prejuiciosas hacia la inmigración, y de proporcionar al alumnado herramientas para aumentar su concienciación hacia las diferencias, ya que en poco tiempo estarán trabajando con pacientes diversos y su manera de pensar hacia este colectivo puede afectar en los cuidados enfermeros.

4. LIMITACIONES

4.1. Limitaciones del primer estudio

Las limitaciones encontradas en este primer estudio han sido varias ya que no se podido contar con una muestra mayor debido al inconveniente de la distancia entre las ciudades y la imposibilidad de haber realizado más viaje, por razones laborales, para poder conseguir mayor participación.

Hubiera sido interesante haber realizado un grupo control para poder demostrar con si realmente el hecho de recibir formación influye realmente o no en el cambio de las actitudes del alumnado.

Además, para poder comprender mejor la actitud del alumnado hacia la inmigración sería necesario completarlo con estudios de tipo cualitativos, en el que a través de entrevistas los alumnos pudieran expresar realmente sus pensamientos y no sentirse cohibidos en contestar a preguntas cerradas que pudiera limitar sus respuestas.

4.2. Limitaciones del segundo estudio

Son varias las limitaciones de este estudio, ya que el número de alumnos de primero que han participado no ha sido muy numerosos. Además, sería conveniente hacer otro estudio más completo para ver el cambio de las actitudes en todo el alumnado, no solo los de primero, y comprobar qué otras circunstancias influyen o no en los cambios de actitud.

También hubiera sido importante medir inicialmente los conocimientos y habilidades previos que poseen sobre otras culturas para tratar con personas de diversidad cultural, así como realizar programas de intervención específicos para la adquisición de una competente formación y entren en contacto con colectivos diversos para aumentar sus experiencias con otras culturas antes de comenzar las prácticas hospitalarias.

5. PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS

Como línea de trabajo futuro, se propone analizar con más detalle la EAIE para comprobar las dimensiones que puedan formar parte de ella, así como profundizar en la elaboración de este instrumento con más detenimiento que nos muestre con la actitud, tanto del alumnado como los profesionales de Enfermería. Y el tipo de elección del muestreo sea probabilístico para una mayor extrapolación de los resultados.

Otra investigación muy importante a realizar, sería conocer qué formación y conocimientos poseen los profesores que imparten la asignatura de *Transculturalidad, Género y Salud* u otras materias que impliquen el cuidado transcultural.



REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M.A. (2014). Las fronteras terrestres de España en Melilla: Delimitación, vallas fronterizas y tierra de nadie. *Revista electrónica de estudios internacionales (REEI)*, 28, 7-34. doi: 10.14103/reei.28.07
- Aguilera Portales, R.E. (2002). El problema del etnocentrismo en el debate antropológico entre Clifford Geertz, Richard Rorty y Lévi-Strauss. *Gazeta de Antropologia*, 18(11), 1-9.
- Aignerren, M. (2010). Técnicas de medición por medio de escalas. *La sociología en sus escenarios*, (18), 1-25.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1988). From intentions to actions. En I.Ajzen (ed.) *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- Alaminos, A., y Alaminos, P. (2012). “Esteriotipos sobre los musulmanes en España, Gran Bretaña, Francia y Alemania”. VIII Jornadas Internacionales de Modelado Estructural en el Análisis de la Realidad Social. Universidad de Alicante. Alicante.
- Alaminos, A., Albert, M.C., y Santacreu, Ó. (2010). La movilidad social de los emigrantes españoles en Europa. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, 129(1), 13-35.
- Alemay, I., y Mesa, M.C. (2012). Las relaciones intergrupales y su relación con las actitudes, estereotipos y prejuicios. En I. Alemany, M.A. Jiménez y S. Sánchez (Eds.), *Formación del profesorado para la diversidad cultural*, pp. 63- 87. Madrid: La Muralla.
- Allen, J. (2010). Improving cross-cultural care and antiracism in nursing education: A literature review. *Nurse Education Today*, 30(4), 314-320. doi:10.1016/j.nedt.2009.08.007
- Allport, A.W. (1954). The nature of prejudice. Cambridge: Addison-Wesley.
- Alonso, M., y Furio, E. (2007). España: de la emigración a la inmigración. *Archives-ouvertes HAL*, 1-36. Recuperado de: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00130293>

- Amirian, N., y Zein, M. (2009). *El islam sin velo*. Barcelona: Planeta.
- Amunátegui, C. (2013). Migraciones en la antigüedad: reflexiones comparativas con su tratamiento jurídico en el presente. *Revista chilena de derecho*, 40(3), 1035-1041.
- ANECA. (2005). Libro Blanco. Título de Grado en Enfermería. Madrid. Recuperado de <http://www.aneca.es/>
- Antonín, M., y Tomás-Sábado, J. (2004). La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: validación preliminar. *Enfermería científica*, (262), 77-82.
- Arizaleta, L.H., Rodríguez, J.P., Cid, M.M., y Piqueras, O.M. (2009). Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística repercusión económica. *Gaceta Sanitaria*, 23(3), 218-215.
- Aronson, E. (1999). *The social animal*. Nueva York: Freeman.
- Ashmore, R.D. (1970). The problema of intergroup prejudice. En B.E. Collins (Ed.), *Social Psychology: Social Influence, attitude change, group processes and prejudice*, pp. 246-296. Reading, Adisson-Wesley.
- Augoustinos, M., Walker, I., y Donaghue, N. (2014). *Social Cognition: An Integrated Introduction*. Singapur: Sage.
- Australia, C., Allen, P., y Heritage, B. (2014). *SPSS Statistics Version 22*. Melbourne, Victoria: Cengage Learning Australia.
- Ayerdi, P., y Díaz de Rada, V. (2008). Perfiles sociales de la opinión pública española sobre la inmigración. *Revista Internacional de Sociología*, 66(50), 95-128.
- Baganeta, O. (2016). *Papel de la enfermería en los ensayos clínicos de un hospital* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de la Rioja. Logroño.
- Barbadillo, P. (1997). *Extranjería, racismo y xenofobia en la España contemporánea, la evolución de los setenta a los noventa*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Bar-Tal, D. (1990). *Group beliefs: A conception for analyzing group structure, processes and behavior*. Londres: Springer Verlag.
- Betz, H.G. (2004). *La droite populiste en Europe. Extrême et démocrate?*. París: Autrement.

- Bigler, R.S. (1999). The use of multicultural curricula and materials to counter racism in children. *Journal of Social Issues*, 55, 687-706.
- Borboa-Trasviña, M.A. (2006). La interculturalidad: aspecto indispensable para unas adecuadas relaciones entre distintas culturas. El caso entre “Yoris” y “Yoremes” del centro ceremonial de San Jerónimo de Mochicahui, el Fuerte, Sinaloa, México. *Ra Ximhai: Revista científica de sociedad, cultura y desarrollo sostenible*, 2(1), 45-71.
- Breckler, S.J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191-1205. doi: 10.1037/0022-3514.47.6.1191
- Briñol, P., Falces, C., y Becerra, A. (2007). Actitudes. En J. F. Morales, M. Moya, E. Gaviria e I. Cuadrado, *Psicología Social* (pp.457-490). Madrid: McGraw Hill.
- Brown, R. (1995). *Prejudice: Its social psychology*. Oxford: Blackwell.
- Campbell, D.T. (1965). Ethnocentric and other altruistic motives. En D. Levine (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 13, pp. 283-311). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Cano Gestoso, J.I. (1993). *Los estereotipos sociales: el proceso de perpetuación a través de la memoria selectiva*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Carassou, R.H. (2006). *La perspectiva teórica en el estudio de las migraciones*. México: Siglo XXI Editores.
- Carbonero, D., Raya, E., Caparrós, N., y Gimeno, C. (2016). *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Cárdenas, M., Music, A., Contreras, P., Yeomans, H., y Calderón, C. (2007). Las nuevas formas de prejuicio y sus instrumentos de medida. *Revista de Psicología*, 16(1), 69-96.

- Cea D'Ancona, M.Á. (2002). La medición de las actitudes ante la inmigración: evaluación de los indicadores tradicionales de "racismo". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 99, 87-111.
- Cea D'Ancona, M.Á., y Valles Martínez, M.S. (2015). Evolución del racismo, la xenofobia y otras formas conexas de intolerancia en España. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia. Recuperado de http://www.empleo.gob.es/es/sec_bep/estudios/ficheros-estudios/00029A7D.PDF
- Cebolla, H., y Requena, M. (2010). Marroquíes en España, Holanda y Francia: ¿importa el modelo de gestión de la diversidad para explicar la integración?. *Historia y Política*, (23), 55-83.
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2002). *Estudio CIS N° 2459*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=2496
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2003). *Estudio CIS N° 2511*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=2887
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2004). *Estudio CIS N° 2565*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=3954
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2005). *Estudio CIS N° 2625*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=5118
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2006). *Estudio CIS N° 2666*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=6158
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2007). *Estudio CIS N° 2746*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=7920
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2008). *Estudio CIS N° 2773*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9680

- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2009). *Estudio CIS N° 2817*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=10664
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2010). *Estudio CIS N° 2846*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=11344
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2011). *Estudio CIS N° 2911*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=11844
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2012). *Estudio CIS N° 2932*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=12564
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2013). *Estudio CIS N° 3005*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3000_3019/3005/Es3005mar.pdf
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2014). *Estudio CIS N° 3047*. Recuperado el 4 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3040_3059/3047/es3047mar.pdf
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2015). *Estudio CIS N° 3114*. Recuperado el 5 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3100_3119/3114/es3114mar.pdf
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2016). *Estudio CIS N° 3149*. Recuperado el 5 de octubre de 2017 de http://datos.cis.es/pdf/Es3149mar_A.pdf
- Centro de Investigaciones Sociológicas, (2017). *Estudio CIS N° 3183*. Recuperado el 5 de octubre de 2017 de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14352
- Cerdera, P., y Vicente, J. (2009). Etnocentrismo y variedades dialectales en el aula E/LE. In *El profesor de español LE-L2: Actas del XIX Congreso Internacional de la Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera (ASELE): Cáceres, 24-27 de septiembre de 2008* (pp. 363-370). Servicio de Publicaciones.

- Checa-Olmos, J.C., y Arjona-Garrido, Á. (2013). Los inmigrantes vistos por los españoles. Entre la amenaza y la competencia (1997-2007). *Revista de Estudios Sociales*, (47), 118-132.
- Coenders, M., Scheepers, P., Sniderman, P., y Verberk, G. (2001). Blatant and subtle prejudice: dimensions, determinants, and consequences; some comments on Pettigrew and Meertens. *European Journal of Social Psychology*, 31(3), 281-297. Doi: 10.1002/ejsp.44.abs
- Colectivo IOÉ. (2012). Crisis e inmigración marroquí en España, 2007-2011. *Madrid: Colectivo IOÉ*.
- Coll, C., Pozo, J.I., Sarabia, B., y Valls, E. (1994). *Los contenidos en la Reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes*. Madrid: Santillana S.A.
- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida*. McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
- Consejería de Economía y Hacienda de Melilla. (2014). Dirección General de Fondos Europeos. *La evaluación Ex Ante del Programa operativo FEDER de la Ciudad Autónoma de Melilla 2014-2020*. Recuperado de http://fondoseuropeosmelilla.es/sites/default/files/FondosComunitarios/Adjuntos-FSE/140717%20Borrador%2BEval%2BEx%2BAnte_Melilla.pdf
- Cooper, F., y Santos, S.C. (2008). Reformando el imperio, acabando con el imperio: Francia y África occidental, 1944-1960. *Relaciones internacionales: Revista académica cuatrimestral de publicación electrónica*, (8), 1-23. Recuperado de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/678274>
- Cuadrado Guirado, I. y Fernández Sedano, I. (2007). Procesos grupales y relaciones intergrupales. En F. Molero Alonso, *Psicología Social* (pp. 99-130). Madrid: Sanz y Torres.
- Cuevas, R., Contreras, O., García-Calvo, T., y Pastor, J.C. (2014). Nature and profiles of racial prejudice: analyses and educational implications in Secondary Scholl students. *Infancia y Aprendizaje*, 37, 248-277.
- Daneshpour M. (1998). Muslim families and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 355-390.
- Del Amo, F.M. (2005). El mosaico de Melilla. In *Experiencias interculturales en Melilla* (pp. 23-40). Sindicato Autónomo de Trabajadores de la Enseñanza.

- Del Arco Bravo, I. (1998). *Hacia una escuela intercultural. El profesorado: formación y expectativas*. Lérida: Edicions Universitat de Lleida.
- DeLamater, J. (2006). *Handbook of social psychology*. New York: Springer.
- Dellis, A., Skolarikos, A., y Papatsoris, A. (2014). Why should I do research? Is it a waste of time? *Arab Journal of Urology*, 12(1), 68-70. doi: 10.1016/j.aju.2013.08.007
- Díez-Nicolás, J. (1998). *Actitudes hacia los inmigrantes*. Madrid: IMSERSO.
- Díez-Nicolás, J., y Ramírez, M. (2001). *La inmigración en España*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Domingo, A., y Sabater, A. (2013). Emigración marroquí desde España en contexto de crisis. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 3(1), 29-60.
- Dovidio, J.F., y Gaertner, S.L. (1986). *Prejudice, discrimination, and racism: Historical trends and contemporary approaches*. San Diego, CA US: Academic Press.
- Eagly, A., Y Chaiken, S. (1993). *Psychology of Attitudes*. NY: Harcourt, Brece Jovanovich.
- Eagly, A., y Chaiken, S. (1998) Attitude structure and function. En D. Gilbert, S. Fiske y G. Lindzey (Eds.) *Handbook of social psychology*, 4ª ed. Vol.1 pp. 269-322. Nueva York: McGraw-Hill.
- Echebarría, A. y González, J.L. (1995). Aproximación cognitiva al prejuicio. Allport y los procesos de categorización. En A. Echevarría, J.L. González, M.T. Garaigordobil y M. Villarreal. *Psicología Social del Prejuicio y el Racismo* (pp. 27-48). Madrid: Ed. Centro de estudios Ramón Areces.
- El Bouchaibi Daali, I. (2012). Enfermería transcultural. Una nueva oportunidad. *Ágora de Enfermería*, 16(30), 53-54.
- Escobar, B., y Paravic-Klijn, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 8(33), 1-15.
- Espelt, E., Javaloy, F., y Cornejo, J.M. (2006). Las escalas de prejuicio manifiesto y sutil: ¿una o dos dimensiones? *Anales de Psicología*, 22(1), 82-88.

- Etxeberría, F., Murua, H., Arrieta, E., Garmendia, J., y Etxeberría Murgiondo, J. (2013). Prejuicios del alumnado de secundaria de Gipuzkoa ante la inmigración. *Teoría de la Educación; Revista Interuniversitaria*, 25(2), 155-187.
- Expansión. Melilla-Población. *Datos macro.com*. Recuperado de <https://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/espana-comunidades-autonomas/melilla>
- Fazio, R.H., y Olson, M.A. (2003). Implicit Measures in Social Cognition Research: Their Meaning and Use. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 297-327. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145225
- Fernández Molina, M.A. (2006). Fenómenos migratorios y su influencia en los cuidados transculturales en el marco hospitalario. *Cultura de los cuidados*, 20, 62-68.
- Festinger, L. (1957). Informal social communication. *Psychological Review*, 57, 271-282. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0056932>
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Reading Mass: Addison-Wesley.
- Fiske, S.T., y Taylor, S.E. (1984). *Social cognition reading*. MA: Addison-Wesley.
- Flood, J.L., y Commendador, K.A. (2005). Teaching student nurses to be culturally safe: can it be done? *Journal of Transcultural Nursing*, 16(4), 356-360. doi: 10.1177/1043659605278944
- Flood, J.L., y Commendador, K.A. (2016). Undergraduate nursing students and cross-cultural care: A program evaluation. *Nurse education today*, 36, 190-194. doi: 10.1016/j.nedt.2015.10.003
- Foro-Ciudad (2018). Demografía de Melilla. Recuperado de <https://www.foro-ciudad.com/melilla/melilla/habitantes.html>
- Frías-Navarro, D., Monterde-i-Bort, H., y Peris-García, F. (2009). La medida del prejuicio manifiesto y sutil. *Interpsiquis*, 1, 1-9.
- Froufe Quintas, S. (1994). "Hacia la construcción de una pedagogía de la interculturalidad". *Documentación Social*, 97, 161-176.

- Ganter, S. (1997). *Stereotype und vorurteile: Konzeptualisierung, operationalisierung and messung*. [Estereotipos y prejuicio: conceptualización, operacionalización y medición] Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung Arbeitspapiere Arbeitsbereich III/22.
- García, H. (1984). *Actitudes hacia los homosexuales y las lesbianas de cuatro grupos de estudiantes universitarios*. Tesis de maestría, Departamento de Psicología. Universidad de Puerto Rico.
- García, M.C., López-Rodríguez, L., y Navas, M.S. (2013). Teorías clásicas en el estudio del prejuicio: la perspectiva de la mayoría. En M.S. Navas y Cuadrado (Eds.), *El estudio del prejuicio en Psicología Social*, pp. 50. Madrid: Sanz y Torres.
- García, M.C., Navas, M.S., Cuadrado, I., y Molero, F. (2003). Inmigración y Prejuicio: Actitudes de una muestra de adolescentes almerienses. *Acción psicológica*, 2, 137-147.
- García-Navarro, E.B. (2015). *Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Huelva, Huelva.
- Gavira, G.R. (2008). Inmigrantes marroquíes en España: permanencia o retorno. *Entelequia: revista interdisciplinar*, (8), 173-192.
- Gentil García, I. (2005). Educación para la salud en las familias inmigrantes marroquíes. *Cultura de los Cuidados*, 17, 54-58.
- Gentil García, I. (2010). Competencia cultural en enfermería: población subsahariana. *Cultura de los cuidados*, 20, 61-67.
- Gibbs, K. A. (2005). Teaching student nurses to be culturally safe: can it be done?. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(4), 356-360. doi: 10.1177/1043659605278944
- Jiménez, C., Lobera, J., y Mora, T. (2015) *Convivencia social e intercultural en territorios de alta diversidad*. Encuesta 2015 sobre convivencia intercultural en el ámbito local. Barcelona. Obra Social La Caixa.
- Gómez, Á., y Huici, C. (1999). Orientación política y racismo sutil y manifiesto: relaciones con la discriminación. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 14(3), 159-180. doi:10.1174/021347499760259921

- González, V. (1998). La percepción del Mediterráneo a través de la inmigración: las actitudes de los españoles hacia los magrebíes. *Investigaciones geográficas*, (20), 5-18.
- Greenwald, A.G., y Banaji, M.R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, an stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Greenwald, A.G., McGhee, D.E., y Schwartz, J.L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Grueso, F.J, y Arroyo, L.M. (2016). La actitud de los estudiantes de enfermería de la UCO hacia el paciente inmigrante. *Ciber Revista*, 49. Recuperado de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2016/pagina8.html>
- Guardia, L., y Nacari, G. (2013). Discriminación racial dentro del ámbito universitario. Un enfoque sobre la discriminación sutil y manifiesta. *Reidocrea*, 2, 111-116. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/27749>
- Guimond, S., y Tougas, F. (1996). Sentimientos de injusticia y acciones colectivas: la privación relativa. En R.Y. Bourhis y J.P. Leyens (Eds.), *Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupos* (pp. 171-193). Madrid: McGraw-Hill.
- Guttman, L.A. (1944). A basis for scaling qualitative data. *American Sociological Review*, 91, 139-150.
- Hainmueller, J., y Hiscox, M.J. (2007). Educated preferences: Explaining attitudes toward immigration in Europe. *International Organization*, 61(2), 399-442.
- Hamberger, J. y Hewstone, M. (1997). Inter-ethnic contact as a predictor of blatant and subtle prejudice: Tests of a model in four West European nations. *British Journal of Social Psychology*, 36, 173-190.
- Hamilton, D.L., Trolie, T.K. (1986). Stereotypes and stereotyping: an overview of the cognitive approach. In: Dovidio, J.F., Gaetner, S.L. (Eds.), *Prejudice, Discrimination and Racism* (pp. 127-163). Academic Press: San Diego.
- Harding, J., Kutner, B., Proshansky, H, y Chein, I. (1969). Prejudice and ethnic relations. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (pp.1-76). Reading: Addison Wesley.

- Hellwig, T., y Sinno, A. (2016). Different groups, different threats: public attitudes towards immigrants. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 43(3), 339-358.
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64, 62-68.
- Hernández, F. (1996). *Historia de la enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Síntesis.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Herranz de Rafael, G. (2008a). "Xenofobia: un estudio comparativo en barrios y municipios almerienses". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 121, 109-132.
- Herranz de Rafael, G. (2008b). *Xenofobia y Multiculturalidad*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Herranz de Rafael, G. (2010). "Modernidad y xenofobia en Andalucía y Cataluña: un análisis comparativo". *Papers*, 95, 977-1000.
- Herranz de Rafael, G. (2012a). "An Empirical Study on Xenophobia in Almeria (Spain)". *Sociological Research Online*, 17(2): 5-31.
- Herranz de Rafael, G. (2012b). *Xenofobia en Andalucía. Análisis en municipios y ciudades con alta densidad de inmigrantes*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces, Factoriadeideas, IF001/13.
- Herranz de Rafael, G., y Fernández Prados, J.S. (2017). Comparación de dos índices de medición de la xenofobia en Andalucía. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 160, 139-150. doi: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.160.139>
- Hilton, J.L., y Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual review of psychology*, 47(1), 237-271.
- Holgado, F.P., Sánchez, A., y Navas, L. (2011). Análisis de la estructura de la Escala de Actitudes hacia la Inmigración en una muestra estudiantes de chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(29), 1-18.
- Hovland, C., y Janis, I. (1959). *Personality and persuasibility*. New Haven: Yale University Press.

- Hyder, G. (2003). Care of the Muslim patient. *ADF Health*, 4, 81-83.
- Igartua, J.J. (1996). *Psicología de la publicidad*. San Sebastián: Ibaeta Psicología.
- Igartua, J.J., Muñiz, C., Otero, J., Cheng, L., y Gómez-Isla, J. (2008). Recepción e impacto socio-cognitivo de las noticias sobre inmigración. *Revista de Psicología Social*, 23(1), 3-16.
- INE. (2008). Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np503.pdf>
- INE. (2017a). Cifras de Población a 1 de enero de 2017. Estadística de Migraciones 2016. Recuperado de: http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf
- INE. (2017b). Población extranjera por comunidades y provincias, nacionalidad y sexo. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/l0/&file=0ccaa002.px>
- INE. (2018a). Cifras de Población a 1 de enero de 2018. Estadística de Migraciones 2017. Recuperado de http://www.ine.es/prensa/cp_e2018_p.pdf
- INE. (2018b). Población de Melilla a 1 de enero de 2018. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2909>
- INGESA (2014). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 Ingesa. Ciudades con Estatuto de Autonomía. Ceuta y Melilla. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informeannual2013/Ingesa.pdf>
- Izquierdo, A., López, D., y Martínez, R. (2003). The Favourites of the Twenty-first Century: Latin American Immigration in Spain. *Studi Emigrazione*, 149: 98-124.
- Jiménez, I. (2005). La alimentación "halal" de los musulmanes en España: Aspectos jurídicos, económicos y sociales. *Ius Canonicum*, 45(90), 631-666.
- Jordan, C. (2005). Types of High Self-Esteem and Prejudice: How Implicit Self-Esteem Relates to Ethnic Discrimination Among High Explicit Self-Esteem Individuals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(5), 693-702. doi:10.1177/0146167204271580

- Karasawa, M. (2003). Projecting group liking and ethnocentrism on in-group members: False consensus effect of attitude strength. *Asian Journal of Social Psychology*, 6(2), 103-116.
- Katz, D. (1984). *El enfoque funcional en el estudio de las actitudes*. En *Estudios Básicos de Ciencias Sociales* (261-298). Barcelona: Hora, S.A.
- Katz, D., y Braly, K. (1933). Racial prejudice and racial stereotypes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 30, 175-193.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. New-bury Park: Sage.
- Kostova Karaboytcheva, M. (2006). Una evaluación del último proceso de regularización de trabajadores extranjeros en España (febrero-mayo de 2005). Un año después. *Boletín Elcano*, (84), 1-14. Recuperado de: <http://biblioteca.ribei.org/1101/1/DT-015-2006.pdf>
- Krech, D., y Crutchfield, R.S. (1948). *Theory and problems of social psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Lacomba, J. (2008). *Historia de las migraciones internacionales: historia, geografía, análisis e interpretación*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Leininger, M.M. (1991). *Culture care diversity and universality: An theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 6(2), 5-12.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 189-192. doi: doi.org/10.1177/10459602013003005
- Leininger, M.M. y McFarland, M.R. (2002). Transcultural nursing: Curricular concepts, principles, and teaching and learning activities for the 21 st century. In M. M. Leininger, M.M., y McFarland, M.R. (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

- Leippe, R.A., y Eisenstadt, D. (1994). Generalization of dissonance reduction: Decreasing prejudice through induce compliance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 395-413.
- León-del Barco, B., Mira, A.R., y Gómez Carroza, T. (2007). Evaluación de las opiniones sobre la inmigración y la multiculturalidad en la escuela de alumnos de magisterio. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 5(2), 259-282.
- León, M.M., Pastor, M. y Martínez, M.C. (2012). Movimientos migratorios, interculturalidad y educación. Naveg@mérica. Revista Electrónica De La Asociación Española De Americanistas, 8. Recuperado de: http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/20663_Cached.pdf
- Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, 22. Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
- Likert, R. (1932). *A technique for the measurement of attitudes*. New York: The Science Press.
- Lillo-Crespo, M., y Casabona Martínez, I. (2006). Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud. *Cultura de los cuidados*, 20, 87-91.
- Lippmann, W. (1922). Public opinión. Londres: Alen and Unwin.
- López Feal, R. (1991). Las relaciones actitud-conducta y otras variables a partir de la teoría de Fishbein y Ajzeny del modelo Lisrel: estudio empírico. *Anuario de Psicología*, 50, 19-40.
- López-Guzmán, T.J., González-Hernández, V., Herrera-Torres, L., y Lorenzo-Quiles, O. (2007). Melilla: Ciudad fronteriza internacional e internacional. Análisis histórico, económico y educativo. *Frontera Norte*, 19(37), 7-33.
- Maio, G.R., y Esses, V. (1998). The social consequences of affirmative action: Deleterious effects on the perceptions of groups. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 65-74.
- Manganelli, A., y Volpato, C. (2003). Social Desirability of Subtle and Blatant Prejudice Scales. *Psychological Reports*, 92(1), 241-250. doi: 10.2466/pr0.2003.92.1.241

- Martín Cárdbaba, M. A., y Brändle, G. (2013). Buscando la inclusión de las minorías en un contexto multicultural. Una revisión teórica del prejuicio y de las estrategias para reducirlo. *Papers*, 98, 79-102.
- Martín Gómez, J. (2015). Buscando un lugar entre no lugares: transculturalidad, liminalidad y glocalización en la literatura y el cine de Alberto Fuguet. *Anuario de Literatura Comparada*, 5, 209-229.
- Martín Muñoz, G. (1999). *El Estado Árabe*. Barcelona. Ed. Bellaterra.
- Masson, C.N., y Verkuyten, M. (1993). Prejudice, ethnic identity, contact and ethnic group preferences among Dutch young adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 156-168.
- Mateos, A., y Moral, F. (2000). *Europeos e inmigrantes, la Unión Europea y la inmigración desde la perspectiva de los jóvenes*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- McConahay, J.B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the modern Racism Scale. En J.F. Dovidio y S.I. Gaertner (Eds.). *Prejudice, Discrimination and racism*. San Diego: Academia Press.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2011). Plan estratégico ciudadanía e integracoçpm 2011-2014. Recuperado de http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Programas_Integracion/Plan_estrategico2011/pdf/PECI-2011-2014.pdf
- Mohatar Marzok, M. (2009). Inmigrantes marroquíes en Andalucía y "Pluralismo metodológico": Notas sobre una investigación colectiva en curso, 2008-2009. *Migraciones internacionales*, 5(2), 203-214.
- Molero, F., Navas, M.S., y Morales, J.F. (2001). Inmigración, prejuicio y exclusión social: reflexiones en torno a algunos datos de la realidad española. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 1(1), 11-32.
- Molero, F., Cuadrado, I., y Navas, M. (2003). Las nuevas expresiones del prejuicio racial: aspectos teóricos y empíricos. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Estudios de Psicología Social*. Madrid: UNED.
- Molero, F. (2007). Procesos grupales y relaciones intergrupales. En I. Cuadrado & Itziar Fernández (Coordas.). *Psicología Social*. Madrid: Sanz y Torres.

- Molina, L.E., y Wittig, M.A. (2006). Relative importance of contact conditions in explaining prejudice reduction in a classroom context: Separate an Equal?. *Journal of Social Issues*, 62, 489-509.
- Montes-Berges, B., y Moya, M. (2006). Medidas implícitas y explícitas de discriminación y prejuicio. Universidad de Jaén.
- Montes-Berges, B. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación a la Investigación*, (3), 1-16.
- Morales, F. (2005). Grupos. En J.F. Morales y C. Huici. *Psicología Social* (pp. 201-218). Madrid: UNED.
- Morales, F., y Huici, C. (1994). Procesos grupales. En F. Morales et al. *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Morales, J.F., Reboloso, E., y Moya, M. (1994). Actitudes. En F. Morales et al., *Psicología Social*, Madrid, McGraw-Hill.
- Morales, F., Moya, M.C., Gaviria, E., y Cuadrado, I. (2007). *Psicología social*. Madrid (España): McGraw-Hill.
- Moreno, M., y Agudo, G. (2006). *Formación y transculturalidad: el cuidado del paciente integrado desde la perspectiva del estudiante de Enfermería de primer año*. Universidad Europea de Madrid, Madrid.
- Moreno, A.B. y Pascual, J.H. (2009). El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal. *Gaceta Sanitaria*, 23, 25-28.
- Moreno, I.M., y Siles, J. (2015). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*, 14(4). doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.13
- Moya, M. (1999). *Persuasión y cambio de actitudes*. Psicología social. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Mula, A., y Navas, L. (2011). *Las actitudes ante la inmigración en los adolescentes y en los jóvenes*. Editorial Club Universitario.
- Murray, H.A. (1943). *Thematic Apperception Test: Manual*. Cambridge, Inglaterra: Harvard University Press.

- Navas, M.S. (1998). Nuevos instrumentos de medida para el nuevo racismo. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 233-239. doi:10.1174/021347498760350731
- Navas, M.S., y Cuadrado, I. (2003). Actitudes hacia gitanos e inmigrantes africanos: un estudio comparativo. *Apuntes de psicología*, 30(1), 29-49.
- Navas, M., Cuadrado, I., Molero, F., y Alemán, P. (2000). Una aproximación psicosocial a la inmigración africana en un municipio del Poniente Almeriense: Causas, consecuencias y políticas futuras. In *ponencia presentada en el II Congreso sobre la Inmigración en España, Universidad Pontificia de Comillas e Instituto Universitario Ortega y Gasset, Madrid* (pp. 5-7).
- Navas, M.S., García, M.C., Rojas, A.J., Pumares, P., y Cuadrado, I. (2006). Actitudes de aculturación y prejuicio: la perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Psicothema*, 18(2), 187-193.
- Níkleva, D. (2012). Educación para la convivencia intercultural. *Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 188(757), 991-999.
- Noble, A., Nuszen, E., Rom, M., y Noble, L.M. (2014). The effect of a cultural competence educational intervention for first year nursing students in Israel. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(1), 87-94. doi: 10.1177/1043659613503881
- Observatorio Andalusi. (2016). Estudio demográfico de la población musulmana. Explotación estadística del censo de ciudadanos en España referido a fecha 31/12/2015. Recuperado de: <http://observatorio.hispanomuslim.es/estademograf.pdf>
- Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones. (2010). Informe Anual Andalucía e Inmigración 2009. Recuperado de: http://digital.csic.es/bitstream/10261/28204/1/1_2070_informe_anual_opam_2009.pdf
- Oporto, A. y Rengifo, A. (2005). Historia, presente y prospectiva de las migraciones en España. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (826), 155-165.
- Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 19 de julio, núm 174, pp. 31680-31683.

- Osgood, C.E., Suci, G.J., y Tannenbaum, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Osgood, C.E. (1962). Studies on the generality of affective meanings systems. *American Psychologist*, 17, 10-28.
- Oskamp, S. (1991). *Attitudes and opinions*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Ospina, G.I. (2007). La inmigración que nos cogió desprevenidos: el vaivén de las políticas de extranjería/"the immigration that caught us unprepared: The swing of the immigration policies". *UNISCI Discussion Papers*, (15), 219-233. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/224066712?accountid=14542>
- Ovejero, A. (1991). Estereotipos raciales/nacionales de los universitarios: 30 años después. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 44(4), 485-493.
- Pérez, M. (2004). La evolución de los residentes extranjeros en España. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (15), 7-15.
- Pérez Díaz, V., Álvarez-Miranda, B., y Chuliá, E. (2004), *La inmigración musulmana en Europa. Turcos en Alemania, argelinos en Francia y marroquíes en España*, Fundación La Caixa, Barcelona.
- Pérez-Yruela, M., y Desrués, T. (2007). *Opinión de los españoles en materia de racismo y xenofobia*. Madrid: Observatorio Español de Racismo y Xenofobia. Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Pettigrew, T.F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-68.
- Pettigrew, T.F., y Meertens, R.W. (1992). Le racisme voilé: dimensions et mesure. En M. Wiewiorka (Ed.), *Racisme et modernité* (pp. 109-126). París: La Découverte.
- Pettigrew, T.F., y Meertens, R. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 1(25), 57-75. doi:10.1002/ejsp.2420250106
- Pettigrew, T.F., y Tropp, L.R. (2000). Does intergroup contact reduce prejudice? Recent meta-analytic findings. En Oskamp, S. (Ed.), *Reducing Prejudice and Discrimination*, (pp. 93-115). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Petty, R.E., y Cacioppo, J.T. (1981). *Attitudes and persuasion: Classics and contemporary approaches*, Dubuque: W.C. Brown.
- Plaza del Pino, F.J., Martínez, M.L., Rodríguez, J., García, S., Aragonés, E. y Plaza del Pino, M.D. (2007a). Nacimiento y muerte en las montañas del Rif. III Congreso de Enfermería del Mediterráneo. Almería.
- Plaza del Pino, F.J., Martínez Gálvez, L., Rodríguez Alonso, J., Plaza-del Pino, M.D. (2007b). Visión de los profesionales de Enfermería sobre los pacientes marroquíes. *Metas de Enfermería*, 10(10), 27-30.
- Plaza del Pino, F.J. (2008). *Competencia Comunicativa Intercultural de los profesionales de Enfermería con pacientes inmigrantes musulmanes*. (Tesis doctoral). Universidad Almería, Almería.
- Plaza del Pino, F.J. (2012). Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el sur de España. *Enfermería Global*, 27, 87-96.
- Plaza del Pino, F.J. (2017). Nurses and Muslim patients: two perspectives on Islamic culture in the hospital. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 1131-1137.
- Plaza del Pino, F.J., y Soriano Ayala, E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3), 190-194.
- Ponce, G. (2010). La persistencia del urbanismo musulmán: los "pueblos jóvenes" en Melilla y el debate urbanístico. *Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (14), 320. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-320.htm>
- Prevert, A., Navarro Carrascal, O., y Bogalska-Martin, E. (2012). La discriminación social desde una perspectiva psicosociológica. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4(1), 7-20.
- Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196.
- Purnell, L. (2014). *Guide to Culturally Competent Health Care* (3). Philadelphia, US: F. A. Davis Company. Recuperado de <http://www.ebrary.com>

- Quero Virla, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12(2), 248-252.
- Quillian, L. (1995). Prejudice as a Response to Perceived Group Threat: Population Composition and Antiimmigrant and Racial Prejudice in Europe. *American Sociological Review*, 60(4), 586-611.
- Quinn, M. (1980). *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Raile Alligood, M. y Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Ramírez-de la Fe, M.C y Rodríguez-González, Á. (2005). Un estudio comparativo de la inmigración en función del lugar de origen: variables psicosociales en los autóctonos murcianos. *Apuntes de psicología*, 23(2), 175-182.
- Ramírez-de la Fe, M.C. y Rodríguez-González, Á. (2006). Variables predictoras de la actitud hacia los inmigrantes en la Región de Murcia (España). *Anales de psicología*, 22(1), 76-80.
- Ramos de Oliveira, D., Techio, E.M., Páez, D., y Herranz, K. (2005). Factores predictores de las actitudes ante la inmigración. *Revista de psicología social*, 20(1), 19-37.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Consultado en <http://dle.rae.es/?id=GqSjJqfE>
- Real Decreto 1466, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Relaciones Laborales y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 20 de noviembre de 1990, núm. 278, pp. 34410 a 34411.
- 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 la seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 24 de abril de 2012, núm. 98, pp. 31278 a 31312.
- Rehfeldt, R.A., y Hayes, L.J. (2000). The long-term retention of generalized equivalence glasses. *Psychological Record*, 50, 405-428.

- Retortillo, Á, y Rodríguez, H. (2008). Actitudes de aculturación y prejuicio étnico en los distintos niveles educativos: un enfoque comparado. *Revista Electrónica Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 26(2), 61-71.
- Reyes, L. (2007). La Teoría de la Acción Razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación educativa duranguense*, (7), 66-77.
- Rich, Y., Kedem, P., y Shlesinger, A. (1995). Enhancing intergroup relations among children: A field test of the Miller-Brewer model. *International Journal of Intercultural Relations*, 19, 539-553.
- Rifà-Ros, R., Costa-Tutusaus, L., y Espinosa-Fresnedo, C. (2013). Influencia de la formación en competencia cultural sobre la actitud frente a la inmigración de los estudiantes de tercero de enfermería. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 16(2), 105-110.
- Riner, M.E. (2011). Globally engaged nursing education: An academic program framework. *Nursing Outlook*, 59, 308-317.
- Rinken, S., y Velasco, S. (2010). La evolución de la opinión pública andaluza ante la inmigración: indicios de estabilidad y cambio en época de crisis económica. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (28), 58-86.
- Roca i Caparà, N., y Vega i Monteagudo, C. (2007). Diversidad cultural: actitudes, valores y saberes de los estudiantes de enfermería. *EMIGRA, Educació, Migracions i Infància*, (73), 1-19.
- Rosenberg, M.J., y Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. En C.I. Hovland y M.J. Rosenberg (eds.), *Attitude organization and change* (pp. 1-14). New Haven: Yale University Press.
- Roy, C., y Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Romero-Valiente, J.M. (2003). Migraciones. In A. Arroyo Pérez (Ed.), *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España* (pp. 207-253). Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Rubio, L. y Ferrater, M. (2006). Los conceptos Salud y Enfermedad contenidos en el Corán. *Cultura de los Cuidados*, 20, 122-128.

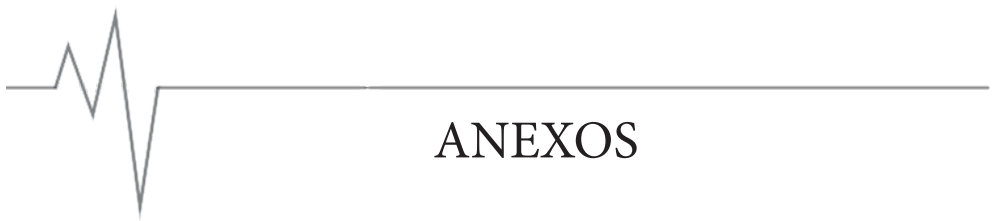
- Rueda, J.F., y Navas, M. (1996). Hacia una evaluación de las nuevas formas del prejuicio racial: las actitudes sutiles del racismo. *Revista de Psicología Social*, 11(2), 131-149. doi: 10.1174/02134749660569314
- Sabogal, L. (2004). *Pruebas proyectivas: Acerca de su validez y confiabilidad*. *Duazary*, 1(2), 134-138.
- Said, Edward. (2002), *Orientalismo*, Debate, Madrid.
- Salazar, A., Navarro-Calderón, E., Abad, I., Alberola, V., Almela, F., Borrás, R.... Vicente, P. (2003). Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Revista Española de Salud Pública*, 77(6), 713-723.
- San Martín García, J., y Perles Novas, F. (1997). In: L. Gómez Jacinto and J. Canto Ortiz, (Ed.), *Psicología Social*, 1st ed. (pp. 59-60). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sánchez, S. (2013). Diversidad cultural y educación intercultural. En J.L. López Belmonte. (Ed.), *Las manifestaciones de la diversidad cultural y su utilización educativa* (pp. 55-72). Melilla: SATE- STes.
- Sánchez-Ojeda, M.A. (2016). Prejuicios y actitud del alumnado de enfermería ante pacientes marroquíes. *III Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento* (pp. 147-154). Almería, España: Universidad de Almería.
- Sánchez-Ojeda, M.A., Alemany-Arrebola, I., y Gallardo-Vigil, M.A. (2017). The nursing department's view towards moroccan patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016022703227>
- Sánchez-Ortuño, M.M., Campillo-Cascales, M.J., Illán-Franco, S., Llor-Zaragoza, L., y Ruiz-Hernández, J.A. (2005). Actitudes de una muestra de estudiantes de la región de Murcia hacia los inmigrantes magrebíes. *Enfermería Global*, 4(2), 1-9.
- Sangrador García, J.L. (1981). Estereotipos de las nacionalidades y regiones de España. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- SATSE, Sindicato de Enfermería de Melilla. (10 de junio 2015). Tsunami de partos en el Hospital Comarcal. [Noticia]. Recuperado de: <http://melilla.satse.es/comunicacion/noticias/tsunami-de-partos-en-el-hospital-comarcal>

- Segura-Robles, A. (2017). *Actitudes prejuiciosas en estudiantes universitarios hacia la inmigración irregular en un contexto fronterizo* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Segura-Robles, A., Alemany-Arrebola, I., y Gallardo-Vigil, M. Á. (2016). Las actitudes prejuiciosas del alumnado universitario hacia los inmigrantes en situación irregular: un estudio exploratorio. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 14(39), 393-416.
- Segura-Robles, A., Gallardo-Vigil, MA., y Alemany-Arrebola, I. (2017). Prejuicios sutiles y manifiestos: Un estudio comparado con alumnado del grado de Educación Social de las facultades de Melilla y Huelva. *ReiDoCrea*, 6, 130-139.
- Semyonov, M., Haberfeld, Y., Cohen, Y., y Lewin-Epstein, N. (2000). Racial Composition and Occupational Segregation and Inequality across American Cities. *Social Science Research*, 29(2), 175-187.
- Schiefer, D., Möllering, A., Daniel, E., Banish-Weisman, M., y Boehnke, K. (2010). Cultural Values and Outgroup Negativity: A Cross-cultural Analysis of Early and Late Adolescents. *European Journal of Social Psychology*, 40, 635-651.
- Shattell, M. M., Nemitz, E. A., Crosson, N. P., Zackeru, A. R., Starr, S., Hu, J., y Gonzales, C. (2013). Culturally Competent practice in a Pre-Licensure Baccalaureate Nursing Program in the United States: A Mixed-Methods Study. *Nursing education perspectives*, 34(6), 383-389.
- Sheriff, M. (1966). *Group Conflict and Cooperation*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Sheriff, M., Harvey, O.J., White, B.J., Hood, W.R. y Sheriff, C.W. (1961). *Intergroup conflict and cooperation: The Robbers Cave experiment*. Norman, OK: University of Oklahoma Book Exchange.
- Sherif, M. y Sherif, C.W. (1953). *Groups in harmony and tensión*. Nueva York: Harper.
- Siles, J., García, E., Cibanal, L., y Galao, R. (1999). La Enfermería Antropológica y Transcultural en el marco de la Educación para el Desarrollo, una perspectiva histórica y epistemológica en el umbral del siglo XXI. *Cultura de los Cuidados*, 6, 24-40.

- Siles González, J., Cibanal Juan, L., Vizcaya-Moreno, M. F., Gabaldón Bravo, E. M., Domínguez Santamaría, J. M., Solano-Ruiz, M., y García Hernández, E. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 10(2), 72-87.
- Simons, H., Morreale, J., y Gronbeck, B. (2001). *Persuasion in society*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Smith, E.R. (1999). Affective and cognitive implications of a group becoming part of the self: New models of prejudice and of the self-concept. En D. Abrams y M.A. Hogg (Eds.), *Social identity and social cognition* (pp. 183-196). Oxford: Blackwell.
- Smith, V. (2003). Determinantes psicosociales y sociodemográficos de las actitudes interétnicas en jóvenes de Limón y San José. *Revista de Ciencias Sociales*, 1(99), pp. 67-94.
- Smith, V. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. *Actualidades en psicología*, 20(107), 45-71.
- Smith, E., y Mackie, D.M. (1997). *Psicología Social*. Madrid: Panamericana.
- Solé, C., Parella, S., Alarcón, A., Bergalli, V., y Gibert, F. (2000). El impacto de la inmigración en la sociedad receptora. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 90, 131-157. doi: 10.2307/40184254
- Soriano, E. (2001). Tratamiento de la interculturalidad en Educación Secundaria. De los cruces culturales a la construcción de una ciudadanía intercultural responsable. En Pozo T. y otros (eds). *Investigación educativa*. Granada: GEU.
- Soriano, E., y Peñalva, A. (2011). Presente y futuro de la educación intercultural en la formación inicial de los profesionales de la educación. *Aula abierta*, 39(1), 117-130.
- Spruyt, B., y Elchardus, M. (2012). Are anti-Muslim feelings more widespread than anti-foreigner feelings? Evidence from two split-sample experiments. *Ethnicities*, 12(6), 800-820.
- Stangor, C., Sullivan, L., y Ford, T. (1991). Affective and cognitive determinants of prejudice. *Social Cognition*, 9, 359-380.

- Stephan, W.G., Boniecki, K.A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K.S., Jackson, L.A. y Renfro, C.L. (2002). The role of threats in the racial attitudes of Blacks and Whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1242-1254.
- Sulbarán, D. (2009). *Medición de las actitudes* (Tesis Doctoral). Caracas. Universidad Central de Venezuela.
- Tajfel, H., y Turner, J.C. (1979). *An integrative theory of social conflict*. En Austin, W. y Worchel, S. (eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-47). California, Brooks Cole publishing Co.
- Tajfel, H., y Turner, J.C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel y W. Austin (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Behavior* (pp.7-24). Oxford: Brooks Cole publishing Co.
- Tarrés Chamorro, S. (2001). El cuidado del “otro”. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de Antropología*, 17(15), 1-6.
- Thomas, W. y Znaniecki, F. (1918). *The polish in Europe and America*. Chicago Press.
- Thurstone, L. (1928). Attitudes Can Be Measured. *American Journal of Sociology*, 33(4), 529-554. doi: 10.1086/214483
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Travers, R.M.W. (1973). *Educational Psychology*. Nueva York: McMillan.
- Upvall, M. J., y Bost, M L. (2006). Developing cultural competence in nursing students through their experiences with a refugee population. *Journal of Nursing Education*, 46(8), 380–383.
- Valencia, J.F., Gil de Montes, L., y Elejabarrieta, F. (2004). Creencias y actitudes hacia la inmigración: estereotipos, prejuicio y regulaciones normativas. *Revista de Psicología Social*, 19(3), 299-318.
- Valdivieso Tocornal, P. (2009). *Violencia escolar y relaciones intergrupales. Sus prácticas y significados en las escuelas secundarias públicas de la comuna de Peñalolen en Santiago de Chile*. (Tesis de maestría, Universidad de Granada). Recuperado de <http://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/ValdiviesoPablo.pdf>

- Velasco González, K., Verkuyten, M., Weesie, J., y Poppe, E. (2008). Prejudice towards Muslims in the Netherlands: Testing integrated threat theory. *British Journal of Social Psychology*, 74, 667-685. doi: 10.1348/014466608X284443
- Verifica. (2005). Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Grado en Enfermería de la Universidad de Granada. Recuperado de [http://grados.ugr.es/enfermeria/pages/infoacademica/verificaenfermeria/!](http://grados.ugr.es/enfermeria/pages/infoacademica/verificaenfermeria/)
- Verkuyten, M. (1996). Personal Self-Esteem and Prejudice among Ethnic Majority and Minority Youth. *Journal of Research in Personality*, 30(2), 248-263. doi:10.1006/jrpe.1996.0016
- Vilasero, M. (2018, 4 de junio). Los inmigrantes se casan más con españoles que con parejas de su país. *Diario Córdoba*. Recuperado de http://www.diariocordoba.com/noticias/sociedad/inmigrantes-casan-mas-espanoles-parejas-pais_234573.html
- Von Sanden, C. (1993). El papel de la educación en la formación de actitudes. Educación y derechos humanos. *Cuaderno para docentes*, 20(6), 3-6.
- Wiedenbach, E. (1964). *Clinical nursing. A helping art*. New York: Springer.
- Zelings, R., y Hendrickson, G. (1933). Racial attitudes of 200 sixth grade children. *Sociology y Social Research*, 18, 26-36.
- Zgourides, G. (2001). *Cliffs Quick Review: Sociology*. Foster, California: IDG B.



ANEXOS

ANEXO I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

INDICAR LOS TRES ÚLTIMOS NÚMEROS DEL
DNI/NIE Y LETRA

CÓDIGO:

ENFERMERÍA E INMIGRACIÓN

A continuación se presentan cuatro cuestionarios para conocer las actitudes que tienen los estudiantes de enfermería con los pacientes inmigrantes.

Por lo que le pedimos que rellene el siguiente cuestionario. Necesitará entre 15 o 20 minutos en cumplimentarlo.

Los cuestionarios son anónimos, se garantiza la confidencialidad de los datos obtenido.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Sexo:

- Mujer
 Hombre

Edad:

Curso:

Facultad:

Lugar de origen:

Lugar de residencia:

¿Has tenido contacto con inmigrantes?

- SÍ
 NO

Cultura:

Europea	<input type="text"/>
Bereber	<input type="text"/>
Mixta	<input type="text"/>
Gitana	<input type="text"/>
Hebrea	<input type="text"/>
Hindú	<input type="text"/>
Otra	<input type="text"/>

ANEXO II. ESCALA DE ACTITUDES ANTE LA INMIGRACIÓN PARA ENFERMERÍA (MARROQUÍES)

Instrucciones

A continuación va a encontrar una serie de frases que expresan modos típicos de pensar o sentir hacia los inmigrantes marroquíes. Léala con atención y después, marque con una X la que coincida con la respuesta elegida para cada una de las 35 frases. Su respuesta puede ser:

1. **ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO** con lo que dice la frase
2. **ESTOY EN DESACUERDO** con lo que dice la frase
3. **ESTOY DE ACUERDO** con lo que dice la frase
4. **ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO** con lo que dice la frase

	TD	D	A	TA
Los inmigrantes que delinquen deben ser expulsados de España.				
Debemos facilitar que los inmigrantes puedan mantener sus costumbres y pautas culturales en el hospital.				
La diversidad étnica enriquece la cultura de nuestro país.				
Debemos hacer un mayor esfuerzo para proporcionar a los inmigrantes una mayor calidad de vida.				
Hay colectivos de inmigrantes, como los marroquíes, que son incapaces de integrarse en nuestra sociedad.				
La diversidad de culturas conlleva cierta pérdida de nuestros valores.				
En ocasiones, los inmigrantes reciben mayores ayudas sociales que los propios autóctonos.				
Los marroquíes, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal.				
Muchos inmigrantes se aprovechan de los recursos sanitarios y sociales conseguidos con nuestro esfuerzo de muchos años.				
Debemos respetar la cultura y las costumbres de los inmigrantes en el hospital.				
Es conveniente que los inmigrantes se incorporen a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho.				
Ciertos colectivos de inmigrantes, como los marroquíes, hacen muy poco por integrarse en nuestra sociedad				

Actitudes Prejuiciosas de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada ante Pacientes Inmigrantes

	TD	D	A	TA
Los inmigrantes ocupan puestos de trabajo dejando en el paro a muchos españoles.				
Los inmigrantes tienen la obligación de adaptarse a las costumbres de nuestro país.				
La llegada de inmigrantes ha favorecido el aumento de la delincuencia.				
La convivencia de diversas culturas favorece el conocimiento y el mutuo respeto.				
El aumento de la natalidad debido a la inmigración es beneficioso para España.				
Opino que los inmigrantes en situación legal irregular y sus familias NO deben tener acceso a la sanidad pública.				
En ocasiones, pueden justificarse ciertos actos violentos sobre los inmigrantes.				
En gran medida, el colapso de la sanidad pública está provocado por el aumento de la inmigración.				
En general, no soporto a los marroquíes.				
Se dedican demasiados recursos para la atención a los inmigrantes.				
Un ciudadano europeo afincado en España aporta más beneficios para nuestra sociedad que un inmigrante africano, asiático o sudamericano.				
A medio plazo, la llegada masiva de inmigrantes provocará graves problemas sanitarios y sociales.				
Opino que sólo los hijos de los inmigrantes regularizados deben tener derecho a la escolarización gratuita.				
Los inmigrantes deben disfrutar de las mismas condiciones de trabajo que los naturales del país.				
Si seguimos así, las costumbres y creencias de los inmigrantes se impondrán en nuestra sociedad.				
Creo que los inmigrantes sin papeles deben tener acceso a la educación de forma libre y gratuita.				
Las minorías étnicas constituyen una fuente de conflictividad social.				
Todas las personas que viven en un mismo país, independientemente de su procedencia o de su etnia, deben tener los mismos derechos y obligaciones.				
Nos aprovechamos de los inmigrantes para ofrecerles los trabajos más precarios.				

	T D	D	A	TA
Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un marroquí en un transporte público.				
Debemos favorecer que los inmigrantes puedan disponer de lugares de culto donde practicar sus creencias religiosas.				
Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de marroquíes.				
El Estado debería dedicar más recursos a la integración de los inmigrantes.				

COMENTARIOS

El siguiente espacio está destinado a que, si usted quiere, pueda expresar algún comentario u opinión sobre el tema tratado.

ANEXO III. ESCALA DE ACTITUD ANTE LA INMIGRACIÓN PARA ENFERMERÍA (SUBSAHARIANOS)

Instrucciones

A continuación va a encontrar una serie de frases que expresan modos típicos de pensar o sentir hacia los inmigrantes subsaharianos. Léala con atención y después, marque con una X la que coincida con la respuesta elegida para cada una de las 35 frases. Su respuesta puede ser:

1. **ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO** con lo que dice la frase
2. **ESTOY EN DESACUERDO** con lo que dice la frase
3. **ESTOY DE ACUERDO** con lo que dice la frase
4. **ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO** con lo que dice la frase

	TD	D	A	TA
Los inmigrantes que delinquen deben ser expulsados de España.				
Debemos facilitar que los inmigrantes puedan mantener sus costumbres y pautas culturales en el hospital.				
La diversidad étnica enriquece la cultura de nuestro país.				
Debemos hacer un mayor esfuerzo para proporcionar a los inmigrantes una mayor calidad de vida.				
Hay colectivos de inmigrantes, como los subsaharianos, que son incapaces de integrarse en nuestra sociedad.				
La diversidad de culturas conlleva cierta pérdida de nuestros valores.				
En ocasiones, los inmigrantes reciben mayores ayudas sociales que los propios autóctonos.				
Los subsaharianos, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal.				
Muchos inmigrantes se aprovechan de los recursos sanitarios y sociales conseguidos con nuestro esfuerzo de muchos años.				
Debemos respetar la cultura y las costumbres de los inmigrantes en el hospital.				
Es conveniente que los inmigrantes se incorporen a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho.				
Ciertos colectivos de inmigrantes, como los subsaharianos, hacen muy poco por integrarse en nuestra sociedad				
Los inmigrantes ocupan puestos de trabajo dejando en el paro a muchos españoles.				

Actitudes Prejuiciosas de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada ante Pacientes Inmigrantes

	T	D	A	TA
Los inmigrantes tienen la obligación de adaptarse a las costumbres de nuestro país.				
La llegada de inmigrantes ha favorecido el aumento de la delincuencia.				
La convivencia de diversas culturas favorece el conocimiento y el mutuo respeto.				
El aumento de la natalidad debido a la inmigración es beneficioso para España.				
Opino que los inmigrantes en situación legal irregular y sus familias NO deben tener acceso a la sanidad pública.				
En ocasiones, pueden justificarse ciertos actos violentos sobre los inmigrantes.				
En gran medida, el colapso de la sanidad pública está provocado por el aumento de la inmigración.				
En general, no soporto a los subsaharianos.				
Se dedican demasiados recursos para la atención a los inmigrantes.				
Un ciudadano europeo afincado en España aporta más beneficios para nuestra sociedad que un inmigrante africano, asiático o sudamericano.				
A medio plazo, la llegada masiva de inmigrantes provocará graves problemas sanitarios y sociales.				
Opino que sólo los hijos de los inmigrantes regularizados deben tener derecho a la escolarización gratuita.				
Los inmigrantes deben disfrutar de las mismas condiciones de trabajo que los naturales del país.				
Si seguimos así, las costumbres y creencias de los inmigrantes se impondrán en nuestra sociedad.				
Creo que los inmigrantes sin papeles deben tener acceso a la educación de forma libre y gratuita.				
Las minorías étnicas constituyen una fuente de conflictividad social.				
Todas las personas que viven en un mismo país, independientemente de su procedencia o de su etnia, deben tener los mismos derechos y obligaciones.				
Nos aprovechamos de los inmigrantes para ofrecerles los trabajos más precarios.				
Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un subsahariano en un transporte público.				
Debemos favorecer que los inmigrantes puedan disponer de lugares de culto donde practicar sus creencias religiosas.				

	TD	D	A	TA
Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de subsaharianos.				
El Estado debería dedicar más recursos a la integración de los inmigrantes.				

COMENTARIOS

El siguiente espacio está destinado a que, si usted quiere, pueda expresar algún comentario u opinión sobre el tema tratado.

ANEXO IV. ESCALA DE ACTITUD ANTE LA INMIGRACIÓN PARA ENFERMERÍA (SUDAMERICANOS)

Instrucciones

A continuación va a encontrar una serie de frases que expresan modos típicos de pensar o sentir hacia los inmigrantes sudamericanos. Léala con atención y después, marque con una X la que coincida con la respuesta elegida para cada una de las 35 frases. Su respuesta puede ser:

1. **ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO** con lo que dice la frase
2. **ESTOY EN DESACUERDO** con lo que dice la frase
3. **ESTOY DE ACUERDO** con lo que dice la frase
4. **ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO** con lo que dice la frase

	TD	D	A	TA
Los inmigrantes que delinquen deben ser expulsados de España.				
Debemos facilitar que los inmigrantes puedan mantener sus costumbres y pautas culturales en el hospital.				
La diversidad étnica enriquece la cultura de nuestro país.				
Debemos hacer un mayor esfuerzo para proporcionar a los inmigrantes una mayor calidad de vida.				
Hay colectivos de inmigrantes, como los sudamericanos, que son incapaces de integrarse en nuestra sociedad.				
La diversidad de culturas conlleva cierta pérdida de nuestros valores.				
En ocasiones, los inmigrantes reciben mayores ayudas sociales que los propios autóctonos.				
Los sudamericanos, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal.				
Muchos inmigrantes se aprovechan de los recursos sanitarios y sociales conseguidos con nuestro esfuerzo de muchos años.				
Debemos respetar la cultura y las costumbres de los inmigrantes en el hospital.				
Es conveniente que los inmigrantes se incorporen a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho.				
Ciertos colectivos de inmigrantes, como los sudamericanos, hacen muy poco por integrarse en nuestra sociedad				
Los inmigrantes ocupan puestos de trabajo dejando en el paro a muchos españoles.				

Actitudes Prejuiciosas de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada ante Pacientes Inmigrantes

	TD	D	A	TA
Los inmigrantes tienen la obligación de adaptarse a las costumbres de nuestro país.				
La llegada de inmigrantes ha favorecido el aumento de la delincuencia.				
La convivencia de diversas culturas favorece el conocimiento y el mutuo respeto.				
El aumento de la natalidad debido a la inmigración es beneficioso para España.				
Opino que los inmigrantes en situación legal irregular y sus familias NO deben tener acceso a la sanidad pública.				
En ocasiones, pueden justificarse ciertos actos violentos sobre los inmigrantes.				
En gran medida, el colapso de la sanidad pública está provocado por el aumento de la inmigración.				
En general, no soporto a los sudamericanos.				
Se dedican demasiados recursos para la atención a los inmigrantes.				
Un ciudadano europeo afincado en España aporta más beneficios para nuestra sociedad que un inmigrante africano, asiático o sudamericano.				
A medio plazo, la llegada masiva de inmigrantes provocará graves problemas sanitarios y sociales.				
Opino que sólo los hijos de los inmigrantes regularizados deben tener derecho a la escolarización gratuita.				
Los inmigrantes deben disfrutar de las mismas condiciones de trabajo que los naturales del país.				
Si seguimos así, las costumbres y creencias de los inmigrantes se impondrán en nuestra sociedad.				
Creo que los inmigrantes sin papeles deben tener acceso a la educación de forma libre y gratuita.				
Las minorías étnicas constituyen una fuente de conflictividad social.				
Todas las personas que viven en un mismo país, independientemente de su procedencia o de su etnia, deben tener los mismos derechos y obligaciones.				
Nos aprovechamos de los inmigrantes para ofrecerles los trabajos más precarios.				
Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un sudamericano en un transporte público.				
Debemos favorecer que los inmigrantes puedan disponer de lugares de culto donde practicar sus creencias religiosas.				

	TD	D	A	TA
Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de sudamericanos.				
El Estado debería dedicar más recursos a la integración de los inmigrantes.				

COMENTARIOS

El siguiente espacio está destinado a que, si usted quiere, pueda expresar algún comentario u opinión sobre el tema tratado.

ANEXO V. ESCALA DE ACTITUD ANTE LA INMIGRACIÓN PARA ENFERMERÍA (EUROPEOS DEL ESTE)

Instrucciones

A continuación va a encontrar una serie de frases que expresan modos típicos de pensar o sentir hacia los inmigrantes europeos del Este. Léala con atención y después, marque con una X la que coincida con la respuesta elegida para cada una de las 35 frases. Su respuesta puede ser:

1. **ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO** con lo que dice la frase
2. **ESTOY EN DESACUERDO** con lo que dice la frase
3. **ESTOY DE ACUERDO** con lo que dice la frase
4. **ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO** con lo que dice la frase

	TD	D	A	TA
Los inmigrantes que delinquen deben ser expulsados de España.				
Debemos facilitar que los inmigrantes puedan mantener sus costumbres y pautas culturales en el hospital.				
La diversidad étnica enriquece la cultura de nuestro país.				
Debemos hacer un mayor esfuerzo para proporcionar a los inmigrantes una mayor calidad de vida.				
Hay colectivos de inmigrantes, como los europeos del Este, que son incapaces de integrarse en nuestra sociedad.				
La diversidad de culturas conlleva cierta pérdida de nuestros valores.				
En ocasiones, los inmigrantes reciben mayores ayudas sociales que los propios autóctonos.				
Los europeos del Este, en general, son poco cuidadosos con su higiene personal.				
Muchos inmigrantes se aprovechan de los recursos sanitarios y sociales conseguidos con nuestro esfuerzo de muchos años.				
Debemos respetar la cultura y las costumbres de los inmigrantes en el hospital.				
Es conveniente que los inmigrantes se incorporen a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho.				
Ciertos colectivos de inmigrantes, como los europeos del Este, hacen muy poco por integrarse en nuestra sociedad				

Actitudes Prejuiciosas de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada ante Pacientes Inmigrantes

	T	D	A	TA
Los inmigrantes ocupan puestos de trabajo dejando en el paro a muchos españoles.				
Los inmigrantes tienen la obligación de adaptarse a las costumbres de nuestro país.				
La llegada de inmigrantes ha favorecido el aumento de la delincuencia.				
La convivencia de diversas culturas favorece el conocimiento y el mutuo respeto.				
El aumento de la natalidad debido a la inmigración es beneficioso para España.				
Opino que los inmigrantes en situación legal irregular y sus familias NO deben tener acceso a la sanidad pública.				
En ocasiones, pueden justificarse ciertos actos violentos sobre los inmigrantes.				
En gran medida, el colapso de la sanidad pública está provocado por el aumento de la inmigración.				
En general, no soporto a los europeos del Este.				
Se dedican demasiados recursos para la atención a los inmigrantes.				
Un ciudadano europeo afincado en España aporta más beneficios para nuestra sociedad que un inmigrante africano, asiático o sudamericano.				
A medio plazo, la llegada masiva de inmigrantes provocará graves problemas sanitarios y sociales.				
Opino que sólo los hijos de los inmigrantes regularizados deben tener derecho a la escolarización gratuita.				
Los inmigrantes deben disfrutar de las mismas condiciones de trabajo que los naturales del país.				
Si seguimos así, las costumbres y creencias de los inmigrantes se impondrán en nuestra sociedad.				
Creo que los inmigrantes sin papeles deben tener acceso a la educación de forma libre y gratuita.				
Las minorías étnicas constituyen una fuente de conflictividad social.				
Todas las personas que viven en un mismo país, independientemente de su procedencia o de su etnia, deben tener los mismos derechos y obligaciones.				
Nos aprovechamos de los inmigrantes para ofrecerles los trabajos más precarios.				
Si puedo elegir, prefiero no sentarme al lado de un europeo del Este en un transporte público.				

	TD	D	A	TA
Debemos favorecer que los inmigrantes puedan disponer de lugares de culto donde practicar sus creencias religiosas.				
Temo por mi seguridad cuando veo un grupo de europeos del Este.				
El Estado debería dedicar más recursos a la integración de los inmigrantes.				

COMENTARIOS

El siguiente espacio está destinado a que, si usted quiere, pueda expresar algún comentario u opinión sobre el tema tratado.

ANEXO VI. ESCALA DE EMOCIONES

Instrucciones

A continuación verá una serie de emociones que están relacionadas con actitudes personales. Lea atentamente cada una de ellas. No deje ninguna emoción sin responder, sea sincero/a y recuerde que es un cuestionario totalmente anónimo y que no está obligado/a a realizarlo.

De la siguiente lista de sentimientos o emociones, ¿cuáles le producen las personas inmigrantes? Responda a todas las emociones y a cada grupo.

Agradecimiento	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Admiración	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Odio	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Atracción	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Hostilidad	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					

Actitudes Prejuiciosas de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada ante Pacientes Inmigrantes

Rabia	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Miedo	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Simpatía	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Incomodidad	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Asco	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Lástima	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Inseguridad	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					

Desconfianza	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Compasión	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Indiferencia	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					
Respeto	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Subsaharianos					
Marroquíes					
Países del este					
Sudamericanos					

ANEXO VII. ESCALA DE PREJUCIO SUTIL Y MANIFIESTO

Instrucciones

A continuación se presenta una serie de cuestiones relacionada con el colectivo de inmigrantes marroquíes, respondan en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo al contenido de la frase.

1. **En total desacuerdo TD**
2. **En desacuerdo D**
3. **Indiferente I**
4. **De acuerdo DA**
5. **En total acuerdo TA**

	TD	D	I	DA	TA
En España existen grupos que salen adelante por sus propios esfuerzos. Los inmigrantes marroquíes deberían hacer lo mismo sin que se les tenga que dar un trato especial	1	2	3	4	5
La mayoría de los políticos españoles se preocupan demasiado por los inmigrantes marroquíes y no lo suficiente por los demás ciudadanos españoles	1	2	3	4	5
El hecho de que los marroquíes no salgan adelante, es porque enseñan a sus hijos valores y destrezas que no son las adecuadas en esta sociedad	1	2	3	4	5
No me importaría si un marroquí, adecuadamente preparado, fuera profesor o jefe mío	1	2	3	4	5
El inconveniente de que los inmigrantes marroquíes se introduzcan en determinados lugares (departamentos, hospitales, etc.) es que no saben respetar las normas de convivencia establecidas	1	2	3	4	5
Los inmigrantes marroquíes se diferencian mucho de los españoles en los hábitos de higiene y en la necesidad de limpieza	1	2	3	4	5
No me importaría tener relaciones sexuales con una persona marroquí	1	2	3	4	5
Pienso que los marroquíes y españoles no pueden estar realmente tranquilos unos con otros, incluso aunque sean amigos	1	2	3	4	5

	TD	D	I	DA	TA
La mayoría de los marroquíes que reciben algún tipo de ayuda social o económica no lo necesitan, y podrían vivir sin ella si quisieran	1	2	3	4	5
Los marroquíes ocupan trabajos, viviendas y puestos escolares que no saben utilizar y que deberían ser ocupados por otras personas.	1	2	3	4	5
Por lo que conozco, las personas marroquíes son muy diferentes de los ciudadanos españoles en los valores que enseñan a sus hijos	1	2	3	4	5
Pienso que los marroquíes son muy diferentes a los españoles en sus ideas y valores sexuales o en su práctica sexual	1	2	3	4	5
No me importaría que un marroquí, con una situación económica parecida a la mía, se casara con alguien de mi entorno familiar	1	2	3	4	5
Lo cierto es que si los marroquíes pusieran un poco de empeño podrían estar, al menos, tan cómodamente como los ciudadanos españoles	1	2	3	4	5
No puede uno confiar en los marroquíes pues ellos no conocen la honestidad	1	2	3	4	5
Por lo que he podido ver, los marroquíes son muy diferentes de los ciudadanos españoles en su forma de hablar y de comunicarse con la gente	1	2	3	4	5
Los marroquíes proceden de razas menos capaces y esto explica por qué viven en una situación peor que los españoles	1	2	3	4	5
He sentido admiración alguna vez por inmigrantes marroquíes	1	2	3	4	5
Con frecuencia he sentido compasión por la situación en la que se encuentran los inmigrantes marroquíes	1	2	3	4	5
Suponga que uno de sus familiares más cercanos (hijos o hermanos) tuviese descendencia con una persona marroquí, se sentiría bien si el hijo de su familiar tuviera todos los rasgos físicos de esa persona	1	2	3	4	5

Gracias por su participación

ANEXO VIII. ESCALA DE DISTANCIA SOCIAL

Instrucciones

En la tabla que se presenta más adelante se especifican distintos niveles de relación social. Dejándose llevar por sus sentimientos más que por su razón, señale con una X en la casilla correspondiente, el nivel de relación social que estaría dispuesto/a a mantener con cada uno de los grupos de inmigrantes que se describen a continuación.

Marcar solamente una alternativa para cada frase y colectivo de inmigrante.

	Me casaría con uno de ellos	Viviría en el mismo techo	Los aceptaría como amigos/as	Preferiría tenerlos como conocidos y no como amigos	Los excluiría de mis relaciones sociales	No quisiera ni verlos
Inmigrantes marroquíes						
Inmigrantes sudamericanos						
Inmigrantes del este Europa						
Inmigrantes subsaharianos						

Gracias por su participación

