



Experiencia de trabajo de enfermeras inmigrantes y de minorías étnicas en los servicios de salud europeos: un estudio cualitativo

Migrant and ethnic minority nurses' experience of working in European health services: a qualitative study

Experiência de enfermeiros migrantes e de minorias étnicas em trabalho em serviços de saúde europeus: estudo qualitativo

Como citar este artículo:

Antón-Solanas I, Rodríguez-Roca B, Vanceulebroeck V, Kömürçü N, Kalkan I, Huércanos-Esparza I, Casa-Nova A, Hamam-Alcober N, Tambo-Lizalde E, Coelho M, Coelho T, Van Gils Y, Öz SD, Kavala A, Ramón-Arбуés E, Jerue BA, Subirón-Valera AB. Migrant and ethnic minority nurses' experience of working in European health services: a qualitative study. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220104. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0104es>

- Isabel Antón-Solanas^{1,2}
- Beatriz Rodríguez-Roca¹
- Valérie Vanceulebroeck³
- Nuran Kömürçü⁴
- Indrani Kalkan^{4,5}
- Isabel Huércanos-Esparza⁶
- Antonio Casa-Nova⁷
- Nadia Hamam-Alcober⁸
- Elena Tambo-Lizalde⁹
- Margarida Coelho¹⁰
- Teresa Coelho¹⁰
- Yannic Van Gils^{3,11}
- Seda Degirmenci Öz⁴
- Arzu Kavala⁴
- Enrique Ramón-Arбуés⁶
- Benjamin A. Jerue¹²
- Ana B. Subirón-Valera^{1,13,14}

¹ Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Fisiatría y Enfermería, Zaragoza, España.

² Instituto de Investigación de Aragón, Grupo de Investigación en Enfermería en Atención Primaria de Aragón, Zaragoza, España.

³ University of Applied Sciences and Arts, Department of Nursing, Antwerpen, Belgium.

⁴ İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

Autor correspondiente:

Beatriz Rodríguez-Roca
C/Domingo Miral, s/n, 50009, Zaragoza, España
brodriguez@unizar.es

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of culture and experience of working in European health services of a purposive sample of qualified migrant and ethnic minority nurses currently living in Belgium, Portugal, Spain and Turkey. **Method:** A qualitative phenomenological method was chosen. Individual interviews took place with 8 qualified migrant and ethnic minority nurses currently living in four European countries. Thematic analysis was conducted using Braun and Clark's stages after qualitative data had been verbatim transcribed, translated into English, and analyzed. **Results:** Four themes and 4 subthemes emerged from thematic analysis of the transcripts. **Conclusion:** Migrant and ethnic minority nurses working in the European Union experience and witness discrimination and prejudice from patients and colleagues due to cultural differences. European health services should closely monitor and address discrimination and prejudice towards migrant and ethnic minority staff and patients, and take initiatives to reduce and, eventually, eradicate them.

DESCRIPTORS

Cultural Competency; Cultural Diversity; Europe; Health Equity; Health Services; Cultural Diversity; Nursing; Qualitative Research.

⁵ İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

⁶ Universidad San Jorge, Faculty of Health Sciences, Villanueva de Gállego, Zaragoza, España.

⁷ Instituto Politécnico de Portalegre, Faculdade de Ciências da Saúde, Portalegre, Portugal.

⁸ Servicio Aragonés de Salud, Hospital Materno Infantil, Zaragoza, España.

⁹ Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

¹⁰ Instituto Politécnico de Portalegre, Escola de Educação e Ciências Sociais, Portalegre, Portugal.

¹¹ University of Antwerp, Department of Nursing and Midwifery Sciences, Antwerpen, Belgium.

¹² Universidad San Jorge, Facultad de Comunicación y Ciencias Sociales, Zaragoza, España.

¹³ Instituto de Investigación de Aragón, Grupo de Investigación Seguridad y Cuidados, Zaragoza, España.

¹⁴ Universidad de Zaragoza, Instituto Universitario de Investigación en Ciencias Ambientales de Aragón, Grupo de Investigación Agua y Salud Ambiental, Zaragoza, España.

INTRODUCCIÓN

La política social de la Unión Europea (UE) tiene como objetivo “promover el empleo, mejorar las condiciones de vida y de trabajo, proporcionar un nivel adecuado de protección social y desarrollar medidas para combatir la exclusión”⁽¹⁾. Sin embargo, la exclusión social y la desigualdad se han convertido en problemas serios en la sociedad europea durante los últimos años. Este problema fue abordado por la iniciativa, que contó con el patrocinio del programa Erasmus + bajo la Acción Clave 203 Asociaciones Estratégicas para la Educación Superior. Es un ejemplo de colaboración entre 4 Instituciones de Enseñanza Superior europeas. En este artículo, presentamos los resultados de nuestra investigación sobre la percepción de la cultura y la experiencia de trabajo en los servicios de salud europeos de enfermeros calificados de minorías étnicas y migrantes.

Las tendencias demográficas predicen un rápido crecimiento de las poblaciones de minorías raciales y étnicas en todo el mundo⁽²⁾. Se prevé que la población de la UE aumente de 446,8 millones en 2019 a 449,3 millones en 2026⁽³⁾. Según estimaciones recientes de la Organización Internacional del Trabajo, hay 164 millones de trabajadores migrantes en todo el mundo, casi una cuarta parte de los cuales se encuentran en América del Norte, así como en el norte y el oeste de Europa⁽⁴⁾.

Una población cada vez más multicultural presenta a las organizaciones de salud europeas el desafío de ofrecer asistencia a pacientes con diversas creencias cerca de la salud, idiomas y prácticas⁽⁵⁾. Además, mientras aumenta la demanda social de cuidados por la mayor esperanza de vida y el aumento de la multimorbilidad y de las enfermedades crónicas⁽⁶⁾, esta creciente demanda es confrontada con la disminución de la oferta de enfermeros calificados en los países desarrollados⁽⁷⁾. Por lo tanto, los sistemas de salud han buscado formas de aumentar el número y la diversidad del personal de enfermería disponible. En muchos países desarrollados, además de la estrategia para educar y capacitar a los profesionales de la salud nacionales, los

países desarrollados han promovido la inmigración de enfermeros capacitados en el extranjero⁽⁸⁾. Específicamente, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el número de enfermeros capacitados en el extranjero aumentó en un 20% durante el período de cinco años, de 2011 a 2016 (hasta llegar a casi 550.000)⁽⁸⁾. Sin embargo, aunque la población de enfermeros está creciendo en diversidad, los enfermeros migrantes y de minorías étnicas (MME) siguen estando subrepresentados⁽²⁾.

La migración de enfermeros a España, Bélgica, Portugal y Turquía ha aumentado en los últimos años, pero la composición y configuración de la fuerza laboral de enfermería varía de una nación a otra. Los datos no son consistentes pero, según las Estadísticas de Salud de la OCDE 2021⁽⁹⁾, la entrada anual de enfermeros capacitados en el extranjero en España fue de 617 en 2020, lo que representa alrededor del 0,2% de la fuerza laboral de la enfermería⁽¹⁰⁾. En Bélgica, el porcentaje de enfermeros capacitados en el extranjero fue del 4,11% del total de la fuerza laboral de enfermería en el mismo año⁽⁹⁾. En Portugal, el último porcentaje de personal de enfermería capacitado en el extranjero es de 2014 y asciende al 1,82% de la fuerza laboral de enfermería, mientras que en Turquía asciende al 0,3% en 2015⁽⁹⁾.

Los líderes de enfermería, las principales organizaciones de enfermería y otras partes interesadas han expresado la necesidad de una mayor diversidad en la enfermería⁽²⁾. La evidencia sugiere que una fuerza laboral de enfermería culturalmente diversa es crucial para satisfacer las necesidades de poblaciones cada vez más diversas y ofrecer atención de enfermería culturalmente competente y centrada en el paciente, mejorar el acceso a los servicios de salud y reducir las disparidades de salud⁽¹¹⁾. Además, una fuerza laboral de enfermería diversa es especialmente importante ya que los enfermeros constituyen los grupos más numerosos de proveedores de atención médica y están en contacto cercano con todos los pacientes, incluidos aquellos que son culturalmente diversos⁽⁵⁾.

Estudios previos sobre las experiencias laborales de los enfermeros de MME han encontrado diferencias en la satisfacción laboral y requieren más investigación sobre los factores que subyacen a estas diferencias⁽⁵⁾. Además, estudios recientes han presentado hallazgos preocupantes sobre el sesgo cultural y la discriminación que enfrentan los enfermeros de MME en países con una larga tradición de diversidad cultural y migración, como Japón⁽¹²⁾, Estados Unidos, Reino Unido⁽¹³⁾ y Australia⁽¹⁴⁾. Sin embargo, se sabe menos sobre las experiencias laborales de los enfermeros de MME en otras naciones europeas con una historia más reciente de contratación de enfermeros capacitados en el extranjero.

Analizar las experiencias laborales de los enfermeros de MME en España, Bélgica, Portugal y Turquía puede contribuir a la comprensión de sus experiencias únicas, así como de las dificultades y desafíos que enfrentan. Además, puede ayudar a los líderes y tomadores de decisiones de enfermería y atención médica a identificar estrategias para mejorar las experiencias de los enfermeros de MME y promover el reclutamiento y la retención de más MME en sus sistemas de atención médica, mejorando así la competencia cultural y reduciendo las desigualdades en salud⁽⁵⁾. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue examinar las experiencias laborales de los enfermeros MME migrantes y cualificados que trabajan en los servicios de salud en España, Portugal, Bélgica y Turquía.

Para los fines de este estudio, un enfermero MME se define como un enfermero nacido localmente que pertenece a una minoría cultural claramente distinta de la gran mayoría cultural, como los nómadas gitanos romaníes, o un “enfermero nacido en el extranjero que ha migrado a trabajar en un entorno de atención médica en otro país donde la raza y/o etnia de ese enfermero no son constituyentes prominentes del conjunto”.

MÉTODO

DISEÑO

Dado que la investigación tiene como objetivo obtener las experiencias de enfermeros MME calificados que trabajan en servicios de atención médica en España, Portugal, Bélgica y Turquía, se seleccionó un enfoque fenomenológico. Esto es apropiado ya que la investigación fenomenológica posibilita a los investigadores a comprender fenómenos complejos mediante la experiencia vivida, el significado y las perspectivas de los participantes⁽¹⁵⁾.

Las pautas de informes de COREQ se utilizaron tanto en la estructura como en el informe de este estudio para garantizar que se proporcionaron detalles suficientes sobre los métodos de recopilación, análisis e interpretación de datos⁽¹⁶⁾.

POBLACIÓN Y LOCAL DEL ESTUDIO

La población destinataria del estudio ha consistido en 8 enfermeros titulados con formación MME que trabajaban en servicios de salud españoles, portugueses, belgas o turcos, tanto públicos como privados, con el fin de ampliar la experiencia de los participantes sobre el fenómeno. Utilizamos una técnica de muestreo por conveniencia, respaldada por criterios de selección claramente definidos. Los criterios de inclusión para participar en el estudio incluyeron: 1) enfermeros calificados

con experiencia MME empleados por un proveedor de atención médica local, 2) personas con al menos dos años de experiencia posterior a la calificación trabajando en servicios de salud españoles, belgas, turcos o portugueses, 3) personas que aceptaron las condiciones del estudio y dieron su consentimiento informado para participar. Se excluyeron los participantes con menos de un año de experiencia trabajando en su servicio actual.

Los gerentes de línea y/o coordinadores/directores de enfermería de los participantes de cada servicio sirvieron como guardianes que proporcionaron acceso a los enfermeros. Se envió una invitación formal para participar en este estudio mediante correo electrónico institucional a los posibles participantes. Ninguno de los candidatos que fueron invitados a participar se negó a participar en esta investigación.

COLETA DE DATOS

Los participantes fueron entrevistados individualmente en un entorno seguro e imparcial. Un académico de cada uno de los sitios de estudio que es experto en técnicas de recopilación de datos cualitativos realizó las entrevistas. Aunque originalmente teníamos previsto que las entrevistas fueran presenciales, algunas de ellas se realizaron online debido a las circunstancias derivadas de la pandemia del COVID-19.

Las entrevistas se capturaron textualmente en audio y luego se transcribieron. Los académicos que realizaron la entrevista y dominan el inglés luego tradujeron los resultados al inglés. Todos los investigadores utilizaron el mismo protocolo de entrevista, creado por el investigador principal (IA-S) y aprobado por el equipo de investigación (ver Cuadro1).

Además, se solicitó a los participantes que completaran una encuesta sociodemográfica para describir las características de nuestra muestra, incluyendo las siguientes variables: edad (años), sexo, estado civil, raza/etnia, afiliación religiosa, nivel socioeconómico, país de nacimiento, país de trabajo, experiencia

Cuadro 1 – Guía temática para entrevistas semiestructuradas con enfermeros MME calificados – Zaragoza, España, 2020.

Pregunta de apertura
Estoy interesado en conocer su experiencia de trabajo en el servicio de salud español/belga/portugués/turco. Por favor, ¿puede describir un día de trabajo típico? ¿Qué le gusta de su trabajo como enfermero? ¿Qué es lo estresante de su trabajo como enfermero? ¿Cómo hace frente a eso?
Preguntas de seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo interactúa con tus compañeros? ¿Experimenta alguna barrera o dificultad para trabajar con colegas que tienen un origen cultural diferente? ¿Cómo hace frente a eso? • ¿Cómo interactúa con sus superiores? ¿Experimenta alguna barrera o dificultad para trabajar con superiores que tienen un origen cultural diferente? ¿Cómo hace frente a eso? • ¿Cómo interactúa con sus pacientes/familiares? ¿Existen barreras o dificultades para trabajar con pacientes/familiares que tienen un bagaje cultural diferente? ¿Cómo hace frente a eso? • ¿Alguna vez ha considerado cómo su propia cultura influye en su práctica de enfermería? • ¿Alguna vez ha experimentado discriminación o prejuicio en el lugar de trabajo? ¿De quién? ¿Cómo hace frente a eso? • ¿Cómo lidia con los conflictos que surgen al trabajar con colegas de diferentes orígenes culturales? ¿Y del trabajo con los pacientes y sus familiares? • Teniendo en cuenta sus experiencias, ¿qué carrera y consejo profesional les daría a los enfermeros jóvenes con antecedentes similares?

Cuadro 2 – Temas y subtemas – Zaragoza, España, 2020.

Temas	Subtemas
Tema 1 Discriminación y prejuicio en el lugar de trabajo: Por otros profesionales	Subtema 1.1. Discriminación y prejuicio hacia ellos mismos
	Subtema 1.2. Discriminación y prejuicio hacia los pacientes
Tema 2 Discriminación y prejuicio en el lugar de trabajo: Por pacientes	Subtema 2.1 Influencia de la diferencia cultural en la relación enfermero-paciente
	Subtema 2.2. Actitudes de los pacientes hacia los enfermeros culturalmente diversos
Tema 3 Autoevaluación de la competencia cultural	
Tema 4 Una valoración positiva de su experiencia	

profesional (años), número de idiomas hablados, capacitación en competencia cultural, compromiso con diversos pacientes/organizaciones y experiencia trabajando con pacientes de diversos orígenes culturales.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos sociodemográficos se analizaron mediante estadística descriptiva, que utilizó frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas.

Las transcripciones anónimas se sometieron a un análisis temático cualitativo que incluyó familiarizarse con los datos, crear códigos preliminares, buscar temas, examinar temas, definir y etiquetar temas y producir el informe.

Por separado, dos investigadores (ABS-V; BR-R) analizaron manualmente las transcripciones e identificaron temas generales y subtemas de la información. El análisis temático de las transcripciones reveló cuatro temas y doce subtemas (Cuadro 2).

ASPECTOS ÉTICOS

Antes de comenzar el estudio, fue aprobado por el Comité de Ética de la Comunidad Autónoma de Aragón (CP – CI PI20/097; 1º de abril de 2020). También se solicitó el consentimiento de los empleadores de los participantes antes de recopilar cualquier información. Tras una breve descripción del estudio que incluía información sobre su derecho a retirarse de la participación en cualquier momento del proceso sin que ello repercutiera en su carrera profesional, todos los participantes accedieron voluntariamente a participar en los protocolos del estudio. Antes de las entrevistas, cada participante ofreció su consentimiento informado. Se aseguró en todo momento el cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos, así como el anonimato y confidencialidad de los participantes (RGPD 2016/679).

RESULTADOS

La Tabla 1 enumera las características sociodemográficas y culturales de la muestra. Los participantes fueron 29,6 en promedio. Casi el 90% de los participantes eran mujeres. Cinco participantes eran solteros, mientras que tres estaban casados o en relaciones comprometidas. **El grueso** de los entrevistados se

Tabla 1 – Características sociodemográficas y culturales de la muestra (n = 8) – Zaragoza, España, 2020.

Variables	Frecuencia (%) o Media (DE)
Edad (años)	29,60 (8,08)
Experiencia laboral clínica (años)	8,67 (7,11)
Sexo	1 (12,5%)
Masculino	7 (87,5%)
Femenino	
Estado civil	5 (62,5%)
Soltero	3 (37,5%)
Casado/pareja	
Raza/etnia	6 (75%)
Blanco	2 (25%)
Negro	
Afiliación religiosa	3 (37,5%)
Catolicismo	1 (12,5%)
Protestantismo	3 (37,5%)
Islamismo	1 (12,5%)
Judaísmo	
Adhesión a la religión	6 (75%)
Practicante	2 (25%)
No practicante	
Nivel socioeconómico	2 (25%)
Clase social media	6 (75%)
Clase social baja	
País de nacimiento	2 (25%)
Cabo Verde	1 (12,5%)
Macedonia	2 (25%)
Marruecos	1 (12,5%)
Rumania	1 (12,5%)
Rusia	1 (12,5%)
Argelia	
País de trabajo	2 (25%)
Bélgica	2 (25%)
Portugal	3 (37,5%)
España	1 (12,5%)
Turquía	
Number of languages spoken	1 (12,5%)
One	7 (87,5%)
More than one	
Pertenecer a una familia culturalmente diversa.	7 (87,5%)
Sí	1 (12,5%)
No	
Formación previa en competencias culturales	2 (25%)
Sí	6 (75%)
No	
Trabajo voluntario anterior/actual con pacientes de diversos orígenes culturales y organizaciones (es decir, ONG, etc.)	3 (37,5%)
Sí	5 (62,5%)
No	
Experiencia en el cuidado de pacientes de diversos orígenes culturales.	6 (75%)
Sí	2 (25%)
No	

identificó como de clase social baja (75%) y de origen étnico (75%). La mayoría de los participantes eran cristianos (50%), musulmanes (37,5%) o judíos (12,5%). Sus países de nacimiento fueron variados, incluidos Cabo Verde, Marruecos, Rusia, Rumania, Macedonia y Argelia. La mayoría de los participantes pertenecían a una familia culturalmente diversa y/o a un grupo de amigos y tenían experiencia trabajando con pacientes culturalmente diversos. Solo 2 de los 6 tenían alguna formación previa en competencias culturales.

TEMA 1. DISCRIMINACIÓN Y PREJUICIO EN EL LUGAR DE TRABAJO: POR OTROS PROFESIONALES

Este tema integra las descripciones de los participantes sobre discriminación, prejuicio y racismo en el lugar de trabajo; algunas veces estas actitudes negativas estaban dirigidas hacia ellos mismos y otras veces estaban dirigidas hacia sus pacientes.

SUBTEMA 1.1 DISCRIMINACIÓN Y PREJUICIO HACIA SÍ MISMOS

Vale la pena señalar que las descripciones de los participantes sobre las relaciones interpersonales con sus colegas fueron variadas. Como era de esperar, sus comentarios se volvieron más negativos a medida que avanzaba la entrevista, con más participantes describiendo comportamientos discriminatorios y prejuicios experimentados en el lugar de trabajo.

No tengo dificultad para todo lo que ha sido mi forma de vida. Siempre he estado muy integrado en equipos muy diferentes (E1, Cabo Verde, mujer, trabaja en Portugal)

Ya he sentido prejuicios conmigo mismo, con mis compañeros y con otros colectivos profesionales, incluidos auxiliares y médicos. (e1, Cabo Verde, mujer, trabaja en Portugal)

A menudo, los participantes percibían que los comentarios y comportamientos prejuiciosos y discriminatorios se expresaban de manera sutil y encubierta; “a sus espaldas”.

Los colegas tampoco me decían las cosas en la cara, pero lo hacían a mis espaldas. Lo más difícil para mí fue encontrar una forma adecuada de trabajar con colegas, tanto en el día a día como durante las sesiones informativas. (E3, rusa, mujer, trabaja en Bélgica)

Uno de los enfermeros que trabajaba en Bélgica identificó (falta de) dominio del idioma con actitudes y comportamientos discriminatorios:

Otros colegas míos ucranianos que dominan menos el idioma no son tratados tan bien por sus compañeros de enfermería. Tuve mucha suerte porque crecí en una familia belga, así que tengo un buen conocimiento del holandés. Hay muchos enfermeros extranjeros que no reciben un buen trato. Cuando se les trata bien, suelen ser enfermeros que dominan bien el idioma. (E3, rusa, mujer, trabaja en Bélgica)

La mayoría de las veces, las actitudes y comportamientos discriminatorios provenían de colegas de la mayoría cultural. Era raro que los gerentes de línea y los superiores estuvieran involucrados en un conflicto cultural.

No percibo ninguna barrera entre mi superior inmediato y yo (E6, rumana, mujer, trabaja en España)

Yo tampoco tuve ni tengo ningún problema con mis superiores. (E5, macedonio, mujer, trabaja en Turquía)

SUBTEMA 1.2. DISCRIMINACIÓN Y PREJUICIO HACIA LOS PACIENTES

A pesar de negar haberlos experimentado y presenciado anteriormente en la entrevista, a veces los participantes expresaron

su disgusto por las conductas y actitudes discriminatorias en el lugar de trabajo no solo contra ellos mismos, sino también contra los pacientes.

No quiero quejarme de mis compañeros, pero el racismo va en aumento, incluso en el hospital. Algunos enfermeros hacen lo que pueden, pero otros ponen una etiqueta adhesiva en el cabecero de los pacientes cuando leen que son de otro origen (E3, rusa, mujer, trabaja en Bélgica)

Se conmovieron profundamente cuando presenciaron comportamientos discriminatorios o prejuiciosos contra los pacientes en el lugar de trabajo. A menudo, otros profesionales de la salud expresaron comentarios racistas contra pacientes culturalmente diversos, incluso niños. Los participantes no tuvieron dificultad para detectar y describir ejemplos de racismo en el lugar de trabajo y demostraron más empatía que sus colegas de la mayoría cultural.

Cuanto más tiempo trabajo, más racismo ocurre. Escucho muchos comentarios injustificados sobre pacientes judíos. Los pacientes me ven como más comprensiva que mis otros colegas. (E3, rusa, mujer, trabaja en Bélgica)

Una vez tuvimos un niño rumano en el consultorio y escuché a alguien decir: ‘nos estás invadiendo’, o algo así, entonces sí, siento que... sí, tal vez lo hacen inconscientemente, pero no sé, es equivocado (E6, rumana, mujer, trabaja en España)

Ante estas situaciones, las respuestas de los participantes fueron variadas. A veces, optaron por no intervenir:

En esos casos, en los que presencio una acción que me parece racista, suelo evitar la confrontación. (E7, argelino, hombre, trabaja en España)

Pero en algunos casos expresaron su enfado y desafiaron verbalmente a la persona cuya actitud era prejuiciosa, discriminatoria o racista:

Normalmente no los confronto, pero a veces he dicho algo porque... simplemente no deberían decir eso. (E6, rumana, mujer, trabaja en España)

A veces no digo nada, a veces sí. Tienen derecho a estar aquí, esta gente trabaja, como tú y yo, tienen derecho a la salud y sus hijos también. (E6, rumana, mujer, trabaja en España)

TEMA 2. DISCRIMINACIÓN Y PREJUICIO EN EL LUGAR DE TRABAJO: POR PACIENTES

Las actitudes negativas hacia los enfermeros culturalmente diversos procedían no solo de los compañeros de trabajo, sino también de los pacientes. Este tema describe algunos aspectos de la relación interpersonal de los enfermeros con pacientes que pertenecían a un medio cultural diferente.

En mi lugar de trabajo, solo sentí esta diferenciación por parte de los pacientes. (N2, Cabo Verde, mujer, trabaja en Portugal)

SUBTEMA 2.1 INFLUENCIA DE LA DIFERENCIA CULTURAL EN LA RELACIÓN ENFERMERO-PACIENTE

Los participantes creían que la diferencia cultural no debería afectar la relación enfermero-paciente. Sin embargo, esto no siempre fue así. Una de las enfermeras que trabaja en España dijo que esperaba ser juzgada no por su identidad cultural sino por su profesionalismo y la calidad de su trabajo.

No lo sé. Espero que no. Espero que no me juzguen por mi origen cultural. (E6, rumana, mujer, trabaja en España)

Regularmente hay belgas que preguntan de dónde soy. Son muy simpáticos, pero siento que son desconfiados. También noto que tratan mejor con los enfermeros blancos. (E3, rusa, mujer, trabaja en Bélgica)

SUBTEMA 2.2 ACTITUDES DE LOS PACIENTES HACIA LOS ENFERMEROS CULTURALMENTE DIVERSOS

Los participantes describieron una gama de diferentes actitudes de los pacientes hacia ellos, incluido el interés o la curiosidad...

Bueno, tal vez sea porque soy una enfermera musulmana y uso un pañuelo (...), siempre hay un paciente que siente curiosidad por el hecho de que lo use, o lo que significa para mí. (...) Me miran fijamente y eso a veces me incomoda (...). Nunca me dicen nada pero a veces me siento observada" (E8, marroquí, mujer, trabaja en España)

...pero también, racismo y estereotipo:

"He conocido situaciones en las que el paciente no quería ser atendido por uno enfermero africano. Eso estaba yendo demasiado lejos para mí. Cada vez que surgen tales situaciones, trato de intervenir (E3, rusa, mujer, trabaja en Bélgica)

En la interacción con los usuarios ya he sentido algunas barreras porque soy de otro color. Algunos usuarios se negaron a ser atendidos por mí por el simple hecho de que soy negra (E2, Cabo Verde, mujer, trabaja en Portugal)

TEMA 3. AUTOEVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA CULTURAL

Los participantes creían que eran más empáticos con los pacientes culturalmente diversos que sus colegas de la mayoría cultural; esto a veces se expresaba directamente y a veces estaba implícito en su discurso:

Quizás soy más empática que otras personas, es posible, porque no soy de aquí, estoy sola y, no sé, quizás soy más empática y entiendo un poco mejor a la gente. (E6, rumana, mujer, trabaja en España)

Curiosamente, los participantes consideraron que la diferencia cultural ejercía una influencia positiva en la relación enfermero-paciente y, por lo tanto, mejoraba potencialmente la calidad de su práctica de enfermería.

Mi cultura me ayuda a prestar una mejor atención porque crecí como musulmana y también estoy abierta a otras culturas. (E4, marroquí, mujer, trabaja en Bélgica)

TEMA 4. UNA VALORACIÓN POSITIVA DE SU EXPERIENCIA

Finalmente, los participantes expresaron en general una gran satisfacción con su trabajo y vocación por la enfermería, enfatizando la relación con sus pacientes y destacando aspectos positivos de su trabajo y del trabajo con sus compañeros.

Obtengo mucha satisfacción del trabajo en sí. Aconsejar a los pacientes sobre cosas que no pueden hacer por sí mismos, pero también tener contacto social con los pacientes. (E3, rusa, mujer, trabaja en Bélgica)

El trabajo en la unidad neonatal es bastante estresante, cuando tienes que correr a un parto, cuando es complicado, cuando el niño no se encuentra bien. No lo sé, trabajamos en equipo entonces nos apoyamos (N6, rumana, mujer, trabaja en España)

DISCUSIÓN

La enfermería sigue siendo una profesión dominada por mujeres⁽¹⁷⁾, como se refleja en las características de sexo de nuestra muestra. Nuestros participantes provenían de una variedad de países y orígenes étnicos, lo que refleja la diversidad de Europa y las crecientes tasas de inmigración en prácticamente todos los estados miembros⁽¹⁸⁾. La mayoría de nuestros participantes se clasificó como pertenecientes a una clase social baja. Esto puede ser un fiel reflejo de su nivel socioeconómico, pero es posible que la percepción de nuestros participantes sobre su nivel socioeconómico haya sido moldeada por su origen cultural⁽¹⁹⁾. Aunque solo una minoría de los participantes había tenido formación previa en competencia cultural, la mayoría pertenecía a una familia y/o grupo de amigos culturalmente diverso y hablaba más de un idioma, características que anteriormente se han asociado con un mayor nivel de competencia cultural⁽²⁰⁾.

Observamos que, al principio, los participantes se mostraban reacios a expresar las dificultades culturales que surgían en el lugar de trabajo. Sin embargo, a medida que avanzaba la entrevista, los enfermeros MME describieron muchos ejemplos de discriminación y prejuicio hacia ellas mismas, así como hacia otros colegas y pacientes culturalmente diversos, generalmente por motivos de nacionalidad, raza y etnia, pero también por dominio del idioma y religión. Según estudios previos⁽¹⁵⁾, las enfermeras migrantes y pertenecientes a minorías suelen denunciar discriminación y racismo en el trabajo. Nuestros participantes experimentaron discriminación cultural en el contacto no solo con pacientes y familiares, sino también con otros enfermeros y profesionales de la salud. Algunos de ellos describieron estos episodios como incidentes aislados. Sin embargo, la discriminación cultural en el entorno de la salud se produce con más frecuencia de lo esperado⁽²¹⁾. Según una encuesta reciente sobre cuestiones de diversidad realizada en el Reino Unido, el 63% de los enfermeros habían observado discriminación racial o desventajas que afectaban a otra persona en el año anterior⁽²²⁾. Esto es importante ya que la salud de los enfermeros MME se ve afectada por experiencias de discriminación y prejuicio en el trabajo⁽²³⁾. Además, afecta la moral del personal, lo que resulta en altas tasas de rotación⁽²⁴⁾. Los servicios de salud deben monitorear y abordar cuidadosamente estos incidentes⁽²⁵⁾, implementando un enfoque de tolerancia cero con respecto a la discriminación y el abuso en el lugar de trabajo, así como tomando iniciativas

para reducir y, eventualmente, erradicar la discriminación y los prejuicios basados en diferencias raciales, étnicas o de otro tipo. Esto está respaldado por la Directiva de Igualdad Racial (DIR) adoptada en 2000 por el Consejo de la UE, que establece que la discriminación basada en el origen racial y étnico está prohibida en la UE.

Los enfermeros MME describieron ejemplos de comentarios racistas expresados por otros profesionales de la salud hacia pacientes culturalmente diversos, incluidos los niños. Se conmovieron profundamente cuando presenciaron comportamientos discriminatorios o prejuiciosos hacia los pacientes en el lugar de trabajo. Sus respuestas a estos episodios fueron variadas; mientras que algunos optaron por no intervenir, otros desafiaron verbalmente al abusador. No está claro si nuestros participantes informaron estos incidentes a sus superiores directos. Algunos autores⁽²⁶⁾ han argumentado que los enfermeros MME pueden carecer de la confianza para denunciarlos por temor al aislamiento y las represalias, lo cual es comprensible hasta cierto punto, pero también extremadamente preocupante. Según el informe 'Desigualdades raciales en la fuerza laboral e inclusión en los proveedores del NHS'⁽²⁷⁾, garantizar rutas seguras desde el punto de vista psicológico (y profesional) para plantear inquietudes mediante el nombramiento de Guardianes de la Libertad para Hablar, así como la implementación de otras intervenciones complementarias, como el establecimiento de redes de personal de minorías y el desarrollo de rutas para que el personal plantee inquietudes, contribuyen a crear un entorno más seguro propicio para que los profesionales de la salud planteen sus inquietudes.

A pesar de no haber tenido ninguna formación previa en competencia cultural (en su mayoría), la autoevaluación de competencia cultural de nuestros participantes fue buena. En su opinión, su capacidad para empatizar con pacientes culturalmente diversos era mayor que la de sus compañeros de la mayoría cultural. Atribuyeron esta capacidad a características culturales específicas, como su religión y valores religiosos, y también al hecho de que, como inmigrantes y/o personas culturalmente diversas, podían "ponerse en el lugar de sus pacientes" más fácilmente. Numerosas voces han reclamado una fuerza laboral de enfermería más diversa para proporcionar el cuidado culturalmente competente y de calidad al paciente, mejorar los resultados de los pacientes culturalmente diversos y reducir las disparidades de salud⁽²⁾. Muchos países de todo el mundo, incluidos el Reino Unido y los EE. UU., han reconocido esta necesidad y están implementando iniciativas a nivel nacional para cerrar la brecha de diversidad dentro de la enfermería. Sin embargo, queda mucho por hacer para garantizar que el personal de enfermería refleje la rica y creciente diversidad de la población europea⁽¹²⁾. Se necesita un enfoque de arriba hacia abajo, estructural y sistemático para abordar la homogeneidad en la fuerza laboral de enfermería, comenzando con los líderes y los órganos de gobierno, reclutando y promoviendo a las personas MME a puestos superiores en la fuerza laboral de atención médica, educativa y de investigación, capacitando en competencias culturales a los líderes actuales y personal tanto en roles administrativos como clínicos, aumentando el reclutamiento y la retención de enfermeros estudiantes y calificados, e integrando la competencia cultural en la educación de enfermería.

La discriminación y el acoso racial tienen un impacto negativo significativo en la satisfacción laboral y están asociados a conductas no saludables, como fumar, malestar psicológico⁽²⁸⁾, y resultados laborales negativos, como ausencias por enfermedad, lo que lleva a algunos enfermeros a abandonar su profesión. Sin embargo, a pesar de haber experimentado y presenciado discriminación y prejuicio en el lugar de trabajo por diferencias culturales, la mayoría de los enfermeros MME terminaron la entrevista con una nota positiva, expresando su satisfacción con su trabajo y destacando aspectos positivos como la oportunidad de trabajar como un equipo. Algunos autores⁽²⁹⁾ han argumentado que el impacto de la discriminación y los prejuicios en el lugar de trabajo por motivos culturales tiende a disminuir con el tiempo. Un estudio reciente⁽³⁰⁾ llevado a cabo en Singapur encontró una asociación positiva entre la aculturación y la calidad de vida en una muestra de enfermeros internacionales. Sin embargo, la aculturación puede ser un proceso largo y complejo, que debe ser supervisado y apoyado por los servicios de salud. La mayoría de nuestros participantes habían vivido en sus países de residencia actuales durante mucho tiempo; algunos, como las dos enfermeras que trabajaban en Bélgica, incluso se habían criado allí. Por lo tanto, es probable que se hayan aculturado en sus respectivas sociedades y servicios de atención médica en el momento en que fueron entrevistados.

Nos gustaría resaltar algunas limitaciones de este estudio y ofrecer recomendaciones para futuras investigaciones. En primer lugar, no era nuestro propósito presentar una descripción representativa de los enfermeros MME en Europa y, por lo tanto, las características de nuestra muestra pueden no ser aplicables a otras poblaciones de enfermería MEM. En segundo lugar, el reclutamiento de participantes y la recolección de datos en Portugal, Bélgica y Turquía se vieron afectados por la crisis de la COVID-19, y el número de enfermeros MME que trabajaban en estos países fue menor de lo previsto inicialmente. Esto puede haber afectado la profundidad y calidad de la información y, por lo tanto, limitado la interpretación de los hallazgos. En tercer lugar, aunque analizamos los testimonios de los enfermeros MME en su conjunto, reconocemos que no son una población homogénea y que sus percepciones y experiencias fueron influenciadas por una amplia gama de factores que incluyen la cultura de cada servicio de salud por separado, las necesidades de salud de la población, las características de la población mayoritaria en cada país y su apoyo social, para mencionar algunos. Finalmente, la mayoría de los enfermeros MME vivían en sus respectivos países de residencia desde hacía mucho tiempo. Los estudios futuros deberían investigar las experiencias de los enfermeros migrantes recién llegados.

Se pueden utilizar subtítulos para dividir esta sección. Debe dar una explicación clara y sucinta de los hallazgos experimentales, su interpretación y cualquier posible inferencia experimental.

CONCLUSIÓN

Los enfermeros MME que trabajan en los servicios de salud europeos experimentan discriminación y prejuicios por parte de los pacientes y colegas principalmente por motivos de nacionalidad, raza y etnia, pero también por el dominio del idioma y la religión. Además, los enfermeros MME presenciaron comportamientos y actitudes racistas hacia pacientes culturalmente diversos. Sin embargo, no estaba claro si estos episodios fueron

informados a sus superiores directos o a otras personas dentro de sus respectivos servicios de salud. A pesar de no haber tenido formación previa en competencia cultural, la autoevaluación de competencia cultural de los enfermeros MME fue buena. Atribuyeron esta evaluación a características culturales específicas, como su religión y valores religiosos, y su mayor capacidad para empatizar con pacientes culturalmente diversos.

Comprender la experiencia de trabajo de los enfermeros MME en los servicios de salud europeos ayudará a los enfermeros líderes, los administradores de los servicios de salud y los encargados de la formulación de políticas y decisiones a planificar e implementar efectivamente estrategias para mejorar la satisfacción laboral y aumentar la diversidad en la fuerza

laboral de enfermería. Los hallazgos de este estudio sugieren que los servicios de salud europeos deben monitorear de cerca y abordar la discriminación y los prejuicios sobre la base de la diferencia cultural hacia el personal y los pacientes MME, y adoptar iniciativas para reducirlos y, eventualmente, erradicarlos. Nuestros resultados indican que los enfermeros MME en general estaban satisfechos con su trabajo. Sin embargo, esto puede deberse al hecho de que ya estaban aculturados a sus sociedades anfitrionas y servicios de salud. No obstante, la aculturación puede ser un proceso largo y complejo. Los servicios de salud europeos deberían supervisar el proceso de aculturación del nuevo personal de enfermería MME y ofrecer apoyo para facilitar su transición.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de la cultura y la experiencia de trabajar en los servicios de salud europeos de una muestra intencional de enfermeros calificados de minorías étnicas y migrantes que actualmente viven en Bélgica, Portugal, España y Turquía. **Método:** Se decidió utilizar un método cualitativo fenomenológico. Se realizaron entrevistas individuales con 8 enfermeros calificados inmigrantes y de minorías étnicas que actualmente viven en cuatro países europeos. El análisis temático se realizó utilizando las etapas de Braun y Clark después de que los datos cualitativos fueran transcritos palabra por palabra, traducidos al inglés y analizados. **Resultados:** Del análisis temático de las transcripciones surgieron 4 temas y 4 subtemas. **Conclusión:** Los enfermeros de minorías étnicas y migrantes que trabajan en la Unión Europea experimentan y son testigos de la discriminación y de los prejuicios de los pacientes y colegas sobre la base de la diferencia cultural. Los servicios de salud europeos deben monitorear de cerca y abordar la discriminación y los prejuicios hacia el personal y los pacientes de minorías étnicas y migrantes, y tomar iniciativas para reducirlos y, eventualmente, erradicarlos.

DESCRITORES

Competencia Cultural; Diversidad Cultural; Europa (Continente); Equidad en Salud; Servicios de Salud; Diversidad Cultural; Enfermería; Investigación Cualitativa.

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção da cultura e experiência de trabalho em serviços de saúde europeus de uma amostra intencional de enfermeiros qualificados migrantes e de minorias étnicas que moram atualmente na Bélgica, Portugal, Espanha e Turquia. **Método:** Optou-se pelo método fenomenológico qualitativo. Realizaram-se entrevistas individuais com 8 enfermeiros qualificados migrantes e de minorias étnicas que moram atualmente em quatro países europeus. A análise temática foi realizada por meio das etapas de Braun e Clark após os dados qualitativos terem sido transcritos na íntegra, traduzidos para o inglês e analisados. **Resultados:** Quatro temas e 4 subtemas emergiram da análise temática das transcrições. **Conclusão:** Enfermeiros migrantes e de minorias étnicas que trabalham na União Europeia vivenciam e testemunham discriminação e preconceito de pacientes e colegas devido a diferenças culturais. Os serviços de saúde europeus devem acompanhar de perto e combater a discriminação e o preconceito contra os trabalhadores e pacientes migrantes e de minorias étnicas, e tomar iniciativas para os reduzir e, em seguida, erradicá-los.

DESCRITORES

Competência Cultural; Diversidade Cultural; Europa (Continente); Equidade em Saúde; Serviços de Saúde; Diversidade Cultural; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

REFERENCIAS

1. European Commission. Social Protection & Social Inclusion [Internet]. 2021. [citado 2021 Jul 22]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=750&langId=en>
2. Phillips JM, Malone B. Increasing racial/ethnic diversity in nursing to reduce health disparities and achieve health equity. *Public Health Rep.* 2014;129(Suppl 2):45-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/003335491412915209>. PubMed PMID: 24385664.
3. Eurostat Population. Projections in the EU [Internet]. 2021. [citado 2021 Jul 22]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_projections_in_the_EU
4. Popova N, Özel MH. ILO global estimates on international migrant workers: results and methodology. Reference year 2017 [Internet]. 2nd ed. Geneva: ILO; 2018. [citado 2021 Jul 22]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_808935.pdf
5. Keshet Y, Popper-Giveon A. Work experiences of ethnic minority nurses: a qualitative study. *Isr J Health Policy Res.* 2016;5(1):18. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13584-016-0076-5>. PubMed PMID: 27441082.
6. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The Burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet.* 2015;385(9967):549-62. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7). PubMed PMID: 25468153.
7. OECD International. Migration Outlook [Internet]. 2015. doi: https://doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en.
8. Lafortune G, Socha-Dietrich K, Vickstrom E. Number of medical doctors and nurses. Paris: OECD Publishing; 2021. doi: <https://dx.doi.org/10.1787/5ee49d97-en>.
9. OECD International. Migration of nurses [Internet]. 2021. [citado 2021 Jul 22]. Disponible en: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI

10. Hernández-Quevedo C, Moreno-Casbas M. Spain. in strengthening health systems through nursing: evidence from 14 European countries [Internet]. Copenhagen: World Health Organisation; 2019. p. 133-142. (Health Policy Series). [citado 2021 Jul 22]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326183/9789289051743-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Xue Y, Brewer C. Racial and Ethnic Diversity of the U.S. National Nurse Workforce 1988-2013. *Policy Polit Nurs Pract*. 2014;15(3-4):102-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1527154414560291>. PubMed PMID: 25542730.
12. Sonoda Y, Matsuzaki Y, Tsubokura M, Takebayashi Y, Ozaki A, Moriya H, et al. Ethnic-minority health care workers discrimination: an example from Japan during COVID-19 Pandemic. *J Glob Health*. 2020;10(2):020393. doi: <http://dx.doi.org/10.7189/jogh.10.020393>. PubMed PMID: 33282220.
13. Likupe G. Experiences of African nurses and the perception of their managers in the NHS. *J Nurs Manag*. 2015;23(2):231-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12119>. PubMed PMID: 23919645.
14. Vukic A, Jesty C, Mathews SV, Etowa J. Understanding race and racism in nursing: insights from aboriginal nurses. *ISRN Nurs*. 2012;2012:196437. doi: <http://dx.doi.org/10.5402/2012/196437>. PubMed PMID: 22778991.
15. Sandelowski M, Barroso J. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. *Qual Health Res*. 2003;13(6):781-820. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732303013006003>. PubMed PMID: 12891715.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. PubMed PMID: 17872937.
17. Sasa RI. Male nurse: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2019;54(4):593-600. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12374>. PubMed PMID: 31463944.
18. Sneek H, Goswami H. Who cares? Social mobility and the 'class ceiling' in nursing. *Sociol Res Online*. 2020;26(3):562-580. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1360780420971657>.
19. Shellman J. The effects of a reminiscence education program on baccalaureate nursing students' cultural self-efficacy in caring for elders. *Nurse Educ Today*. 2007;27(1):43-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2006.02.009>. PubMed PMID: 16631281.
20. Alexis O, Vydellingum V. The lived experience of overseas black and minority ethnic nurses in the NHS in the south of England. *Diversity in Health and Social Care*. 2005;10(4):459-472. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/174498710501000408>.
21. Ford S. Exclusive: high level of racial discrimination faced by nurses revealed [Internet]. *Nursing Times*; 2019. [citado 2021 Jul 22]. Disponible en: https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2019/10/006-007_NT_OCT19.pdf
22. Schilgen B, Nienhaus A, Handtke O, Schulz H, Mösko M. Health situation of migrant and minority nurses: a systematic review. *PLoS One*. 2017;12(6):e0179183. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0179183>. PubMed PMID: 28650981.
23. Pung L-X, Goh Y-S. Challenges faced by international nurses when migrating: an integrative literature review. *Int Nurs Rev*. 2017;64(1):146-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12306>. PubMed PMID: 27501277.
24. Nunez-Smith M, Pilgrim N, Wynia M, Desai MM, Bright C, Krumholz HM, et al. Health care workplace discrimination and physician turnover. *J Natl Med Assoc*. 2009;101(12):1274-82. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)31139-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0027-9684(15)31139-1). PubMed PMID: 20070016.
25. The Council of the European Union Council Directive. 2000/43/EC of 29 June 2000 Implementing the Principle of Equal Treatment between Persons Irrespective of Racial or Ethnic Origin 2000 [Internet]. *Official Journal L 180*; Luxembourg; 19 jul 2000. [citado 2021 Jul 22]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32000L0043>
26. Ross S, Jabbal J, Chauhan K, Maguire D, Randhawa M, Dahir S. *Workforce race inequalities and inclusion in NHS providers*. London: King's Fund; 2020.
27. Shields MA, Price SW. Racial harassment, job satisfaction and intentions to quit: evidence from the British nursing profession. *Economica*. 2002;69(274):295-326. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0335.00284>.
28. Okechukwu CA, Souza K, Davis KD, de Castro AB. Discrimination, harassment, abuse and bullying in the workplace: contribution of workplace injustice to occupational health disparities. *Am J Ind Med*. 2014;57(5):573-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.22221>. PubMed PMID: 23813664.
29. Ea EE, Griffin MQ, L'Eplattenier N, Fitzpatrick JJ. Job satisfaction and acculturation among Filipino registered nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40(1):46-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00205.x>. PubMed PMID: 18302591.
30. Goh Y-S, Lopez V. Acculturation, quality of life and work environment of international nurses in a multi-cultural society: a cross-sectional, correlational study. *Appl Nurs Res*. 2016;30:111-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.08.004>. PubMed PMID: 27091264.

EDITOR ASOCIADO

José Manuel Peixoto Caldas

Apoyo financiero

Este estudio fue financiado por el programa Erasmus + bajo la Acción Clave 203 Asociaciones Estratégicas para la Educación Superior, número de subvención 2018-1-ES01-KA203-050800.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.