

ENFERMEDAD EN PACIENTES INMIGRANTES MAGREBÍ RESIDENTES EN CATALUNYA

Autores: Anna Ibars Verdaguer. Psicóloga^{1,2}; Pere Toran Monserrat. Médico^{1,3}; Jordi Segura Bernal. Profesor universitario²; Sergi Corbella Santoma Profesor universitario²; Elisabet Fernandez Vilanova. Psicóloga²; Josep Arnau Figueres. Médico¹

1 Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Santa Coloma de Gramenet

2 Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (FPCEE Blanquerna), Barcelona

3 Departament de Ciències Mèdiques. Universitat de Girona, Girona

Correspondencia: annaiv@blanquerna.url.edu

Correctores: Rosa Saumell y Ernest Vinyoles

Publicado: septiembre 2014

Anna Ibars Verdaguer, Pere Toran Monserrat, Jordi Segura Bernal, Sergi Corbella Santoma, Elisabet Fernandez Vilanova, Josep Arnau Figueres (2014) (2014)

Creencias sobre salud y enfermedad en pacientes inmigrantes magrebí residentes en Catalunya

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol32/iss3/2>

*Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

RESUMEN

Objetivo: Conocer las creencias sobre salud y enfermedad de los inmigrantes magrebíes.

Diseño: Investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas individuales.

Emplazamiento: El trabajo de campo se realizó en centros de Atención Primaria de las comarcas del Maresme, Barcelonès y Vallès Oriental (Barcelona).

Sujetos: Se entrevistaron 10 inmigrantes magrebíes, mayores de 18 años con residencia en Cataluña entre 6 meses y 10 años. Un psicólogo experto realizó las entrevistas con el apoyo de un mediador intercultural.

Mediciones: Para el análisis de contenido se utilizó metodología cualitativa basada en la Grounded Theory. Se realizó un análisis de contenido de cada entrevista, un análisis en grupo de discusión del contenido de cada comunidad y finalmente jueces expertos realizaron una comparación entre grupos.

Resultados: Se encuentran diferentes tipos de causas a las que se atribuye la aparición de enfermedad (sociolaborales, cognitivo-emocionales, espirituales, etc.). Principalmente, creen que el estado de ánimo provocado por problemas familiares y laborales y la divinidad son los factores más influyentes en el estado de salud de las personas.

Conclusiones: Este nuevo conocimiento ayudará a los profesionales a entender y atender mejor los problemas de salud que presentan sus pacientes inmigrantes, así como a hacer mejores diagnósticos y

tratamientos con una aproximación transcultural.

SUMMARY

Objective: to understand the beliefs about health and disease of Maghreb immigrants.

Design: qualitative research through individual semi structured interviews.

Location: field work was carried out in primary care centres in the regions of Maresme, Barcelonès and Vallès Oriental (Barcelona).

Subjects: 10 Maghreb immigrants aged 18 years with residence in Catalonia between 6 months and 10 years. An expert psychologist conducted the interviews with the support of an intercultural mediator.

Measurements: for the content analysis qualitative methodology was used based on Grounded Theory. An analysis was made of the contents of each interview, a discussion group analysis of the content of each community and finally expert judges made a comparison between groups.

Results: there are different types of causes which are attributed to the onset of illness (emotional, spiritual, cognitive-socio-labour,...). They believe mainly that the mood caused by family problems and work, and the divine are the most influential factors on the state of health of the people.

Conclusions: This new knowledge will help practitioners to understand and better attend health problems who present their immigrant patients, as well as to make better diagnoses and treatments with a cross-cultural approach.

INTRODUCCIÓN

Hasta septiembre de 2012, el sistema nacional de salud se basaba en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. Los cambios sociales repercuten en el sistema sanitario, que debe adaptarse a las nuevas exigencias. Las más importantes se vinculan a factores demográficos: envejecimiento e inmigración. En 1999 residían en España medio millón de extranjeros que no llegaban a representar el 1,5% del total de la población residente. Según datos oficiales recientes, de los 46.609.652 residentes en España, el 10.44% son extranjeros¹. Sólo en Catalunya se calcula que en 2012 el número de residentes extranjeros superaba la cifra de 1 millón de habitantes². Actualmente un 16,5% de la población es extranjera; el 30% de esta es de procedencia africana, la mayoría del Magreb². Sabemos, pues, que su procedencia es muy diversa y tienen diferentes lenguas y culturas, así como una manera diferente de entender su salud y explicar el origen de sus enfermedades^{3,4}.

El acceso al sistema sanitario por parte de la población inmigrante es hoy una cuestión importante^{5,6}. A la accesibilidad se deben añadir otras dificultades como las barreras culturales e idiomáticas, el marco legal en el país de acogida y el desconocimiento del sistema sanitario⁷. En

consecuencia, se producen cambios en los patrones de uso de los servicios sanitarios. Algunas opiniones apuntan al aumento de las consultas como problema, pero algunos estudios demuestran que el número de consultas de los pacientes inmigrantes es incluso menor que el de los autóctonos⁸. Creemos que las dinámicas asistenciales a nivel de atención primaria, no sólo se deben enfocar cuantitativamente sino que deben promover el salto que nos puede proporcionar una mejor comprensión de los problemas de salud generado por el hecho migratorio⁹. Gran parte de estos problemas están directamente relacionados con factores psicosociales.

Las investigaciones confirman la presencia de una mala salud mental de las personas inmigrantes en nuestro país¹⁰. Hay evidencias de que alrededor de un tercio de la población general que consulta con síntomas físicos no presenta ninguna patología orgánica¹¹. Las dinámicas asistenciales tienden a focalizarse en los síntomas físicos, a pesar del necesario abordaje biopsicosocial inherente en la medicina de familia. Los estudios revelan que frecuentemente hay ciertas dificultades entre el médico y el paciente, y que puede haber un profundo desacuerdo sobre las causas, el significado, la seriedad y el tratamiento de los síntomas, que en el caso de la población inmigrante se agrava por

barreras lingüísticas y culturales¹². Además de estas barreras es necesario considerar la falta de conocimientos del profesional sobre el marco cultural y sobre la idea que tiene el paciente de cómo y porqué enferma, lo cual complica enormemente la comprensión del fenómeno consultado y la orientación terapéutica que se pueda realizar^{13,14}.

Los estudios relacionan la migración con el estrés y sugieren una mayor prevalencia en la población inmigrante de sintomatología clínica de ansiedad, irritabilidad, confusión, cefaleas o tristeza^{3,15,7,16}. El proceso migratorio comporta cambios físicos y socio-culturales que actúan como estresores, y que se deben afrontar para conseguir una adaptación óptima^{3,17}. En la medida en que las demandas, objetiva y/o subjetivamente, exceden los recursos del individuo para afrontarlas, se produce un estado de estrés que puede repercutir negativamente en la salud, con sintomatología somática o depresiva^{18,19}. Otros factores de riesgo determinantes en relación a las características asistenciales del área de salud de los pacientes inmigrantes son las condiciones socio-sanitarias que viven en el país de acogida, el impacto de la situación post-migratoria^{20,21}, la percepción de la propia salud y la necesidad de atención médica percibida. Las somatizaciones tienen un componente cultural y se considera que están influidas por factores como la religión, las creencias y mitos sobre el origen y la aparición de las

enfermedades, o los valores de cada comunidad²².

Macipe y Gimeno²³ hablan de las creencias sobre el origen de las enfermedades, enfatizando en la competencia cultural del personal sanitario. Esta implica consciencia de las propias creencias, actitudes y prejuicios sobre los inmigrantes, conocimiento sobre sus culturas, creencias e historia, es decir, prácticas profesionales culturalmente ajustadas²⁴.

En general, la percepción de los inmigrantes sobre su propia salud se relaciona frecuentemente con aspectos laborales: se sienten sanos cuando su situación les permite trabajar^{25,26,27}, aunque en situaciones de irregularidad, destacan problemas de salud relacionados con la precariedad laboral a la que están expuestos²⁸. Achtegui²⁹ también ha encontrado interpretaciones más ligadas a castigos por incumplir normas sociales o haber ofendido a alguien.

Existen pocos estudios que se planteen este abordaje cultural para los inmigrantes llegados en los últimos diez años. El conocimiento de las características psicosocioculturales de los pacientes inmigrantes es fundamental para la mejora de la calidad asistencial. Es necesario incidir en la capacidad de comprensión de los profesionales aumentando su motivación y mejorando el diagnóstico, y de esta manera, ofrecer una asistencia médica general de más calidad. Por tanto, la

motivación de este estudio nace de la necesidad de aportar más recursos a los servicios de atención primaria para atender adecuadamente las demandas de los nuevos colectivos. Se trata de un estudio piloto que se enmarca en el Proyecto PROMISE³⁰ (Mental distress, somatizations and beliefs in recent immigrants), desarrollado por el equipo de investigación, Comunicació i Salut (COMSAL) de la Universitat Ramon Llull (FPCEE Blanquerna) e investigadores del IDIAP Jordi Gol, enfocado a salud e inmigración en cinco comunidades de inmigrantes en Catalunya. En este artículo nos hemos centrado en una de las principales comunidades más presentes en Catalunya, la de origen magrebí² con el objetivo de aproximarnos en el conocimiento de las creencias sobre la salud y la enfermedad de los pacientes inmigrantes magrebíes, así como de las dificultades y problemas de salud que perciben. Con este primer estudio piloto analizamos los puntos fuertes y débiles del trabajo de campo y la metodología con el objetivo de mejorar en el estudio definitivo.

PACIENTES Y MÉTODO

Diseño

Se ha utilizado la metodología cualitativa mediante entrevistas

individuales semiestructuradas para conseguir los objetivos planteados; recoger información sobre las percepciones, experiencias y comportamientos de los sujetos. El trabajo de campos se realizó en 2010 en Centros de Atención Primaria de las Comarcas del Maresme y Barcelonès, zonas con un alto porcentaje de población inmigrante². Se planteó entrevistar a 5 hombres y 5 mujeres provenientes del Magreb.

Participantes

La muestra de población está integrada por personas inmigrantes, instaladas en Catalunya, seleccionadas con los siguientes criterios.

Inclusión:

1. Hombres y mujeres inmigrantes de entre 18 y 80 años, de origen magrebí (Marruecos, Túnez, Argelia).
2. Llevar entre 6 meses y 10 años viviendo en Europa.
3. Haber sido visitado en el Centro de Atención Primaria al menos una vez.
4. Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado, después de haberlo leído y entendido.

Exclusión:

1. No aceptar participar en el estudio.
2. Tener algún tipo de dificultad de comunicación, a pesar de la presencia de un mediador cultural, que no permita obtener datos fiables.

Los criterios de selección de la muestra responden a la necesidad de obtener información directa de la población inmigrante que sufre algún problema de salud y mantiene una relación asistencial con su médico de cabecera. De esta manera, los participantes entienden mejor, el objetivo y la importancia del estudio, ya que la mayoría experimentan el choque cultural, y por tanto, las dificultades de comunicación dentro la consulta. También les es más fácil hablar de enfermedad cuando el momento actual lo están viviendo, tienen más necesidad de explicar su vivencia y exteriorizar sus creencias sobre la salud y enfermedad.

Instrumentos y procedimiento

Las entrevistas se realizaron con la asistencia de un/a mediador/a cultural, y contenían las siguientes preguntas, por orden:

- ¿Cómo ha ido su salud el último año?
- ¿Qué es para Ud. la enfermedad?
- ¿Por qué enferman las personas?
- ¿Qué hace para evitar estar enfermo?
- ¿Qué factores pueden influir en la pérdida de la salud?
- ¿Cómo le ha afectado a su salud el haber marchado de su país?

El objetivo de la entrevista era conocer la percepción de salud del inmigrante durante el último año, sus creencias

sobre el concepto de enfermedad y los factores que intervienen en la pérdida de salud, las acciones que lleva a cabo el sujeto para prevenir la enfermedad y, por último, si cree en la existencia de alguna relación entre el hecho de haber inmigrado y enfermar.

Las entrevistas se realizaron individualmente con la asistencia de un mediador cultural procedente también de Marruecos, y con la experiencia y conocimiento de las dos lenguas y culturas para garantizar un buen traspaso y comprensión de la información. El entorno era de confidencialidad para favorecer la libre narrativa, y en todo momento se aseguraba el anonimato de los sujetos. Las entrevistas se grababan en audio para su posterior transcripción, tenían una duración de entre 15 y 30 minutos, y se consideraban finalizadas cuando no se obtenía más información relevante sobre las creencias de aquel sujeto.

En este estudio el investigador tenía un rol importante en el trabajo de campo y podía influenciar en el estudio y los resultados de este. Por eso, trabajando con el colectivo magrebí se tuvo en cuenta que el entrevistador fuera una mujer, para no generar conflictos con los maridos de las pacientes. El mediador que se consiguió para realizar el traspaso de información era un hombre, hecho que seguramente influyó en la libre narrativa de algunos sujetos, sobre todo, mujeres.

Selección de sujetos

Para realizar las entrevistas se contactó con los diferentes centros de atención primaria; éstos se implicaron de manera que los mediadores y el personal sanitario colaboraron en la captación de sujetos. También la psicóloga entrevistadora y el mediador cultural contactaban con personas inmigrantes en la sala de espera de estos centros, presentándoles el estudio y invitándoles a participar, en el caso de que cumplieran los criterios de inclusión.

Todos los sujetos accedieron a participar sin problemas. Los casos que decidieron no participar fue por causas de falta de disponibilidad temporal.

Método de análisis

Se hizo la transcripción sistemática y literal de todas las entrevistas grabadas. Se realizó un análisis narrativo de la información con el apoyo del programa informático Atlas-Ti y bajo los principios de la Grounded Theory³¹.

Cada respuesta a cada pregunta se consideraba una unidad de análisis y se le asignaba las categorías pertinentes (conceptos) que respondieran a las ideas referidas al texto. Se construyeron los mapas conceptuales clasificando las categorías en diferentes superfamilias: Factores de riesgo, factores de prevención, descriptores, etc. Dentro de éstas se introdujeron las familias de categorías creadas como por ejemplo “Factores socio-laborales”

o “Factores espirituales”, y a un nivel inferior se colocaron las categorías creadas (ej: alimentación, problemas familiares).

RESULTADOS

La [tabla 1](#) muestra los datos descriptivos que se han recogido de los participantes: el género, la edad y los años que hace que reside en el país de recogida como inmigrante.

La [figura 1](#) muestra las creencias sobre la salud y la enfermedad de los inmigrantes magrebís entrevistados, que describen la enfermedad generalmente como algo malo y grave, y muy relacionado con sentimientos de nostalgia. Los tipos de trastornos más mencionados son el malestar físico, como el dolor de espalda, el dolor de cabeza por “pensar mucho”, y la tristeza, que es traducida como “dolor en el corazón”.

Entre los principales factores de riesgo percibidos, la mayoría de los entrevistados coinciden en la importancia de las causas socio-laborales (descritas como problemas de la vida), entre ellas, los problemas económicos, laborales (sobre todo no trabajar) y al mismo proceso de inmigración.

Estos factores se relacionan con las causas cognitivo-emocionales como la nostalgia o el bajo estado de ánimo afectado por las preocupaciones. Otros

aspectos que consideran influyentes en la pérdida de la salud son la mala alimentación o el exceso de ésta. Con menos frecuencia mencionan la falta de prevención, así como las causas relacionadas con el ambiente.

La religión también toma importancia en el sistema de creencias de este colectivo, creyendo que el hecho de enfermar es la voluntad de Dios.

Como factores de prevención, los magrebíes entrevistados consideran importantes el apoyo familiar, religioso y ambiental. Por otra parte, destacan el hecho de no pensar (para no provocar dolor de cabeza), evitar la tristeza y el

enfado, tener tranquilidad, bienestar y auto-convencimiento de que todo está bien, y a la vez, acciones como relacionarse con gente, tener trabajo, una buena alimentación e higiene personal.

En cuanto al hecho de emigrar, muchos participantes afirman haber sufrido problemas de salud y mayoritariamente malestar psicológica al llegar al país de acogida. Hay que destacar que ellos tienden a recurrir a la “medicación” a la hora de afrontar la enfermedad.

Tabla 1. Datos de la muestra

Sujeto	Género	Edad	Años de inmigración
M001	Dona	47	5
M002	Dona	47	0,3
M003	Dona	20	2
M004	Dona	33	9
M005	Dona	32	2,5
M006	Home	40	4
M007	Home	57	2
M008	Home	58	9
M009	Home	37	10
M010	Home	20	2,6

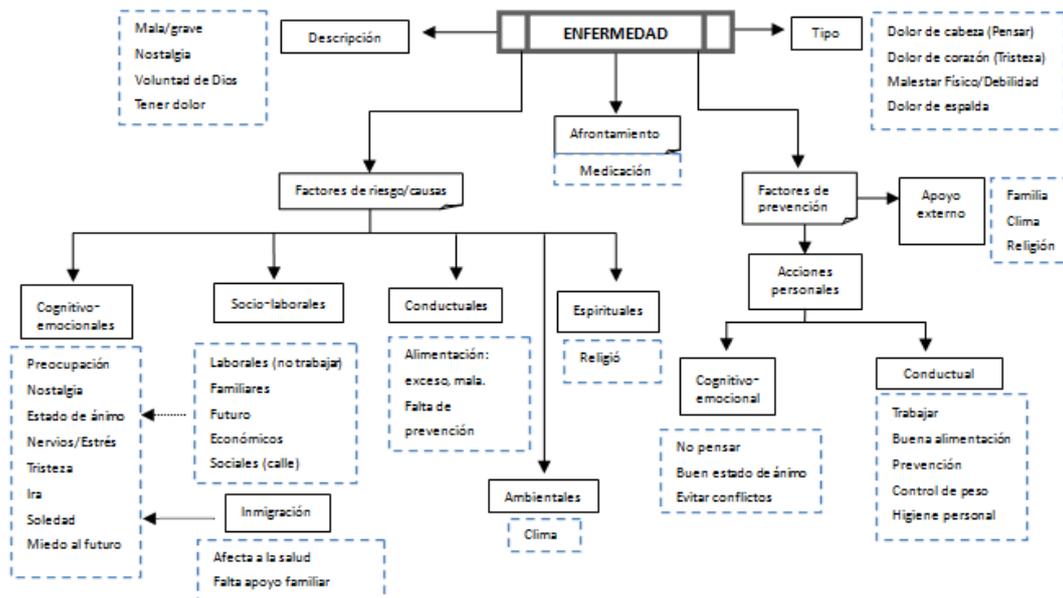
Tabla 2. Fragmentos de narrativa de los pacientes

Descripción enfermedad	<p>"Es una cosa mala, la enfermedad es una cosa mala"</p> <p>"Es una cosa grave"</p> <p>"Es algo malo"</p> <p>"La enfermedad es una cosa que es mala, la gente no lo quiere, y si viene para alguien es porque hace muchas cosas que no están bien. Es una cosa mala."</p>
Factores de riesgo socio-laborales	<p>"No tener trabajo, (...)"</p> <p>"Por pensar en el futuro, no hay trabajo"</p> <p>"Pensar mucho en la familia, en el trabajo"</p> <p>"cuando trabajaba estaba mejor de salud que ahora que no trabajo".</p>
Factores de riesgo cognitivo-emocionales	<p>"Los nervios, a veces por la falta de la economía, o falta de... por eso la gente enferma, porque no están tranquilos, siempre piensan en lo mismo y por eso enferman"</p> <p>"Depende, algunos no se cuidan, algunos con problemas de la vida, problemas de dinero, problemas de que alguno quiere muchas cosas y no pueden llegar..."</p>
Factor de riesgo: mala alimentación	<p>"Por comer mucho"</p> <p>"Si hay alguna cosa que la tiene que poner mala, pues alejarse de ella. No coger peso para que no le duela el cuerpo si por ejemplo no come muchas cosas para no tener azúcar..."</p>
Factor de riesgo: ambiente/clima	<p>"El ambiente cuando no está limpio, el tiempo que se cambia y a veces está así... está de otra manera. El ambiente quiere decir que el aire no es limpio".</p>
Factor de riesgo: Religión	<p>"Dice que es cosas de la vida y de la tierra, que es de Dios, que es normal que uno se pone enfermo"</p> <p>"la enfermedad no es de este sitio o de aquel sitio, es la voluntad de Dios".</p>
Factor de riesgo: inmigración	<p>"...me puse muchas veces enferma, porque al estar aquí había muchas cosas diferentes y muchas cosas se me manifestaron"</p> <p>"no tengo trabajo tengo que buscarme la vida. Es lo que me duele a dentro, estoy enfermo a dentro ahora, psicológicamente estoy afectado"</p>
Factores de prevención cognitivo-emocional	<p>"la tranquilidad del corazón es lo que deja a la gente que no enferme"</p> <p>"Estar bien, tener trabajo, no pensar en cosas, pero piensa en la familia y no hay padre ni madre, por eso enferman las personas."</p>
Factor de prevención socio-laboral	<p>"Poder ir con las amigas riendo, ir a la playa a pasear..."</p>

La [tabla 2](#) muestra algunos fragmentos de la narrativa de los pacientes entrevistado. Están clasificados por el

concepto al que responden y que también aparece en el mapa conceptual.

Figura 1. Mapa conceptual de las creencias principales de los sujetos entrevistados.



DISCUSIÓN

La atención centrada en el paciente requiere que profesionales de la salud posean una especial sensibilidad hacia aspectos espe-cíficos de las vivencias o del entorno del paciente, que pueden modular su situación clínica, sus demandas, sus quejas y sus males³². La experiencia en el proceso de enfermar de cada paciente es única y la mejor atención de este debe incluir el conocimiento de sus motivaciones, valores, pensamientos, vivencias,

sentimientos y modelos explicativos de su enfermedad³³.

De los resultados aportados en este artículo, destacamos principalmente los problemas socio-laborales y los estados cognitivo-emocionales como factores de prevención y/o riesgo que aparecen.

Los factores que consideran de riesgo para enfermar son el “bajo estado de ánimo” el hecho de “tener preocupaciones” y el “estrés”, que están generados normalmente por los problemas laborales (no tener trabajo) o familiares (tener a la familia lejos).

Para algunos participantes la alimentación tiene un papel importante en la salud de las personas. Estos resultados coinciden con otros estudios donde se describe que muchos síntomas físicos estados ligados a emociones como el miedo y la tristeza y que creen en la posibilidad de pérdida del alma por estos estados³⁴.

Tal como se afirma también en estudios anteriores³⁵, la religión tiene un papel fundamental en las creencias de muchas personas sobre la aparición de enfermedad; la mayoría de los magrebíes entre-vistados creen que la divinidad es quien decide que se pongan enfermos como castigo, a la vez que también puede actuar como factor preventivo protegiéndolos de las enfermedades.

La atención médica y/o la medicación son los recursos principales de afrontamiento ante la enfermedad. Estos resultados son concordantes con los de Saurina et al.³⁶ que lo definen como interiorización de los patrones de la medicina occidental en el sistema de cuidados. A pesar de esto, se detecta, de manera aislada, la utilización de remedios caseros y naturales para curarse, coincidiendo con el estudio cualitativo de Llosada et al.³⁷.

Este estudio piloto nos ha supuesto dificultades importantes a la hora de acercarnos al colectivo inmigrante magrebí y extraer información relevante y profunda sobre las creencias personales en relación a la salud y

la enfermedad. A pesar de tener la figura del mediador magrebí, no se ha superado del todo la barrera cultural, idiomática y de des-confianza. Somos conscientes de que siempre existe el factor intimidad que hace que los entrevistados no se abran y se expliquen como nos gustaría a la hora de proporcionar información personal e íntima. Por este motivo, en el estudio definitivo nos planteamos una estrategia diferente para ser más cercanos a los sujetos estudiados, como que una persona del mismo origen realice las entrevistas, experta en mediación e interpretación, y con experiencia en el campo de la salud. Además, nos planteamos el trabajo de campo mediante *focus group*, que puede favorecer más la narrativa de los pacientes a través del diálogo entre ellos, y por tanto, proporcionar información más amplia y de más calidad sobre las creencias de este colectivo.

En estudios posteriores también hay que profundizar en el significado de los conceptos que conforman estas creencias, es decir, a qué se refieren cada uno de los colectivos cuando hablamos de "atención médica" o de "mala alimentación" o "higiene". Así como en la percepción que tienen los inmigrantes de la competencia cultural que tiene el profesional que les atiende y qué características debería tener esta competencia para permitir una comunicación inter-cultural más efectiva.

Finalmente, habría que tener más en cuenta el sexo y la edad de los participantes, ya que seguramente los discursos de un grupo a otro varía, y por tanto, las creencias también. Sería interesante conocer estas diferencias para poder atender mejor a los pacientes, dependiendo de estas variables.

CONCLUSIONES

Seguramente, en el proceso asistencial a los inmigrantes, se producen continuamente inter-acciones dificultosas entre la carga cultural del paciente y la del profesional de la salud, entre las atribuciones y creencias de los pacientes sobre lo que está pasando³⁸ y el sesgo introducido por la competencia cultural de los profesionales³⁹.

Conocer las creencias culturales de los pacientes inmigrantes y abordarlas en la consulta ayudará a que se sientan más comprendidos y que nos acerquemos más a su mundo. Este nuevo conocimiento servirá para mejorar las competencias culturales de los profesionales, y por tanto, comprender y atender mejor a los pacientes desde la integración de los modelos biopsicosociales avanzados que permitan construir una mejor relaciones médico-paciente⁴⁰.

Es importante entender también que estas creencias son conceptos generales a considerar sin que esto sea estigmatizador para ellos. Es decir, sin olvidar que la persona que el médico

tiene delante no es sólo “un inmigrante con estas creencias culturales”, sino que es un individuo con su propia historia y sus propias creencias personales respecto a su salud

Por tanto, no debemos perder de vista que lo más importante es saber escuchar al paciente como una de las habilidades fundamentales en la competencia cultural y que la atención al inmigrante forma parte del compromiso social de los profesionales de la salud des de la tradicional sensibilidad de estos hacia las personas más vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cifras de Población a 1 de julio de 2013. Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2013. Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de Prensa, Dic 2013.
2. Anuari estadístic de Catalunya: Moviment migratori. Institut d'estadística de Catalunya (IDESCAT). Generalitat de Catalunya, Ed: Gràfiques Vilanova: 2012.
3. Achotegui J. Migración y salud mental. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome Ulises). Zerbitzu. 2009;46:163-171.
4. Fuertes C, Martin, MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006;29:9-25.

5. Saura R, Suñol R, Vallejo P, et al. El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña. *Gac Sanit.* 2008;22:547-54.
6. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands. Equal acces for equal needs? *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:701-707.
7. Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, et al. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2004.
8. Muñoz A, Guillén J, Fontcuberta J, Manrique R, Pérez F & Barragán A. Hiperfrecuentación e inmigración en los servicios de Atención Primaria en Cartagena. *Atención Familiar.* 2010;17 (1):4-9.
9. Achotegui J, Llopis A, Morales MM, Espeso D. Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos. *Norte de Salud Mental.* 2012;44:34-42.
10. Salinero M, Martín C, Carrillo de Santa Pau E, et al. Diferencias en la prevalencia de psicopatología de la población inmigrante autóctona de una comunidad autónoma. XXVIII Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria, Actas resúmenes, Aten Primaria. 2008;40: 117-53.
11. Junod N, Hudelson P. Somatitation: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC Fam Pract.* 2006;7:10.
12. Hartz J, Noyes R, Bentler S, Damiano P, Willard J & Momany E. Unexplained symptoms in primary care: Perspectives of doctors and patients. *General Hospital Psychiatry.* 2000;22 (3):144-152.
13. Ortí R, Sánchez E & Sales D. Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural. En B. Gallardo, C. Hernán-dez & M. Verónica (eds), *Lingüística clínica y neurop-sicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Lingüística interaccional en ámbitos de salud.* Valencia: Univer-sitat. 2003;3:114-139.
14. Espina J. El fenomen de la immigració en l'atenció primària. *Ausa-XXIII,* 2007;159: 171-181.
15. Markovizky G. The process of Immigrant Ad-justment. *Journal Cross-Cultural Psychology,* 2008;39 (6):782-98.
16. Tizón J, Achotegui J, San José J, Sainz F, Salamero M & Pellegrero N. La migración como factor de riesgo psicosocial y médico. *Revista de Treball So-cial.* 1986;101:103-250.
17. Shuval J. Migration and stress. En L. Goldberger & S. Breznitz (eds.).

Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press. 1993:641-657.

18. Cebrià J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Comen-tario editorial. Atención Primaria. 2003;31 (9):572-574.

19. Martínez M. Estrés y apoyo social en el proce-so migratorio. Estrés y salud. 1997;297-318.

20. Gil de Pareja MJ. Diferencias en el perfil so-ciodemográfico, morbilidad y utilización de servicios de enfermería de la población autóctona/inmigrante en Atención primaria. Reduca, Serie Trabajos Fin de Maste., 2011;3 (2):111-128.

21. Moreno, M. Inmigración y cuidados: el reto de los cuidados transculturales. Índice de Enfermería, 2003;42: 29-33.

22. Pertiñez J, Viladàs L, Clusa T, Menacho I, Nada S & Muns M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. Atención Primaria. 2002;29 (1):6-13.

23. Macipe RM, Gimeno LA. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:299-319.

24. Martínez MF, Calzado V, Martínez J. Intervención social y comunitaria en el ámbito de la inmigración. En:

Fernández I, Morales JF, Molero F. (Coords.) Psicología de la intervención comunitaria. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2011;245-288.

25. Davis R, Peterson K, Rothschild S, et al. Pushing the envelope for cultural appropriateness: Does evidence support cultural tailoring in type 2 diabetes interventions for Mexican American adults? Diabetes Educ. 2011;37: 227-238

26. Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, et al. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. Gac Sanit. 2009;23:107-114.

27. Cid G, Gómez ML, Porrás T, et al. ¿Cómo perciben su salud los inmigrantes de Toledo? Enferm Comun. 2005;1:24-28.

28. Llosada J, Vallverdú I, Miró M, et al. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. Aten Primaria. 2012;44: 82-88

29. Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises), NORTE de Salud Mental. 2004;5:39-53.

30. Torán-Monserrat et al.: Level of distress, somatisation and beliefs on health-disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management: PROMISE

Project. BMC Family Practice. 2013;14:54.

31. Burden J, Roodt G. Grounded theory and its application in a recent study on organisational redesign: some reflections and guidelines. J Human Resource Management. 2007;5:11-18.

32. Saez M. Modelo Clínico Centrado en el Paciente. Archivos de Medicina General y Familiar. 2008;5 (1):2-11.

33. Platt FW, Gaspar DL. "Tell Me About Yourself": The Patient-Centered Interview. Ann Intern Med. 2001;134 (11):1079-1085.

34. Lahib A. Salud e inmigración: El caso de los marroquíes en el Poniente Almeriense (El Ejido) [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2008.

35. Almagro MJ, Rojas MJ, Guix J, et al. Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. Creencias sobre salud y enfermedad. Aten Primaria. 2010;42:266-272.

36. Saurina C, Vall-Llosera L, Saez M. A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare Region. BMC Public Health. 2012;10:379.

37. Llosada J, Miró M, Pijem C, et al. Immigració i serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona. La perspectiva de la població marroquina, xinesa, equatoriana i pakistanesa. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2011.

38. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). Br J Gen Pract. 2003;53:233-241.

39. Johnson RL, Saha S, Arbelaez JJ, Beach MC, Cooper LA. Racial and Ethnic Differences in Patient Perceptions of Bias and Cultural Competence in Health Care. JGIM. 2004;19 (2):101-110.

40. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc) 2002;119 (5):175-9.

INTRODUCCIÓN

Hasta septiembre de 2012, el sistema nacional de salud se basaba en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. Los cambios sociales repercuten en el sistema sanitario, que debe adaptarse a las nuevas exigencias. Las más importantes se vinculan a factores demográficos: envejecimiento e inmigración. En 1999 residían en España medio millón de extranjeros que no llegaban a representar el 1,5% del total de la población residente. Según datos oficiales recientes, de los 46.609.652 residentes en España, el 10,44% son extranjeros¹. Sólo en Catalunya se calcula que en 2012 el número de residentes extranjeros superaba la cifra de 1 millón de habitantes². Actualmente un 16,5% de la población es extranjera; el 30% de esta es de procedencia africana, la mayoría del Magreb². Sabemos, pues, que su procedencia es muy diversa y tienen diferentes lenguas y culturas, así como una manera diferente de entender su salud y explicar el origen de sus enfermedades^{3,4}.

El acceso al sistema sanitario por parte de la población inmigrante es hoy una cuestión importante^{5,6}. A la accesibilidad se deben añadir otras dificultades como las barreras culturales e idiomáticas, el marco legal en el país de acogida y el desconocimiento del sistema sanitario⁷. En consecuencia, se producen cambios en

los patrones de uso de los servicios sanitarios. Algunas opiniones apuntan al aumento de las consultas como problema, pero algunos estudios demuestran que el número de consultas de los pacientes inmigrantes es incluso menor que el de los autóctonos⁸. Creemos que las dinámicas asistenciales a nivel de atención primaria, no sólo se deben enfocar cuantitativamente sino que deben promover el salto que nos puede proporcionar una mejor comprensión de los problemas de salud generado por el hecho migratorio⁹. Gran parte de estos problemas están directamente relacionados con factores psicosociales.

Las investigaciones confirman la presencia de una mala salud mental de las personas inmigrantes en nuestro país¹⁰. Hay evidencias de que alrededor de un tercio de la población general que consulta con síntomas físicos no presenta ninguna patología orgánica¹¹. Las dinámicas asistenciales tienden a focalizarse en los síntomas físicos, a pesar del necesario abordaje biopsicosocial inherente en la medicina de familia. Los estudios revelan que frecuentemente hay ciertas dificultades entre el médico y el paciente, y que puede haber un profundo desacuerdo sobre las causas, el significado, la seriedad y el tratamiento de los síntomas, que en el caso de la población inmigrante se agrava por barreras lingüísticas y culturales¹². Además de estas barreras es necesario

considerar la falta de conocimientos del profesional sobre el marco cultural y sobre la idea que tiene el paciente de cómo y por qué enferma, lo cual complica enormemente la comprensión del fenómeno consultado y la orientación terapéutica que se pueda realizar^{13,14}.

Los estudios relacionan la migración con el estrés y sugieren una mayor prevalencia en la población inmigrante de sintomatología clínica de ansiedad, irritabilidad, confusión, cefaleas o tristeza^{3,15,7,16}. El proceso migratorio comporta cambios físicos y socio-culturales que actúan como estresores, y que se deben afrontar para conseguir una adaptación óptima^{3,17}. En la medida en que las demandas, objetiva y/o subjetivamente, exceden los recursos del individuo para afrontarlas, se produce un estado de estrés que puede repercutir negativamente en la salud, con sintomatología somática o depresiva^{18,19}. Otros factores de riesgo determinantes en relación a las características asistenciales del área de salud de los pacientes inmigrantes son las condiciones socio-sanitarias que viven en el país de acogida, el impacto de la situación post-migratoria^{20,21}, la percepción de la propia salud y la necesidad de atención médica percibida. Las somatizaciones tienen un componente cultural y se considera que están influidas por factores como la religión, las creencias y mitos sobre el origen y la aparición de las enfermedades, o los valores de cada comunidad²².

Macipe y Gimeno²³ hablan de las creencias sobre el origen de las enfermedades, enfatizando en la competencia cultural del personal sanitario. Esta implica consciencia de las propias creencias, actitudes y prejuicios sobre los inmigrantes, conocimiento sobre sus culturas, creencias e historia, es decir, prácticas profesionales culturalmente ajustadas²⁴.

En general, la percepción de los inmigrantes sobre su propia salud se relaciona frecuentemente con aspectos laborales: se sienten sanos cuando su situación les permite trabajar^{25,26,27}, aunque en situaciones de irregularidad, destacan problemas de salud relacionados con la precariedad laboral a la que están expuestos²⁸. Achoategui²⁹ también ha encontrado interpretaciones más ligadas a castigos por incumplir normas sociales o haber ofendido a alguien.

Existen pocos estudios que se planteen este abordaje cultural para los inmigrantes llegados en los últimos diez años. El conocimiento de las características psicosocioculturales de los pacientes inmigrantes es fundamental para la mejora de la calidad asistencial. Es necesario incidir en la capacidad de comprensión de los profesionales aumentando su motivación y mejorando el diagnóstico, y de esta manera, ofrecer una asistencia médica general de más calidad. Por tanto, la motivación de este estudio nace de la necesidad de aportar más recursos a los servicios de atención primaria para

atender adecuadamente las demandas de los nuevos colectivos.

Se trata de un estudio piloto que se enmarca en el Proyecto PROMISE³⁰ (Mental distress, somatizations and beliefs in recent immigrants), desarrollado por el equipo de investigación, Comunicació i Salut (COMSAL) de la Universitat Ramon Llull (FPCEE Blanquerna) e investigadores del IDIAP Jordi Gol, enfocado a salud e inmigración en cinco comunidades de inmigrantes en Catalunya. En este artículo nos hemos centrado en una de las principales comunidades más presentes en Catalunya, la de origen magrebí² con el objetivo de aproximarnos en el conocimiento de las creencias sobre la salud y la enfermedad de los pacientes inmigrantes magrebíes, así como de las dificultades y problemas de salud que perciben. Con este primer estudio piloto analizamos los puntos fuertes y débiles del trabajo de campo y la metodología con el objetivo de mejorar en el estudio definitivo.

PACIENTES Y MÉTODO

Diseño

Se ha utilizado la metodología cualitativa mediante entrevistas individuales semiestructuradas para conseguir los objetivos planteados; recoger información sobre las percepciones, experiencias y comportamientos de los sujetos. El trabajo de campos se realizó en 2010 en Centros de Atención Primaria de las Comarcas del Maresme y Barcelonès, zonas con un alto porcentaje de población inmigrante². Se planteó entrevistar a 5 hombres y 5 mujeres provenientes del Magreb.

Participantes

La muestra de población está integrada por personas inmigrantes, instaladas en Catalunya, seleccionadas con los siguientes criterios.

Inclusión:

1. Hombres y mujeres inmigrantes de entre 18 y 80 años, de origen magrebí (Marruecos, Túnez, Argelia).
2. Llevar entre 6 meses y 10 años viviendo en Europa.
3. Haber sido visitado en el Centro de Atención Primaria al menos una vez.

4. Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado, después de haberlo leído y entendido.

Exclusión:

1. No aceptar participar en el estudio.
2. Tener algún tipo de dificultad de comunicación, a pesar de la presencia de un mediador cultural, que no permita obtener datos fiables.

Los criterios de selección de la muestra responden a la necesidad de obtener información directa de la población inmigrante que sufre algún problema de salud y mantiene una relación asistencial con su médico de cabecera. De esta manera, los participantes entienden mejor, el objetivo y la importancia del estudio, ya que la mayoría experimentan el choque cultural, y por tanto, las dificultades de comunicación dentro la consulta. También les es más fácil hablar de enfermedad cuando el momento actual lo están viviendo, tienen más necesidad de explicar su vivencia y exteriorizar sus creencias sobre la salud y enfermedad.

Instrumentos y procedimiento

Las entrevistas se realizaron con la asistencia de un/a mediador/a cultural, y contenían las siguientes preguntas, por orden:

- ¿Cómo ha ido su salud el último año?
- ¿Qué es para Ud. la enfermedad?
- ¿Por qué enferman las personas?

- ¿Qué hace para evitar estar enfermo?

- ¿Qué factores pueden influir en la pérdida de la salud?

- ¿Cómo le ha afectado a su salud el haber marchado de su país?

El objetivo de la entrevista era conocer la percepción de salud del inmigrante durante el último año, sus creencias sobre el concepto de enfermedad y los factores que intervienen en la pérdida de salud, las acciones que lleva a cabo el sujeto para prevenir la enfermedad y, por último, si cree en la existencia de alguna relación entre el hecho de haber inmigrado y enfermar.

Las entrevistas se realizaron individualmente con la asistencia de un mediador cultural procedente también de Marruecos, y con la experiencia y conocimiento de las dos lenguas y culturas para garantizar un buen traspaso y comprensión de la información. El entorno era de confidencialidad para favorecer la libre narrativa, y en todo momento se aseguraba el anonimato de los sujetos. Las entrevistas se grababan en audio para su posterior transcripción, tenían una duración de entre 15 y 30 minutos, y se consideraban finalizadas cuando no se obtenía más información relevante sobre las creencias de aquel sujeto.

En este estudio el investigador tenía un rol importante en el trabajo de campo y podía influenciar en el estudio y los resultados de este. Por eso, trabajando

con el colectivo magrebí se tuvo en cuenta que el entrevistador fuera una mujer, para no generar conflictos con los maridos de las pacientes. El mediador que se consiguió para realizar el traspaso de información era un hombre, hecho que seguramente influyó en la libre narrativa de algunos sujetos, sobre todo, mujeres.

Selección de sujetos

Para realizar las entrevistas se contactó con los diferentes centros de atención primaria; éstos se implicaron de manera que los mediadores y el personal sanitario colaboraron en la captación de sujetos. También la psicóloga entrevistadora y el mediador cultural contactaban con personas inmigrantes en la sala de espera de estos centros, presentándoles el estudio y invitándoles a participar, en el caso de que cumplieran los criterios de inclusión.

Todos los sujetos accedieron a participar sin problemas. Los casos que decidieron no participar fue por causas de falta de disponibilidad temporal.

Método de análisis

Se hizo la transcripción sistemática y literal de todas las entrevistas grabadas. Se realizó un análisis narrativo de la información con el apoyo del programa informático Atlas-Ti y bajo los principios de la Grounded Theory³¹.

Cada respuesta a cada pregunta se consideraba una unidad de análisis y se

le asignaba las categorías pertinentes (conceptos) que respondieran a las ideas referidas al texto. Se construyeron los mapas conceptuales clasificando las categorías en diferentes superfamilias: Factores de riesgo, factores de prevención, descriptores, etc. Dentro de éstas se introdujeron las familias de categorías creadas como por ejemplo “Factores socio-laborales” o “Factores espirituales”, y a un nivel inferior se colocaron las categorías creadas (ej: alimentación, problemas familiares).

RESULTADOS

La [tabla 1](#) muestra los datos descriptivos que se han recogido de los participantes: el género, la edad y los años que hace que reside en el país de recogida como inmigrante.

La [figura 1](#) muestra las creencias sobre la salud y la enfermedad de los inmigrantes magrebíes entrevistados, que describen la enfermedad generalmente como algo malo y grave, y muy relacionado con sentimientos de nostalgia. Los tipos de trastornos más mencionados son el malestar físico, como el dolor de espalda, el dolor de cabeza por “pensar mucho”, y la tristeza, que es traducida como “dolor en el corazón”.

Entre los principales factores de riesgo percibidos, la mayoría de los entrevistados coinciden en la

importancia de las causas socio-laborales (descritas como problemas de la vida), entre ellas, los problemas económicos, laborales (sobre todo no trabajar) y al mismo proceso de inmigración.

Estos factores se relacionan con las causas cognitivo-emocionales como la nostalgia o el bajo estado de ánimo afectado por las preocupaciones. Otros aspectos que consideran influyentes en la pérdida de la salud son la mala alimentación o el exceso de ésta. Con menos frecuencia mencionan la falta de prevención, así como las causas relacionadas con el ambiente.

La religión también toma importancia en el sistema de creencias de este colectivo, creyendo que el hecho de enfermar es la voluntad de Dios.

Como factores de prevención, los magrebíes entrevistados consideran importantes el apoyo familiar, religioso y ambiental. Por otra parte, destacan el hecho de no pensar (para no provocar dolor de cabeza), evitar la tristeza y el

enfado, tener tranquilidad, bienestar y auto-convencimiento de que todo está bien, y a la vez, acciones como relacionarse con gente, tener trabajo, una buena alimentación e higiene personal.

En cuanto al hecho de emigrar, muchos participantes afirman haber sufrido problemas de salud y mayoritariamente malestar psicológica al llegar al país de acogida. Hay que destacar que ellos tienden a recurrir a la “medicación” a la hora de afrontar la enfermedad.

Tabla 1. Datos de la muestra

Sujeto	Género	Edad	Años de inmigración
M001	Dona	47	5
M002	Dona	47	0,3
M003	Dona	20	2
M004	Dona	33	9
M005	Dona	32	2,5
M006	Home	40	4
M007	Home	57	2
M008	Home	58	9
M009	Home	37	10
M010	Home	20	2,6

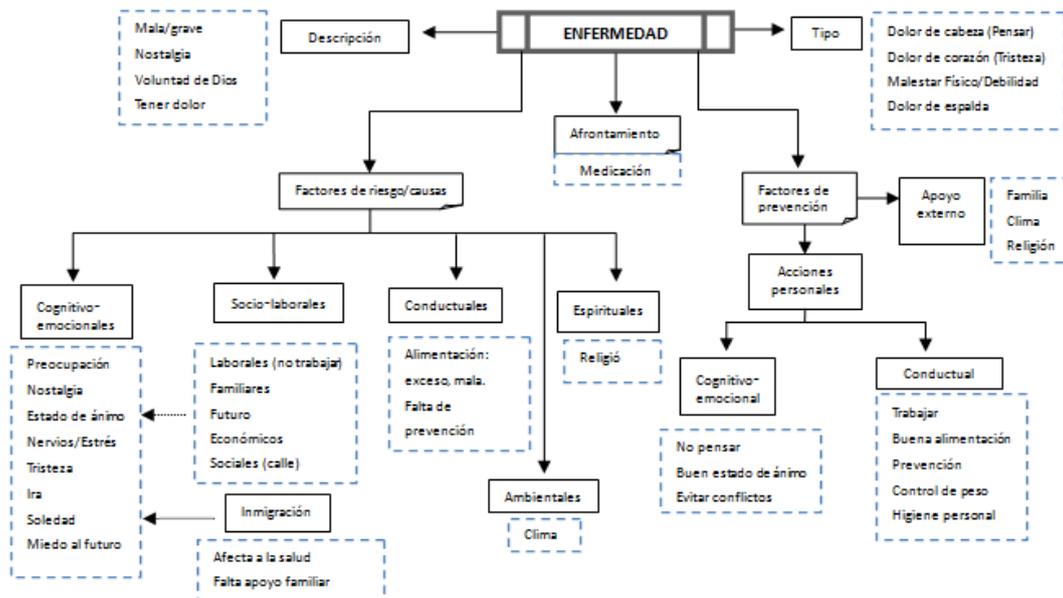
Tabla 2. Fragmentos de narrativa de los pacientes

Descripción enfermedad	<p>"Es una cosa mala, la enfermedad es una cosa mala"</p> <p>"Es una cosa grave"</p> <p>"Es algo malo"</p> <p>"La enfermedad es una cosa que es mala, la gente no lo quiere, y si viene para alguien es porque hace muchas cosas que no están bien. Es una cosa mala."</p>
Factores de riesgo socio-laborales	<p>"No tener trabajo, (...)"</p> <p>"Por pensar en el futuro, no hay trabajo"</p> <p>"Pensar mucho en la familia, en el trabajo"</p> <p>"cuando trabajaba estaba mejor de salud que ahora que no trabajo".</p>
Factores de riesgo cognitivo-emocionales	<p>"Los nervios, a veces por la falta de la economía, o falta de... por eso la gente enferma, porque no están tranquilos, siempre piensan en lo mismo y por eso enferman"</p> <p>"Depende, algunos no se cuidan, algunos con problemas de la vida, problemas de dinero, problemas de que alguno quiere muchas cosas y no pueden llegar..."</p>
Factor de riesgo: mala alimentación	<p>"Por comer mucho"</p> <p>"Si hay alguna cosa que la tiene que poner mala, pues alejarse de ella. No coger peso para que no le duela el cuerpo si por ejemplo no come muchas cosas para no tener azúcar..."</p>
Factor de riesgo: ambiente/clima	<p>"El ambiente cuando no está limpio, el tiempo que se cambia y a veces está así... está de otra manera. El ambiente quiere decir que el aire no es limpio".</p>
Factor de riesgo: Religión	<p>"Dice que es cosas de la vida y de la tierra, que es de Dios, que es normal que uno se pone enfermo"</p> <p>"la enfermedad no es de este sitio o de aquel sitio, es la voluntad de Dios".</p>
Factor de riesgo: inmigración	<p>"...me puse muchas veces enferma, porque al estar aquí había muchas cosas diferentes y muchas cosas se me manifestaron"</p> <p>"no tengo trabajo tengo que buscarme la vida. Es lo que me duele a dentro, estoy enfermo a dentro ahora, psicológicamente estoy afectado"</p>
Factores de prevención cognitivo-emocional	<p>"la tranquilidad del corazón es lo que deja a la gente que no enferme"</p> <p>"Estar bien, tener trabajo, no pensar en cosas, pero piensa en la familia y no hay padre ni madre, por eso enferman las personas."</p>
Factor de prevención socio-laboral	<p>"Poder ir con las amigas riendo, ir a la playa a pasear..."</p>

La [tabla 2](#) muestra algunos fragmentos de la narrativa de los pacientes entrevistado. Están clasificados por el

concepto al que responden y que también aparece en el mapa conceptual.

Figura 1. Mapa conceptual de las creencias principales de los sujetos entrevistados.



DISCUSIÓN

La atención centrada en el paciente requiere que profesionales de la salud posean una especial sensibilidad hacia aspectos espe-cíficos de las vivencias o del entorno del paciente, que pueden modular su situación clínica, sus demandas, sus quejas y sus males³². La experiencia en el proceso de enfermar de cada paciente es única y la mejor atención de este debe incluir el conocimiento de sus motivaciones, valores, pensamientos, vivencias,

sentimientos y modelos explicativos de su enfermedad³³.

De los resultados aportados en este artículo, destacamos principalmente los problemas socio-laborales y los estados cognitivo-emocionales como factores de prevención y/o riesgo que aparecen.

Los factores que consideran de riesgo para enfermar son el “bajo estado de ánimo” el hecho de “tener preocupaciones” y el “estrés”, que están generados normalmente por los problemas laborales (no tener trabajo) o familiares (tener a la familia lejos).

Para algunos participantes la alimentación tiene un papel importante en la salud de las personas. Estos resultados coinciden con otros estudios donde se describe que muchos síntomas físicos estados ligados a emociones como el miedo y la tristeza y que creen en la posibilidad de pérdida del alma por estos estados³⁴.

Tal como se afirma también en estudios anteriores³⁵, la religión tiene un papel fundamental en las creencias de muchas personas sobre la aparición de enfermedad; la mayoría de los magrebíes entrevistados creen que la divinidad es quien decide que se pongan enfermos como castigo, a la vez que también puede actuar como factor preventivo protegiéndolos de las enfermedades.

La atención médica y/o la medicación son los recursos principales de afrontamiento ante la enfermedad. Estos resultados son concordantes con los de Saurina et al.³⁶ que lo definen como interiorización de los patrones de la medicina occidental en el sistema de cuidados. A pesar de esto, se detecta, de manera aislada, la utilización de remedios caseros y naturales para curarse, coincidiendo con el estudio cualitativo de Llosada et al.³⁷.

Este estudio piloto nos ha supuesto dificultades importantes a la hora de acercarnos al colectivo inmigrante magrebí y extraer información relevante y profunda sobre las creencias personales en relación a la salud y

la enfermedad. A pesar de tener la figura del mediador magrebí, no se ha superado del todo la barrera cultural, idiomática y de des-confianza. Somos conscientes de que siempre existe el factor intimidad que hace que los entrevistados no se abran y se expresen como nos gustaría a la hora de proporcionar información personal e íntima. Por este motivo, en el estudio definitivo nos planteamos una estrategia diferente para ser más cercanos a los sujetos estudiados, como que una persona del mismo origen realice las entrevistas, experta en mediación e interpretación, y con experiencia en el campo de la salud. Además, nos planteamos el trabajo de campo mediante *focus group*, que puede favorecer más la narrativa de los pacientes a través del diálogo entre ellos, y por tanto, proporcionar información más amplia y de más calidad sobre las creencias de este colectivo.

En estudios posteriores también hay que profundizar en el significado de los conceptos que conforman estas creencias, es decir, a qué se refieren cada uno de los colectivos cuando hablamos de "atención médica" o de "mala alimentación" o "higiene". Así como en la percepción que tienen los inmigrantes de la competencia cultural que tiene el profesional que les atiende y qué características debería tener esta competencia para permitir una comunicación inter-cultural más efectiva.

Finalmente, habría que tener más en cuenta el sexo y la edad de los participantes, ya que seguramente los discursos de un grupo a otro varía, y por tanto, las creencias también. Sería interesante conocer estas diferencias para poder atender mejor a los pacientes, dependiendo de estas variables.

CONCLUSIONES

Seguramente, en el proceso asistencial a los inmigrantes, se producen continuamente inter-acciones dificultosas entre la carga cultural del paciente y la del profesional de la salud, entre las atribuciones y creencias de los pacientes sobre lo que está pasando³⁸ y el sesgo introducido por la competencia cultural de los profesionales³⁹.

Conocer las creencias culturales de los pacientes inmigrantes y abordarlas en la consulta ayudará a que se sientan más comprendidos y que nos acerquemos más a su mundo. Este nuevo conocimiento servirá para mejorar las competencias culturales de los profesionales, y por tanto, comprender y atender mejor a los pacientes desde la integración de los modelos biopsicosociales avanzados que permitan construir una mejor relaciones médico-paciente⁴⁰.

Es importante entender también que estas creencias son conceptos generales a considerar sin que esto sea estigmatizador para ellos. Es decir, sin olvidar que la persona que el médico

tiene delante no es sólo “un inmigrante con estas creencias culturales”, sino que es un individuo con su propia historia y sus propias creencias personales respecto a su salud

Por tanto, no debemos perder de vista que lo más importante es saber escuchar al paciente como una de las habilidades fundamentales en la competencia cultural y que la atención al inmigrante forma parte del compromiso social de los profesionales de la salud des de la tradicional sensibilidad de estos hacia las personas más vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cifras de Población a 1 de julio de 2013. Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2013. Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de Prensa, Dic 2013.
2. Anuari estadístic de Catalunya: Moviment migratori. Institut d'estadística de Catalunya (IDESCAT). Generalitat de Catalunya, Ed: Gràfiques Vilanova: 2012.
3. Achotegui J. Migración y salud mental. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome Ulises). Zerbitzu. 2009;46:163-171.
4. Fuertes C, Martin, MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006;29:9-25.

5. Saura R, Suñol R, Vallejo P, et al. El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña. *Gac Sanit.* 2008;22:547-54.
6. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands. Equal acces for equal needs? *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:701-707.
7. Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, et al. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2004.
8. Muñoz A, Guillén J, Fontcuberta J, Manrique R, Pérez F & Barragán A. Hiperfrecuentación e inmigración en los servicios de Atención Primaria en Cartagena. *Atención Familiar.* 2010;17 (1):4-9.
9. Achotegui J, Llopis A, Morales MM, Espeso D. Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos. *Norte de Salud Mental.* 2012;44:34-42.
10. Salinero M, Martín C, Carrillo de Santa Pau E, et al. Diferencias en la prevalencia de psicopatología de la población inmigrante autóctona de una comunidad autónoma. XXVIII Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria, Actas resúmenes, Aten Primaria. 2008;40: 117-53.
11. Junod N, Hudelson P. Somatitation: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC Fam Pract.* 2006;7:10.
12. Hartz J, Noyes R, Bentler S, Damiano P, Willard J & Momany E. Unexplained symptoms in primary care: Perspectives of doctors and patients. *General Hospital Psychiatry.* 2000;22 (3):144-152.
13. Ortí R, Sánchez E & Sales D. Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural. En B. Gallardo, C. Hernán-dez & M. Verónica (eds), *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Lingüística interaccional en ámbitos de salud.* Valencia: Universitat. 2003;3:114-139.
14. Espina J. El fenomen de la immigració en l'atenció primària. *Ausa-XXIII,* 2007;159: 171-181.
15. Markovizky G. The process of Immigrant Ad-justment. *Journal Cross-Cultural Psychology,* 2008;39 (6):782-98.
16. Tizón J, Achotegui J, San José J, Sainz F, Salamero M & Pellegrero N. La migración como factor de riesgo psicosocial y médico. *Revista de Treball Social.* 1986;101:103-250.
17. Shuval J. Migration and stress. En L. Goldberger & S. Breznitz (eds.).

Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press. 1993:641-657.

18. Cebrià J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Comen-tario editorial. Atención Primaria. 2003;31 (9):572-574.

19. Martínez M. Estrés y apoyo social en el proce-so migratorio. Estrés y salud. 1997;297-318.

20. Gil de Pareja MJ. Diferencias en el perfil so-ciodemográfico, morbilidad y utilización de servicios de enfermería de la población autóctona/inmigrante en Atención primaria. Reduca, Serie Trabajos Fin de Maste., 2011;3 (2):111-128.

21. Moreno, M. Inmigración y cuidados: el reto de los cuidados transculturales. Índice de Enfermería, 2003;42: 29-33.

22. Pertiñez J, Viladàs L, Clusa T, Menacho I, Nada S & Muns M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. Atención Primaria. 2002;29 (1):6-13.

23. Macipe RM, Gimeno LA. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:299-319.

24. Martínez MF, Calzado V, Martínez J. Intervención social y comunitaria en el ámbito de la inmigración. En:

Fernández I, Morales JF, Molero F. (Coords.) Psicología de la intervención comunitaria. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2011;245-288.

25. Davis R, Peterson K, Rothschild S, et al. Pushing the envelope for cultural appropriateness: Does evidence support cultural tailoring in type 2 diabetes interventions for Mexican American adults? Diabetes Educ. 2011;37: 227-238

26. Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, et al. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. Gac Sanit. 2009;23:107-114.

27. Cid G, Gómez ML, Porrás T, et al. ¿Cómo perciben su salud los inmigrantes de Toledo? Enferm Comun. 2005;1:24-28.

28. Llosada J, Vallverdú I, Miró M, et al. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. Aten Primaria. 2012;44: 82-88

29. Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises), NORTE de Salud Mental. 2004;5:39-53.

30. Torán-Monserrat et al.: Level of distress, somatisation and beliefs on health-disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management: PROMISE

Project. BMC Family Practice. 2013;14:54.

31. Burden J, Roodt G. Grounded theory and its application in a recent study on organisational redesign: some reflections and guidelines. J Human Resource Management. 2007;5:11-18.

32. Saez M. Modelo Clínico Centrado en el Paciente. Archivos de Medicina General y Familiar. 2008;5 (1):2-11.

33. Platt FW, Gaspar DL. "Tell Me About Yourself": The Patient-Centered Interview. Ann Intern Med. 2001;134 (11):1079-1085.

34. Lahib A. Salud e inmigración: El caso de los marroquíes en el Poniente Almeriense (El Ejido) [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2008.

35. Almagro MJ, Rojas MJ, Guix J, et al. Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. Creencias sobre salud y enfermedad. Aten Primaria. 2010;42:266-272.

36. Saurina C, Vall-Llosera L, Saez M. A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare Region. BMC Public Health. 2012;10:379.

37. Llosada J, Miró M, Pijem C, et al. Immigració i serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona. La perspectiva de la població marroquina, xinesa, equatoriana i pakistanesa. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2011.

38. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). Br J Gen Pract. 2003;53:233-241.

39. Johnson RL, Saha S, Arbelaez JJ, Beach MC, Cooper LA. Racial and Ethnic Differences in Patient Perceptions of Bias and Cultural Competence in Health Care. JGIM. 2004;19 (2):101-110.

40. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc) 2002;119 (5):175-9.