

CREENCES SOBRE SALUT I MALALTIA EN PACIENTS IMMIGRANTS MAGREBINS RESIDENTS A CATALUNYA

Autors: Anna Ibars Verdaguer. Psicòloga^{1,2}; Pere Toran Monserrat. Metge^{1,3}; Jordi Segura Bernal. Professor universitari²; Sergi Corbella Santoma Professor universitari²; Elisabet Fernandez Vilanova. Psicòloga²; Josep Arnau Figueres. Metge¹

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

Correspondència: annaiv@blanquerna.url.edu

Correctors: Rosa Saumell i Ernest Vinyoles

Publicat: setembre 2014

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

Creences sobre salut i malaltia en pacients immigrants magrebins residents a Catalunya

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

Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

RESUM

Objectiu: Conèixer les creences sobre salut i malaltia dels immigrants magrebins.

Disseny: Investigació qualitativa mitjançant entrevistes semiestructurades individuals.

Emplaçament: El treball de camp es va realitzar en centres d'Atenció Primària de les comarques del Maresme, Barcelonès i Vallès Oriental (Barcelona).

Subjectes: Es van entrevistar 10 immigrants magrebins, majors de 18 anys amb residència a Catalunya entre 6 mesos i 10 anys. Un psicòleg expert va realitzar les entrevistes amb el suport d'un mediador intercultural.

Mesuraments: Per a l'anàlisi de contingut es va utilitzar metodologia qualitativa basada en la Grounded Theory. Es va realitzar unes anàlisis de contingut de cada entrevista, una anàlisi en grup de discussió del contingut de cada comunitat i finalment jutges experts van realitzar una comparació entre grups.

Resultats: Es troben diferents tipus de causes a les quals s'atribueix l'aparició de malaltia (sociolaborals, cognitivo-emocionals, espirituals, etc.). Principalment, creuen que l'estat d'ànim provocat per problemes familiars i laborals i la divinitat són els factors més influents en l'estat de salut de les persones.

Conclusions: Aquest nou coneixement ajudarà els professionals a entendre i atendre millor els problemes de salut que presenten els seus pacients immigrants, així com a fer millors diagnòstics i tractaments amb una aproximació 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

INTRODUCCIÓ

Fins al setembre de 2012, el sistema nacional de salut es basava en el principi de que tota persona té dret a la salut, independentment de la seva situació econòmica i laboral. Els canvis socials repercuteixen en el sistema sanitari, que ha d'adaptar-se a les noves exigències. Les més importants es vinculen a factors demogràfics: envelliment i immigració. A l'any 1999 residien a Espanya mig milió d'estrangers que no arribaven a representar l'1,5% del total de la població resident. Segons dades oficials recents, dels 46.609.652 residents a Espanya, el 10,44% són estrangers¹. Només a Catalunya es calcula que a l'any 2012 el nombre de residents estrangers superava la xifra d'1 milió d'habitants². Actualment un 16,5% de la població és estrangera; el 30% d'aquesta és de procedència africana, la majoria del Magreb². Sabem doncs que la seva procedència és molt diversa i tenen diferents llengües i cultures, així com una manera diferent d'entendre la seva salut i explicar l'origen de les seves malalties^{3,4}.

L'accés al sistema sanitari per part de la població immigrant és avui una qüestió important^{5,6}. A l'accessibilitat s'hi han d'afegir altres dificultats com les barreres culturals i idiomàtiques, el marc legal en el país d'acolliment i el desconeixement del sistema sanitari⁷. En conseqüència, es produeixen canvis en els patrons d'ús dels serveis sanitaris. Algunes opinions apunten a l'augment de les consultes com a problema, però alguns estudis demostren que el número de consultes dels pacients immigrants és fins i tot menor que el dels autòctons⁸. Creiem que les dinàmiques assistencials a nivell d'atenció primària no només s'han d'enfocar quantitativament si no que s'ha de promoure el salt qualitatiu

que ens pot proporcionar una millor comprensió dels problemes de salut generats pel fet migratori⁹. Gran part d'aquests problemes estan directament relacionats amb factors psicosocials.

Les investigacions confirmen la presència d'una mala salut mental de les persones immigrants en el nostre país¹⁰. Hi ha evidències de que al voltant d'un terç de la població general que consulta amb símptomes físics no presenta cap patologia orgànica¹¹. Les dinàmiques assistencials tendeixen a focalitzar-se en els símptomes físics, tot i el necessari abordatge biopsicosocial inherent a la medicina de família. Els estudis revelen que freqüentment hi ha certes dificultats entre el metge i el pacient, i que pot haver-hi un profund desacord sobre les causes, el significat, la serietat i el tractament dels símptomes, que en el cas de la població immigrant s'agreuja per barreres lingüístiques i culturals¹². A més d'aquestes barreres cal considerar la falta de coneixements del professional sobre el marc cultural i sobre la idea que té el pacient de com i perquè emmalalteix, la qual cosa complica enormement la comprensió del fenomen consultat i la orientació terapèutica que es puguin realitzar^{13,14}.

Els estudis relacionen la migració amb l'estrès i suggereixen una major prevalença en la població immigrant de simptomatologia clínica d'ansietat, irritabilitat, confusió, cefalees o tristesa^{3,15,7,16}. El procés migratori comporta canvis físics i socioculturals que actuen com a estressors, i que s'han d'afrontar per aconseguir una adaptació òptima^{3,17}. En la mesura que les demandes, objectiva i/o subjectivament, excedeixin els recursos de l'individu per

afrontar-les, es produeix un estat d'estrès que pot repercutir negativament en la salut, amb simptomatologia somàtica o depressiva^{18,19}. Altres factors de risc determinants en relació a les característiques assistencials de l'àrea de salut dels pacients immigrants són les condicions sociosanitàries que viuen en el país d'acollida, l'impacte de la situació post-migratòria^{20,21}, la percepció de la pròpia salut i la necessitat d'atenció mèdica percebuda. Les somatitzacions tenen un component cultural i es considera que estan influïdes per factors com la religió, les creences i mites sobre l'origen i l'aparició de les malalties, o els valors de cada comunitat²².

Macipe i Gimeno²³ parlen de les creences sobre l'origen de les malalties, emfatitzant en la competència cultural del personal sanitari. Aquesta implica consciència de les pròpies creences, actituds i prejudicis sobre els immigrants, coneixement sobre les seves cultures, creences i història, és a dir, pràctiques professionals culturalment ajustades²⁴.

En general, la percepció dels immigrants sobre la seva pròpia salut es relaciona freqüentment amb aspectes laborals: se senten sans quan la seva situació els permet treballar^{25,26,27}, encara que en situacions d'irregularitat, destaquen problemes de salut relacionats amb la precarietat laboral a la que estan exposats²⁸. Achotegui²⁹ també ha trobat interpretacions més lligades a càstigs per incomplir normes socials o haver ofès a algú.

Existeixen pocs estudis que es plantegin aquest abordatge cultural per als immigrants arribats els últims deu anys. El coneixement de les característiques psicosocioculturals dels pacients

immigrants és fonamental per a la millora de la qualitat assistencial. Cal incidir en la capacitat de comprensió dels professionals augmentant la seva motivació a la vegada que millorant el diagnòstic, i d'aquesta manera, oferir una assistència mèdica general de més qualitat. Per tant, la motivació d'aquest estudi neix de la necessitat d'aportar més recursos als serveis d'atenció primària per a atendre adequadament les demandes dels nous col·lectius.

Es tracta d'un estudi pilot que s'emmarca en el Projecte PROMISE³⁰ (Mental distress, somatizations and beliefs in recent immigrants), desenvolupat per l'equip de recerca Comunicació i Salut (COMSAL) de la Universitat Ramon Llull (FPCEE Blanquerna) i investigadors de l'IDIAP Jordi Gol, enfocat a salut i immigració en cinc comunitats d'immigrants a Catalunya. En aquest article ens hem centrat en una de les principals comunitats més presents a Catalunya, la d'origen magrebi² amb l'objectiu d'aproximar-nos en el coneixement de les creences sobre la salut i la malaltia dels pacients immigrants magrebins, així com de les dificultats i problemes de salut que perceben. Amb aquest primer estudi pilot analitzem els punts forts i dèbils del treball de camp i la metodologia per tal de millorar en l'estudi definitiu.

PACIENTS I MÈTODE

Disseny

S'ha utilitzat la metodologia qualitativa mitjançant entrevistes individuals semiestructurades per aconseguir els objectius plantejats; recollir informació

sobre les percepcions, experiències i comportaments dels subjectes. El treball de camp es va realitzar l'any 2010 en Centres d'Atenció Primària de les Comarques del Maresme i Barcelonès, zones amb un alt percentatge de població immigrant². Es va plantejar entrevistar 5 homes i 5 dones provinents del Magreb.

Participants

La mostra de població està integrada per persones immigrants, instal·lades a Catalunya, seleccionades amb els següents criteris.

Inclusió:

1. Homes i dones immigrants d'entre 18 i 80 anys, d'origen magrebí (Marroc, Tunísia, Argèlia).
2. Portar entre 6 mesos i 10 anys vivint a Europa.
3. Haver estat visitat en el Centre d'Atenció Primària almenys una vegada.
4. Acceptar participar a l'estudi i signar el consentiment informat, després de llegit i entès.

Exclusió:

1. No acceptar participar a l'estudi.
2. Tenir algun tipus de dificultat de comunicació, tot i la presència d'un mediador cultural, que no permeti obtenir dades fiables.

Els criteris de selecció de la mostra responen a la necessitat d'obtenir informació directe de la població immigrant que pateix algun problema de salut i manté una relació assistencial amb el seu metge de capçalera. D'aquesta

manera, els participants entenen millor l'objectiu i la importància de l'estudi, ja que la majoria experimenten el xoc cultural, i per tan, les dificultats de comunicació dins la consulta. També els és més fàcil parlar de malaltia quan en el moment actual l'estan vivint, tenen més necessitat d'explicar la seva vivència i exterioritzar les seves creences sobre la salut i la malaltia.

Instruments i procediment

Les entrevistes es van realitzar amb l'assistència d'un/a mediador/a cultural, i contenen les següents preguntes, per ordre:

- *¿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?*

L'objectiu d'aquesta era conèixer la percepció de salut del l'immigrant durant l'últim any, les seves creences sobre el concepte de malaltia i els factors que intervenen en la pèrdua de salut, les accions que porta a terme el subjecte per a prevenir la malaltia i, per últim, si creu en l'existència d'alguna relació entre el fet d'haver immigrat i emmalaltir.

Les entrevistes es van realitzar individualment amb l'assistència d'un mediador cultural procedent també del Marroc, i amb experiència i coneixement de les dues llengües i cultures per a

garantir un bon traspàs i comprensió de la informació. L'entorn era de confidencialitat per afavorir la lliure narrativa, i en tot moment s'assegurava l'anonimat dels subjectes. Les entrevistes es gravaven en àudio per a la seva posterior transcripció, tenien una durada d'entre 15 i 30 minuts, i es consideraven finalitzades quan no s'obtenia més informació rellevant sobre les creences d'aquell subjecte.

En aquest estudi, l'investigador tenia un rol important en el treball de camp i podia influenciar en l'estudi i els resultats d'aquest; és per això que, treballant amb el col·lectiu magrebí es va tenir en compte que l'entrevistador fos una dona, per tal que no es generessin conflictes amb els marits de les pacients. El mediador que es va aconseguir per fer el traspàs d'informació era un home, fet que segurament va influir en la lliure narrativa d'alguns subjectes, sobretot dones.

Selecció de subjectes

Per a realitzar les entrevistes es va contactar amb els diferents centres d'atenció primària; aquests es van implicar de manera que els mediadors i el personal sanitari van col·laborar en la captació de subjectes. També la psicòloga entrevistadora i el mediador cultural contactaven amb persones immigrants a la sala d'espera d'aquests centres, presentant-los-hi l'estudi i convidant-los a participar, en el cas que complissin amb els criteris d'inclusió.

Tots els subjectes van accedir a participar sense problemes. Els casos que van decidir no participar era per causes de falta de disponibilitat temporal.

Mètode d'anàlisi

Es va fer la transcripció sistemàtica i literal de totes les entrevistes gravades. Es va realitzar un anàlisi narratiu de la informació amb el recolzament del programa informàtic Atlas-Ti i sota els principis de la Grounded Theory³¹.

Cada resposta a cada pregunta es considerava una unitat d'anàlisi i se li assignava les categories pertinents (conceptes) que responguessin a les idees referides al text. Es van construir els mapes conceptuals classificant les categories en diferents superfamílies: Factors de risc, Factors de prevenció, Descriptors, etc. Dins d'aquestes es van introduir les famílies de categories creades com per exemple "Factors sociolaborals" o "Factors Espirituals", i a un nivell inferior es varen col·locar les categories creades (ex: Alimentació, problemes familiars).

RESULTATS

La [taula 1](#) mostra les dades descriptives que s'han recollit de cada un dels participants: el gènere, l'edat i els anys que fa que resideix al país d'acollida com a immigrant.

La [figura 1](#) mostra les creences sobre la salut i la malaltia dels immigrants magrebins entrevistats, els quals descriuen la malaltia generalment com quelcom dolent i greu, i molt relacionat amb sentiments de nostàlgia. Els tipus de trastorns més mencionats són el malestar físic, com el dolor d'esquena, el mal de cap provocat pel fet de "pensar molt", i la tristesa, que és traduïda com a "dolor al cor".

Entre els principals factors de risc percebuts, la majoria dels entrevistats coincideixen en la importància de les causes sociolaborals (descrites com a problemes de la vida), entre elles els problemes econòmics, laborals (sobretot no treballar) i al mateix procés d'immigració.

Aquests factors els relacionen amb les causes cognitiu-emocionals com la nostàlgia o el baix estat d'ànim afectat per les preocupacions. Altres aspectes que consideren influents en la pèrdua de salut són la mala alimentació o l'excés d'aquesta. Amb menys freqüència mencionen la falta de prevenció, així com les causes relacionades amb l'ambient.

La religió també pren importància en el sistema de creences d'aquest col·lectiu, creient que el fet d'emmalaltir és la voluntat de Déu.

Com a factors de prevenció, els magrebins entrevistats consideren importants el recolzament familiar, religiós i ambiental. Per altra banda, destaquen el fet de no pensar (per a no provocar mal de cap), evitar la tristesa i l'enuig, tenir tranquil·litat, benestar i auto convenciment de que tot està bé, i a la vegada accions com relacionar-se amb gent, tenir feina, una bona alimentació i higiene personal.

En referència al fet d'emigrar, molts participants afirmen haver patit problemes de salut i majoritàriament malestar psicològic al arribar al país d'acollida. Cal destacar que ells tendeixen a recórrer a la "medicació" a l'hora d'afrontar la malaltia.

La [taula 2](#) mostra alguns fragments de la narrativa dels pacients entrevistats. Estan classificats pel concepte al qual responen i que també apareix al mapa conceptual.

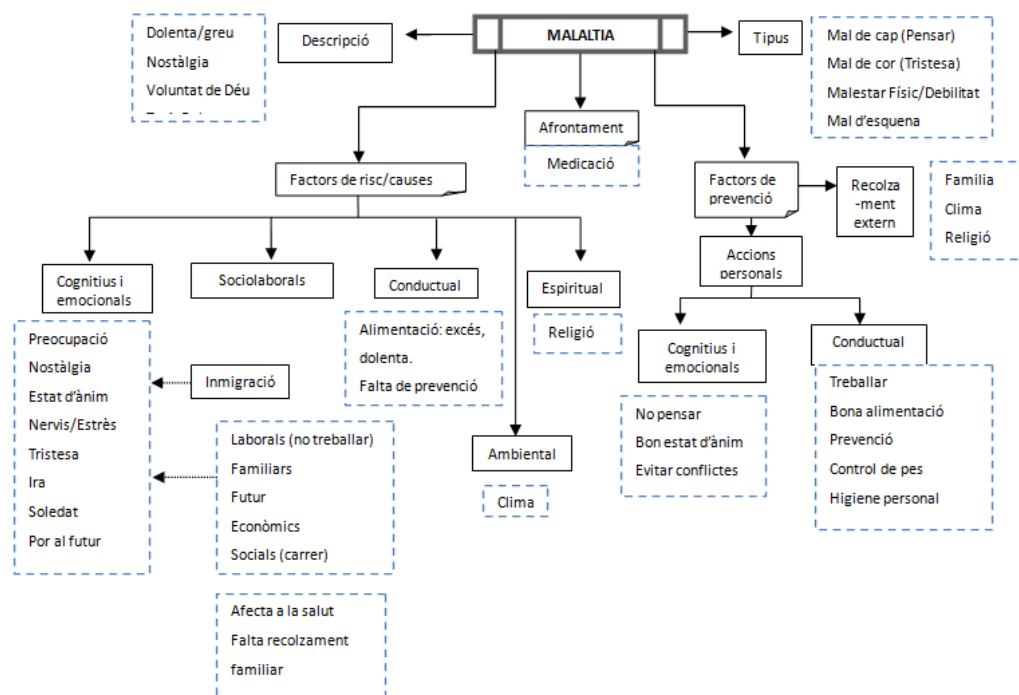
Taula 1. Dades de la mostra

Subjecte	Gènere	Edat	Anys d'immigració
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

Taula 2. Fragments de narrativa dels pacients.

Descripció malaltia	<i>"Es una cosa mala, la enfermedad es una cosa mala"</i> <i>"Es una cosa grave"</i> <i>"Es algo malo"</i> <i>"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."</i>
Factors de risc socio-laborals	<i>"No tener trabajo, (...)"</i> <i>"Por pensar en el futuro, no hay trabajo"</i> <i>"Pensar mucho en la familia, en el trabajo"</i> <i>"cuando trabajaba estaba mejor de salud que ahora que no trabajo"</i>
Factors de risc cognitiu-emocionals	<i>"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"</i> <i>"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..."</i>
Factor de risc: mala alimentació	<i>"Por comer mucho"</i> <i>"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..."</i>
Factor de risc: ambient/clima	<i>"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"</i>
Factor de risc: Religió	<i>"Dice que es cosas de la vida y de la tierra, que es de Dios, que es normal que uno se pone enfermo"</i> <i>"la enfermedad no es de este sitio o de aquel sitio, es la voluntad de Dios"</i>
Factor de risc: immigració	<i>"...me puse muchas veces enferma, porque al estar aquí había muchas cosas diferentes y muchas cosas se me manifestaron"</i> <i>"no tengo trabajo tengo que buscarme la vida. Es lo que me duele a dentro, estoy enfermo a dentro ahora, psicológicamente estoy afectado"</i>
Factors de prevenció cognitiu-emocional	<i>"la tranquilidad del corazón es lo que deja a la gente que no enferme"</i> <i>"Estar bien, tener trabajo, no pensar en cosas, pero piensa en la familia y no hay padre ni madre, por eso enferman las personas."</i>
Factor de prevenció sociolaboral	<i>"Puede ir con las amigas riendo, ir a la playa a pasear..."</i>

Figura 1. Mapa conceptual de les creences principals dels subjectes entrevistats.



DISCUSSIÓ

L'atenció centrada en el pacient requereix que professionals de la salut posseeixin una especial sensibilitat cap a aspectes específics de les vivències o de l'entorn del pacient, que poden modular la seva situació clínica, les seves demandes, les seves queixes i els seus mals³². L'experiència en el procés d'emmalaltir de cada pacient és única i la millor atenció d'aquest ha d'incloure el coneixement de les seves motivacions, valors, pensaments, vivències, sentiments i models explicatius de la seva malaltia³³.

Dels resultats aportats en aquest article, destaquem principalment els problemes sociolaborals i els estats cognitivoemocionals com a factors de prevenció i/o risc que apareixen.

Els factors que consideren de risc per emmalaltir són el "baix estat d'ànim", el fet de "tenir preocupacions" i l'"estrès", els quals estan generats normalment pels problemes laborals (no tenir feina) o familiars (tenir la família lluny). Per alguns participants l'alimentació també té un paper important en la salut de les persones. Aquests resultats coincideixen amb altres estudis on es descriu que molts

síntomes físics van lligats a emocions com la por o tristesa i que creuen en la possibilitat de pèrdua de l'ànima per aquests estats³⁴.

Tal i com s'afirma també en estudis anteriors³⁵, la religió té un paper fonamental en les creences de moltes persones sobre l'aparició de malaltia; la majoria dels magrebins entrevistats creuen que la divinitat és qui decideix que es posin malalts com a càstig, a la vegada que també pot actuar com a factor preventiu protegint-los de les malalties.

L'atenció mèdica i/o la medicació són els recursos principals d'afrontament davant la malaltia. Aquests resultats són concordants amb els de Saurina et al.³⁶ que ho defineixen com interiorització dels patrons de la medicina occidental en el sistema de cures. Tot i així, es detecta, de manera aïllada, la utilització de remeis casolans i naturals per a curar-se, coincidint amb l'estudi qualitatiu de Llosada et al.³⁷.

Aquest estudi pilot ens ha suposat dificultats importants a l'hora d'apropar-nos al col·lectiu immigrant magrebí i extreure informació rellevant i profunda sobre les creences personals en relació a la salut i la malaltia. Tot i la figura del mediador magrebí, no s'ha superat del tot la barrera cultural, idiomàtica i de desconfiança. Som conscients que sempre existeix el factor intimitat el qual fa que els entrevistats no s'obrin i s'esplaiïn com ens agradaria a l'hora de proporcionar informació personal i íntima. És per això que en

l'estudi definitiu, ens plantejem una estratègia diferent per a ser més propers als subjectes estudiats, com ara que realitzi les entrevistes una persona del mateix origen, experta en mediació i interpretació, i amb experiència al camp de la salut. A més a més, ens plantejem el treball de camp mitjançant focus grup, el qual pot afavorir més la narrativa dels pacients a través del diàleg entre ells, i per tan, proporcionar informació més àmplia i de més qualitat sobre les creences d'aquest col·lectiu.

En estudis posteriors també cal aprofundir en el significat dels conceptes que conformen aquestes creences, és a dir, a què es refereixen cada un dels col·lectius quan parlen d' "atenció mèdica" o de "mala alimentació" o "higiene". Així com en la percepció que tenen els immigrants de la competència cultural que té el professional que els atén i quins trets hauria de tenir aquesta competència per a permetre una comunicació intercultural més efectiva.

Per últim, caldria tenir més en compte el sexe i l'edat dels participants, ja que segurament els discursos d'un grup o d'un altre varia, i per tan, les creences també. Conèixer aquestes diferències seria interessant per a poder atendre millor els pacients, depenent també d'aquestes variables.

CONCLUSIÓ

Segurament, en el procés assistencial als immigrants, es produeixen contínuament interaccions dificultoses entre la càrrega cultural del pacient i la del professional de la salut, entre les atribucions i creences dels pacients sobre el que està passant³⁸ i el biaix introduït per la competència cultural dels professionals³⁹.

Conèixer les creences culturals dels pacients immigrants i abordar-les a la consulta ajudarà a que se sentin més compresos i que ens apropem més al seu món. Aquest nou coneixement servirà per a millorar les competències culturals dels professionals, i per tan, comprendre i atendre millor als pacients immigrants des de la integració dels models biopsicosocials avançats que permetin construir una millor relació metge-pacient⁴⁰.

És important entendre també que aquestes creences son conceptes generals a considerar sense que això sigui estigmatitzador per a ells. És a dir, sense oblidar que la persona que el metge té davant no és només “un immigrant amb aquestes creences culturals”, sinó que és un individu amb la seva pròpia història i les seves pròpies creences personals respecte a la seva salut.

Per tan, no s’ha de perdre de vista que el més important és saber escoltar al pacient com una de les habilitats fonamentals en la competència cultural i que l’atenció a l’immigrant forma part

del compromís social dels professionals de la salut des de la tradicional sensibilitat d’aquests cap a les persones més vulnerables.

BIBLIOGRAFIA

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. Somatization: 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 fenómeno de la inmigración en l'atenció primària. AUSA-XXIII, 2007;159: 171-181.
15. Markovitzky G. The process of Immigrant Adjustment. 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, Porras 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.