

**“RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN
ATENCIÓN PRIMARIA: COMUNICACIÓN NO
VERBAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTES
INMIGRANTES EN UNA POBLACIÓN DEL
VALLÉS OCCIDENTAL”**

AUTORA: M^a Eugenia Pérez Domínguez

DIRECTORES: Dra. Mónica Rodríguez Carballeira

Dra. Irma Casas García

Dr. Miquel Sabriá Leal

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA INTERNA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

2015

**Tesis doctoral realizada por la licenciada en Medicina y Cirugía
M^a Eugenia Pérez Domínguez para optar al título de doctor.**

La Dra. Mónica Rodríguez Carballeira, Médico Adjunto de Medicina Interna del Hospital Universitari Mútua de Terrassa, la Dra. Irma Casas García, Profesora Asociada del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Medicina Preventiva de la Universitat Autònoma de Barcelona y el Dr. Miquel Sabriá Leal, Catedrático de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona,

INFORMAN

Que la Tesis Doctoral titulada “RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTES INMIGRANTES EN UNA POBLACIÓN DEL VALLÉS OCCIDENTAL” presentada por María Eugenia Pérez Domínguez, dentro del Programa de doctorado en Medicina Interna del Departamento de Medicina, ha sido realizada bajo nuestra dirección y reúne méritos suficientes para ser defendida delante del Tribunal correspondiente.

Dra. Mónica Rodríguez Carballeira Dra. Irma Casas García Dr. Miquel Sabriá Leal



Universitat Autònoma de Barcelona

Informe de los directores sobre la tesis doctoral

Nombres de los directores de la tesis	
Mónica Rodríguez Carballeira / Irma Casas García / Miquel Sabriá Leal	
Universidad u organismo	
Hospital Universitari Mútua de Terrassa / Universitat Autònoma de Barcelona/ Universitat Autònoma de Barcelona	

Departamento o Instituto de la inscripción de la tesis	Estudio o programa de Doctorado
Departamento de Medicina	Programa de Doctorado en Medicina Interna

Título de la tesis presentada
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTES INMIGRANTES EN UNA POBLACIÓN DEL VALLÉS OCCIDENTAL

Nombre y apellidos del doctorando
María Eugenia Pérez Domínguez

1. ¿ES APTA LA TESIS PRESENTADA PARA EL TRÁMITE DE LECTURA Y DEFENSA PÚBLICA?

NO

SI

2. INFORME RAZONADO

Comparación del proyecto de tesis con la versión final de ésta.

Esta tesis se corresponde con el proyecto inicial presentado y responde a la hipótesis planteada en el origen del estudio.

Aportaciones que hace la tesis.

Permite profundizar de una forma científica en el mejor conocimiento de las potenciales diferencias que podrían darse durante la atención sanitaria a usuarios en función de su origen. El gran incremento de población inmigrada que se produjo en nuestro entorno durante la primera década de este siglo, sumado a la falta de adecuación de dichos servicios sanitarios para afrontar esta situación podrían constituir circunstancias idóneas para estas diferencias. La falta de conocimiento por parte de profesionales sanitarios de las diferencias sociales y culturales, la existencia de barreras de comunicación de diferentes tipos, los prejuicios por ambas partes, las dificultades de adaptación e integración, constituyen sin duda elementos enriquecedores de un caldo de cultivo para la aparición de sesgos involuntarios en la atención a este grupo de población.

Esta tesis pone de manifiesto que a pesar de que se constatan más barreras de comunicación con el grupo de inmigrantes, la atención por parte de los facultativos no refleja diferencias cualitativas medidas fundamentalmente a través de la comunicación no verbal. Tampoco en el estilo de la relación, que es de tipo 'negociador' mayoritariamente, sea cual sea el origen del paciente. Se constata un mayor número de solicitud de pruebas complementarias y derivaciones a otros niveles de atención sanitaria entre los pacientes inmigrantes, probablemente para compensar la inseguridad que generan las barreras de comunicación, tal y como los propios facultativos reflejan en la entrevista de 'grupos focales'. Estas mayores dificultades en la atención a algunos grupos de inmigrantes, que les generan más esfuerzo, ansiedad e impaciencia se podrían paliar tal y como ello sugieren con el uso de mediadores, cursos de formación específica, cursos de idiomas y con una mayor participación e integración por parte de los propios pacientes.

Oportunidad de continuar o extender la investigación.

El estudio fue realizado en el momento cumbre del aumento exponencial de la población inmigrada en nuestro entorno. En los años siguientes, debido a los cambios socio-económicos sufridos en nuestro entorno, el fenómeno migratorio se invirtió, de manera que no solo han dejado de llegar inmigrantes si no que muchos han regresado a sus países de origen. En este contexto, posibles líneas de investigación futuras podrían ser: valorar si con el paso del tiempo y en el nuevo contexto ha cambiado esta situación. La situación de crisis es un caldo de cultivo idóneo para que afloren conflictos en la sociedad, por lo que sería bueno valorar el efecto que puede tener sobre este ámbito.

Por otro lado, el paso del tiempo conduce a un envejecimiento de la población, con la consiguiente aparición de patología crónica y la necesidad de actuar con medidas preventivas.

Cabría plantear si los diseños de estas medidas llegan satisfactoriamente a este grupo poblacional, ya que ello puede tener una repercusión significativa en su salud futura y, consiguientemente, en los costes sanitarios futuros y presentes, dado el interés en optimizar los recursos destinados a la prevención.

Apertura de nuevas vías de trabajo.

El análisis cualitativo pormenorizado de la interacción entre sanitarios y pacientes ha sido objeto de muy escasos estudios científicos. Esta interacción es la base de la relación entre ambos y, por tanto, de los resultados de la misma. Sería de gran interés profundizar en este análisis en los grupos de población que muestran menos adherencia a las pautas indicadas por los sanitarios, dado que ello tiene gran repercusión sobre su propia salud y sobre la eficiencia de los recursos sanitarios.

Importancia o aplicabilidad de los resultados.

El mejor conocimiento de la realidad sobre la que actuamos resulta siempre una pieza fundamental para un mejor rendimiento de nuestro trabajo. En este caso se despejan dudas que pudieran existir sobre calidad de la atención sanitaria a pacientes inmigrados, lo que permite contrarrestar fehacientemente opiniones que lo pudieran cuestionar y pone de manifiesto una fortaleza de nuestro sistema. Por otra parte, la constatación de la existencia de barreras de comunicación que se relacionan con una mayor solicitud de exploraciones complementarias y derivación de los pacientes para contrarrestar las lagunas de información que pueden generar estas barreras, implica un mayor gasto sanitario que podría paliarse abordando el origen del problema. En este sentido, tal como se ha comentado antes, el uso de mediadores, cursos de formación específica o cursos de idiomas a sanitarios y pacientes podrían contribuir a mejorar esta situación.

Destacar puntos fuertes o débiles.

El estudio se fundamenta en la observación estructurada de la visita médica. Esta observación ha sido efectuada siempre por la misma persona, la investigadora principal, siguiendo escrupulosamente la evaluación y registro de ítems previamente definidos con gran precisión, y tras haber realizado un tiempo de entrenamiento en paralelo con otra persona para valorar del grado de concordancia entre ambas. La elevada concordancia dio robustez a la calidad del registro de los ítems valorados. Esta es sin duda la fortaleza principal de este trabajo científico, junto con el hecho de tener un carácter 'ciego' para el paciente y el facultativo. Otro aspecto destacable que enriquece significativamente este estudio, es el análisis de grupos focales realizados con los facultativos que participaron en el estudio –también en esta parte lo hacen a ciegas-, que se muestra al final.

La debilidad fundamental es la intrínseca a algunas de las características estudiadas, dada su subjetividad y dificultad de medida, como son la comunicación no verbal o el estilo de conducta del facultativo o el paciente. El uso de escalas previamente validadas al respecto y el proceso de entrenamiento antes mencionado son las mejores armas para subsanarlo. Otro posible punto débil es la limitación geográfica del estudio, lo que no permite hacerlo extrapolable a otras áreas.

Oportunidad de publicación.

La escasa literatura existente en relación a los aspectos abordados en este trabajo aconsejan encarecidamente su publicación a fin de enriquecer el banco de conocimiento al respecto y contribuir a la posible apertura de líneas de investigación en este ámbito.

Amplitud y actualidad de la bibliografía.

En medicina, la investigación sobre este ámbito es escasa, al igual que la literatura al respecto. Gran parte de las fuentes que han servido para llevar a cabo este estudio provienen de ámbitos diferentes al de la medicina, como la psicología o la sociología. Las escalas y variables que nos han permitido objetivar algunas de las variables utilizadas han sido validadas en otras áreas. En este sentido hay que destacar que la bibliografía utilizada, además de amplia y actualizada, es extraordinariamente exhaustiva.

Presentación de la tesis.

La tesis está bien estructurada y tiene una presentación muy cuidada, tanto en el texto como en las tablas y figuras, que contribuyen muy significativamente a la mejor comprensión del contenido.

Fdo.

Dra. Mónica Rodríguez Carballeira

Dra Irma Casas García

Dr Miquel Sabriá Leal

Barcelona, 12 de Septiembre de 2015

" El mejor instrumento de exploración con el que cuenta el médico es la silla "

(Gregorio Marañón)

AGRADECIMIENTOS

Es una suerte poder disponer de este espacio para dedicar mi gratitud a todos aquellos que han hecho posible este trabajo. A Javi, por su paciencia infinita y silenciosa. A mi familia, por ser el gran equipo que siempre me acompaña. A Mónica, en mayúsculas, por su dedicación y su motivación sin límites. A Paco, Iker y Iago por las tardes que les he robado sin permiso. A Irma y su siempre cálida sonrisa, por haber abrigado este proyecto. Al Dr. Sabriá por sus sabias recomendaciones y consejos. A Catty, por ayudarme a mimar los pequeños detalles. A Carlos, por su fiel apoyo y su confianza. A Carolina y Valerie, por no desesperar con mi nivel de inglés. A Verónica, por ser mi compañera de viaje en esta andadura. A Teresa Clanchet, por su complicidad. A todos aquellos que ya no están porque siento su orgullo desde aquí. A los pacientes que nos recuerdan que nos olvidamos de sentarnos y escuchar. A todos los compañeros del CAP Sud, porque ellos han sido los auténticos protagonistas.

ABREVIATURAS

INE	Instituto Nacional de Estadística
IDESCAT	Instituto de Estadística de Cataluña
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
CAP	Centro de Atención Primaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
WONCA	World Organization of National Colleges Academies
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
HTA	Hipertensión arterial
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
DM	Diabetes mellitus
ECG	Electrocardiograma
Nº	Número
\bar{x}	Media aritmética
DE	Desviación estándar
Med	Mediana
12m	12 meses
CNV	Comunicación no verbal
Vs	Versus

4.1. Contexto	61
4.2 Muestra	61
4.2.1 Criterios de inclusión.....	62
4.2.2 Criterios de exclusión.....	62
4.2.3 Cálculo del tamaño muestral.....	63
4.2.3.1 Estudio piloto.....	63
4.2.3.2 Tamaño muestral	63
4.3 Papel del observador.....	64
4.4 Variables estudiadas	64
4.4.1 Variables socio-demográficas del paciente	64
4.4.2 Perfil del facultativo asistencial	65
4.4.3 Variables relativas a la visita médica	65
4.4.3.1 Patologías crónicas	66
4.4.3.2 Motivos de consulta	66
4.4.3.3 Pruebas complementarias	67
4.4.3.4 Derivaciones a otros niveles de atención sanitaria y cita de control.....	67
4.4.3.5 Barreras de comunicación.....	67
4.4.3.6 Prescripción / acto terapéutico	68
4.4.3.7 Aspectos individuales del paciente	68
4.4.3.8 Tiempo de visita y exploración física.....	68
4.4.4 La comunicación no verbal	69
4.4.5 Estilo de interacción médico-paciente	71
4.4.5.1 Estilo del médico:	71
4.4.5.2 Estilo del paciente	71
4.5 Proceso seguido para la recogida de datos	72
4.5.1 Elaboración de los grupos focales	73
4.6 Consideraciones éticas	75

4.7	Análisis estadístico	75
5.	RESULTADOS.....	77
5.1.	Estudio descriptivo de la población de estudio (n=242)	79
5.1.1.	Características socio-demográficas.....	79
5.1.2.	Características de la visita sanitaria.....	79
5.1.3.	Comunicación no verbal.....	85
5.2.	Estudio de la población inmigrante (n=123).....	88
5.2.1	Características socio-demográficas en pacientes inmigrantes.....	88
5.2.2.	Características de la visita sanitaria en pacientes inmigrantes.....	88
5.2.3.	Comunicación no verbal en pacientes inmigrantes...	93
5.3.	Estudio comparativo por grupos.....	95
5.3.1	Características socio-demográficas: grupos.....	95
5.3.2	Características de la visita sanitaria: grupos	96
5.3.2.1	Frecuentación	96
5.3.2.2	Patologías crónicas.....	96
5.3.2.3	Motivos de consulta	97
5.3.2.4	Pruebas complementarias	97
5.3.2.5	Derivación a otros niveles	99
5.3.2.6	Barreras de comunicación.....	100
5.3.2.7	Prescripción terapéutica.....	101
5.3.2.8	Acompañamiento y consideración de aspectos/ características de forma individual.....	101
5.3.2.9	Estudio multivariado: factores asociados al número de consultas sanitarias realizadas en los 12 meses previos al estudio.....	101
5.3.2.10	Recursos sanitarios.....	102
5.3.2.11	Tiempos.....	102

5.3.3. Comunicación no verbal: grupos	103
5.3.3.1 Proxémica.....	103
5.3.3.2 Kinesia	103
5.3.3.3 Paralingüismos	104
5.3.4 Frecuencia de fallos en comunicación no verbal por grupos	105
5.4 Estilo médico-paciente: interacción.....	106
5.5 La sesión de los grupos focales.....	108
6. DISCUSIÓN	111
6.1. Características generales	113
6.2. Barrera de comunicación y decisiones adoptadas por el facultativo durante la visita.....	115
6.3. Actitud adoptada y comunicación no verbal.....	117
6.4. Grupos focales.....	120
6.5. Limitaciones	121
6.6. Recomendaciones	122
7. CONCLUSIÓN	127
8. BIBLIOGRAFÍA	133
9. ANEXOS	141
9.1 ANEXO 1: Cuestionario recogida de datos	143
9.2 ANEXO 2: Códigos WONCA.....	149
9.3 ANEXO 3: Encuesta a facultativos	153
9.4 ANEXO 4: Aceptación del Comité de Ética.....	159

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El importante aumento de la población inmigrada en un breve periodo de tiempo supone un choque cultural que repercute tanto en las personas del país de acogida como, obviamente, en la población emigrada. La asistencia sanitaria no es ajena a este fenómeno, si no que por el contrario puede ser un ámbito en el que esto se ponga especialmente de manifiesto al intervenir en un aspecto tan íntimo del ser humano como es el de la salud.

La llegada de pacientes inmigrantes a nuestro país desde principios de la década de los 90, siendo la asistencia sanitaria en Atención Primaria el principal contacto de éstos con nuestro sistema sanitario y las dificultades que se presentan en su relación con el personal médico, es el desencadenante principal del presente estudio, que a su vez forma parte de una línea central de investigación que intenta describir la situación actual de estos pacientes, su relación y adaptación con el sistema sanitario español, sus características epidemiológicas y estilo de vida. Se trata, en suma, de afrontar con mayor conocimiento la disyuntiva con la que nos enfrentamos cada día en nuestras consultas y poder así adaptarnos a diversos contextos asistenciales para los que en general, se percibe, no hemos sido formados.

Esta realidad hace patente el hecho de tener en cuenta las raíces culturales de estos pacientes que inicialmente pueden resultarnos desconocidas o incluso extrañas en ocasiones, por lo que se presenta crucial intentar conocer e incorporar rasgos esenciales de la cultura de estos pacientes al proceso de salud para que puedan ser asistidos con la calidad que se merecen.

Las dificultades que pueden aparecer en la atención a este grupo concreto de pacientes pueden generar entre la comunidad médica principalmente diversas reacciones que influyen en la relación con sus pacientes y en la calidad de asistencia que se les brinda. Diversos estudios que intentan profundizar en este tema, tratan de plasmar datos objetivos sobre las características epidemiológicas de estos pacientes e incluso reflejan las opiniones y reacciones personalizadas de los facultativos que les atienden. Pero dentro de la calidad asistencial, existen factores que influyen en la relación interpersonal y que son claves para desarrollar una atención sanitaria de calidad, algunos de

ellos fácilmente objetivables; en cambio, existen otros apenas perceptibles, pero que ejercen un gran impacto en la interacción de los implicados y podrían con ello influir en la toma de decisiones, en la gestión de recursos económicos y en definitiva, en el cuidado de su salud.

A partir de estas reflexiones se establecen las bases y objetivos del presente trabajo de investigación.

1.1 ANTECEDENTES

El proceso fundamental para afrontar el impacto de la inmigración, tanto para la persona inmigrada como para la comunidad receptora, es la integración en la nueva cultura y sociedad. Este proceso queda bien reflejado en el trabajo de Giménez ⁽¹⁾ que resalta la importancia de que ante el fenómeno de la inmigración se debe ir reflexionando y favoreciendo la “integración”, que define como *“... aquel proceso de adaptación mutua de dos segmentos socioculturales mediante el cual, la minoría se incorpora a la sociedad receptora en igualdad de condiciones, derechos, obligaciones y oportunidades con los ciudadanos autóctonos, sin que ello suponga la pérdida de sus culturas de origen; y la mayoría acepta e incorpora los cambios normativos, institucionales e ideológicos necesarios para que lo anterior sea posible”*.

A la hora de abordar el estudio de la salud intercultural en relación al fenómeno migratorio ⁽²⁾, existen múltiples aspectos y cuestiones que se ponen de manifiesto. La migración se ha convertido en un tema de actualidad y es por ello objeto de investigación desde muchas perspectivas tales como la antropología, sociología, economía y otras muchas disciplinas. No olvidemos por ello que no es un fenómeno de reciente aparición. Los desplazamientos poblacionales han estado presentes siempre en la historia de nuestro país. Si nos centramos sólo en las últimas décadas, los años setenta por ejemplo, quedan representados por desplazamientos al extranjero en busca del ideal de una vida mejor⁽³⁾, así como por las llamadas “migraciones interiores” dentro del país, producto de la disminución de la población campesina en el ámbito rural y el proceso de industrialización. Pero en las últimas décadas, el protagonismo de los fenómenos migratorios corre a cargo del influjo de población procedente de países extranjeros, con lo que la diversidad etno-cultural y los aspectos que de ella derivan han provocado un mayor impacto en nuestro medio. Nuestro país ha sido protagonista de varias etapas en el aflujo de personas procedentes de otros territorios del planeta, con motivos y / o necesidades diferentes, obligatorias o voluntarias, de cortas a largas distancias y de migración económica a la no económica ⁽⁴⁾.

1.1.1. FENÓMENOS MIGRATORIOS

1.1.1.1 SITUACIÓN EN ESPAÑA

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) ⁽⁵⁾ se consideran inmigrantes a aquellos *“nacidos en el extranjero de 16 años y más, residentes en viviendas familiares, durante un año o más o con intención de residir en España durante al menos un año, independientemente de su nacionalidad española o extranjera. No incluye a los menores de 16 años, ni a los extranjeros de nacionalidad que hayan nacido en España, ni a los españoles de nacimiento nacidos fuera de España que en el año de su llegada no cumplieran dos años de edad”*.

Centrándonos en el periodo que abarca nuestro estudio, la situación demográfica de la población inmigrante en nuestro país, se refleja como sigue: en pocos años, España ha pasado de ser un país que generaba emigrantes para convertirse en un receptor de flujo migratorio. Con la crisis del petróleo de los años 70, el cambio resultó sustancial, marcado por el retorno de muchos a nuestro país. Con la llegada de la democracia, los saldos migratorios netos se mantuvieron en fase de relativo equilibrio prolongándose esta situación hasta mediados de los años 90. La dinámica de crecimiento de la economía española empujó el crecimiento de población inmigrante no española. En el año 1981, la tasa de extranjeros censados en España representaba el 0,5% incrementándose en el año 2001 a un 3,3% y alcanzando cifras máximas de hasta un 12,2% en el año 2011. En los inicios del nuevo siglo XXI, y durante los primeros 5 años, España representaba uno de los países con mayor crecimiento de tasas medias de flujo neto de migración del mundo en comparación incluso con países como Francia o Estados Unidos ⁽⁶⁾. En 2005, la población extranjera en nuestro país se había cuadruplicado y casi existían tres millones de habitantes nuevos. Según el censo de 2009 ⁽⁷⁾, algo más de 5 millones de habitantes, que representaban el 12% de la población española, eran de nacionalidad extranjera. Los problemas generados por la crisis económica actual, provocaron por primera vez en la historia de nuestro país un

leve descenso en la llegada de inmigrantes, manteniéndose prácticamente constante las cifras en los años 2011-2012.

Durante la primera década del presente siglo, el origen de los inmigrantes se ha diversificado. A finales de los años 90, algunas fuentes registran hasta un 56% de pacientes extranjeros provenientes del “Primer Mundo”, esto es de países desarrollados ⁽⁸⁾; los países de la Unión Europea representaban el 41,3% del total de habitantes extranjeros. Estos datos contrastan con las cifras de 2001 en las que solo se suponen algo más del 20%, con un repunte importante de la población proveniente del este de Europa. Aquellos que pertenecen a países de fuera de Europa han crecido exponencialmente durante ese periodo, alcanzando cifras de hasta el 40% en el caso de iberoamericanos, predominando aquellos procedentes de Ecuador y Colombia principalmente.

En todos estos datos, hay que destacar la influencia de la tasa de natalidad de la población inmigrante que ha repercutido en las tasas de fecundidad de nuestro país, así como incidir en la ausencia en el contaje total de aquellos inmigrantes apátridas, refugiados o sin documentos en vigor que no quedan registrados en estas cifras.

Los datos registrados en el sistema de flujo migratorio de que dispone el INE son desde el año 1996 más fiables. En sus inicios hasta la década de los 70 del siglo pasado, los datos sólo reflejaban datos de migraciones dentro de nuestro país; posteriormente se incluyeron aquellos procedentes del exterior sólo registrados como alta/baja padronal realizados por el propio ciudadano y desde finales de los 90 ya se dispone de datos más fidedignos a partir del control del padrón municipal (figura 1). Por tanto, las fuentes principales para el estudio del número de extranjeros en España y su evolución son los Censos de Población y las renovaciones de los padrones municipales publicados por el INE así como los publicados por el Ministerio del Interior referentes al número de permisos de residencia expedidos. Teniendo en cuenta que esto solo se refiere a aquellos

con permiso legal de residencia, estos datos quedan limitados para cifrar a todos aquellos que realmente residen.

Asimismo, grupos de población extranjera como colombianos y ecuatorianos hasta el año 2001 y 2003 respectivamente, no precisaban permiso de residencia para instalarse en nuestro país lo que modifica sustancialmente las cifras de que se disponen en estos años y las subpoblaciones que las conforman.

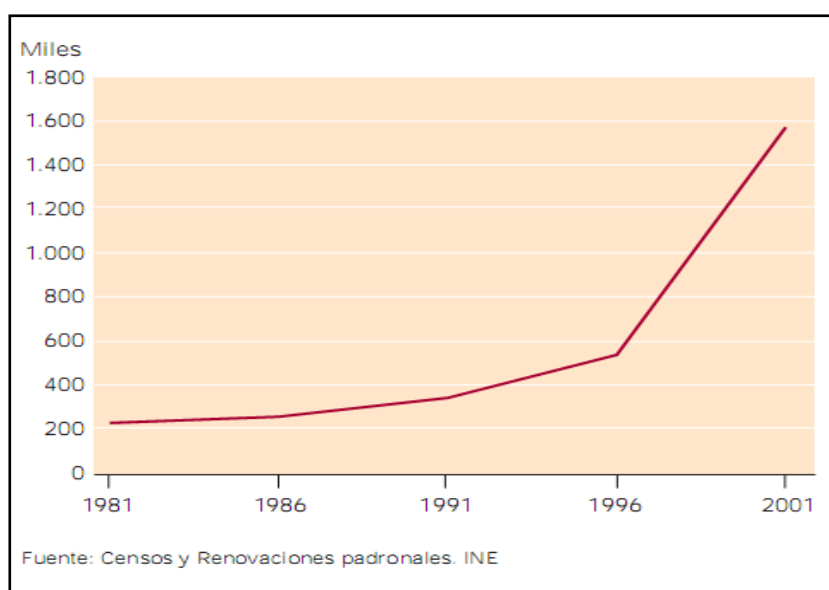


Figura 1. Censos y renovaciones padronales: 1981-2001. Instituto Nacional de Estadística (INE).

En los últimos años, las cifras poblacionales⁽⁹⁾ publicadas en julio de 2013 reportaban que la población de España había disminuido en 113.902 personas durante el año 2012 y se situaba en 46.704.314 habitantes a principios de enero de 2013 (figura 2). El número de extranjeros había descendido un 2,3%, hasta 5.118.112 residentes, con un total de 476.748 personas emigrando al extranjero y 314.358 inmigrando desde el extranjero registrando un saldo migratorio negativo de 162.390 personas. En el caso de los españoles, emigraron 59.724 e inmigraron 32.380, con un saldo migratorio negativo por tanto de 27.344.

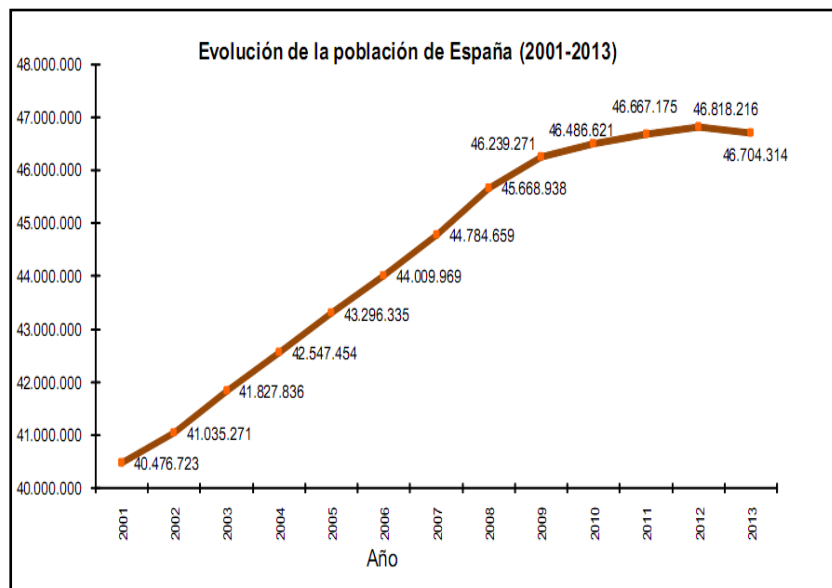


Figura 2. Evolución de la población en España: 2001-2013. INE

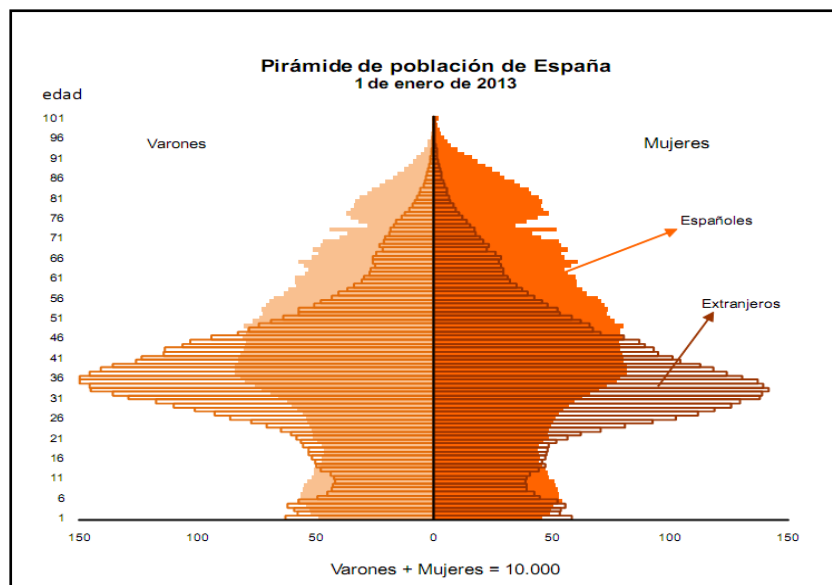


Figura 3. Pirámide de población España según origen y género. Enero de 2013. INE

A 1 de enero de 2013, la población residente en España registró un descenso, con un 0,19 % menos que a comienzos de 2012. Se trata del primer descenso de población en España desde que se dispone de datos anuales (1971). En los

últimos datos publicados hasta julio de 2014 (figura 4), la cifra de habitantes en nuestro país se situaba en 46.464.053, un 0,28 % menos que el año anterior. La población extranjera se sitúa en algo más de 4,5 millones, fenómeno en descenso atribuido en parte a la emigración extranjera y en parte a la adquisición de nacionalidad española, con incremento en el aflujo de población italiana y francesa y un destacado descenso en colombianos, bolivianos y peruanos.

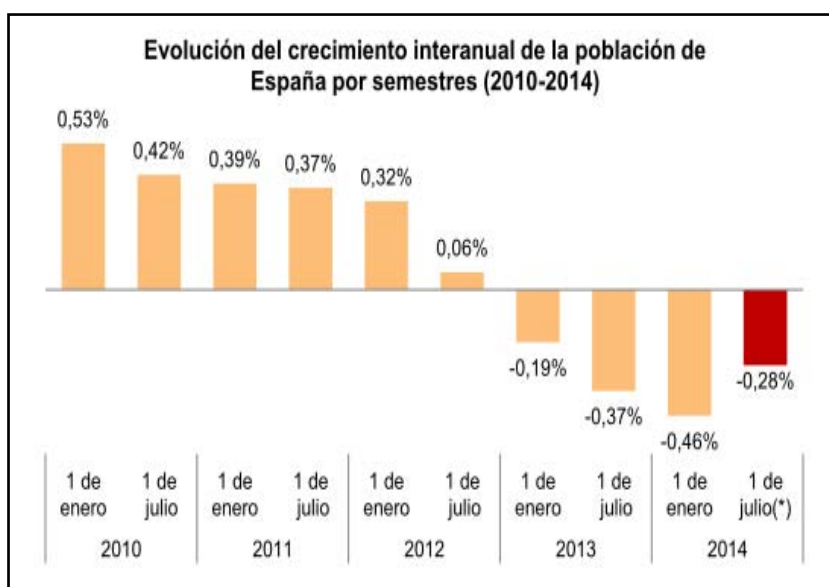


Figura 4. Evolución de crecimiento interanual de la población de España por semestres: 2010-2014. INE.

Los últimos datos publicados sobre cifras poblacionales registradas a principios de 2015 reflejan que durante los últimos 5 años (2010-2015) se ha producido un descenso de población extranjera en nuestro país que se aproxima al millón de personas.

1.1.1.2 SITUACIÓN EN CATALUÑA

Cataluña ha vivido en los primeros años del siglo XXI un cambio demográfico sin precedentes debido a la continua llegada de inmigrantes extranjeros y a un repunte de la natalidad. Hasta el año 1986, en Cataluña, según las cifras proporcionadas por el Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT)⁽¹⁰⁾ y a

partir de la explotación estadística de los padrones municipales, el número de inmigrantes registrados en toda la comunidad catalana era de 108.663 habitantes (un 1,81% de la población registrada en el padrón); en el año 1992, hubo un descenso de la población inmigrante representando un 1,08%, y de nuevo en el año 2000 se registró un aumento progresivo de la misma alcanzando un 2,9% , que se acentuó en 2007 con un 13,5 % de representación inmigrante dentro de la población. Las cifras provisionales que datan de los años 2009-2011 alcanzaron su máxima representación con un 16%, aproximadamente 1.185.000 habitantes extranjeros, en su mayor parte procedentes de América del Sur (Ecuador, Colombia, Perú y Bolivia) , África (con claro predominio de Marruecos y Senegal) y países de la Unión Europea (Rumanía, Italia y Francia), seguidos de otras minorías como algunos países asiáticos (con predominio de pakistaníes y chinos), concentrados mayoritariamente en las áreas metropolitana y comarcas gerundenses, con alguna dispersión de grupos aislada en otras áreas.

1.1.1.3 TERRASSA EN CIFRAS

Particularmente en Terrassa (figuras 5 y 6), área de atención de nuestro estudio, la evolución de la población extranjera se refleja paralela a las cifras del padrón declarado por Comunidad Autónoma. Según los datos registrados por el Ayuntamiento de Terrassa ⁽¹¹⁾, aproximadamente en el año 1998 la cifra de población inmigrante representaba un 1,6% de la población empadronada (2.594 personas de un total de 165.187 habitantes). A 1 de enero de 2011, las cifras registraban un 14,67% (31.369 de 213.897 habitantes).

Any	Estrangers	Espanyols	Total	% Estrangers
01/01/1998	2.594	165.187	167.781	1,55
01/01/1999	3.050	166.937	169.987	1,79
01/01/2000	3.884	168.923	172.807	2,25
01/01/2001	5.549	170.100	175.649	3,16
01/01/2002	8.740	171.227	179.967	4,86
01/01/2003	12.652	172.984	185.636	6,82
01/01/2004	16.362	174.466	190.828	8,57
01/01/2005	19.797	176.256	196.053	10,10
01/01/2006	23.492	177.950	201.442	11,66
01/01/2007	25.500	178.352	203.852	12,51
01/01/2008	28.873	178.790	207.663	13,90
01/01/2009	31.700	180.093	211.793	14,97
01/01/2010	31.955	181.174	213.129	14,99
01/01/2011	31.369	182.528	213.897	14,67

Font: Ajuntament de Terrassa. Serveis de Tecnologia, Logística i Qualitat

Figura 5. Evolución de la población extranjera. Cifras: 1998-2011. Terrassa. Ajuntament de Terrassa. Serveis de Tecnologia, Logística i Qualitat.

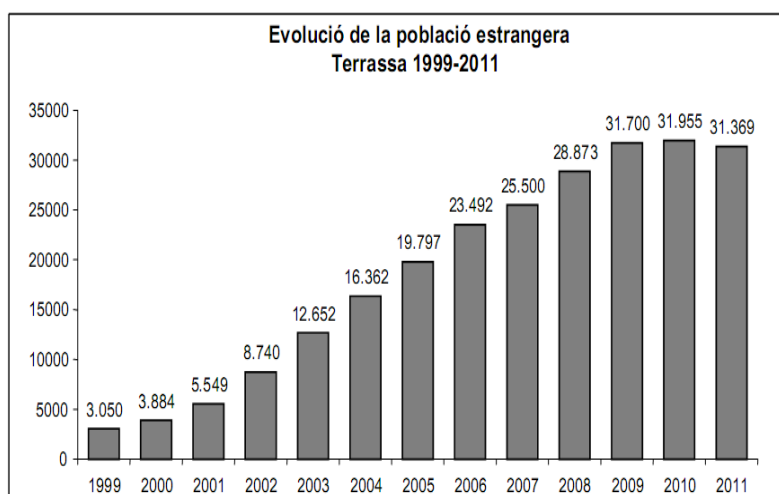


Figura 6. Evolución gráfica de la población extranjera en Terrassa: 1999-2011. Ajuntament de Terrassa. Serveis de Tecnologia, Logística i Qualitat.

El municipio de Terrassa está dividido en 6 distritos (figura 7), lo cual será posteriormente de interés para la correcta explicación de la metodología de estudio. La evolución de la progresión de la población inmigrada en todos ellos

y su representación gráfica durante los años 2010-2011 en concreto, queda como sigue:

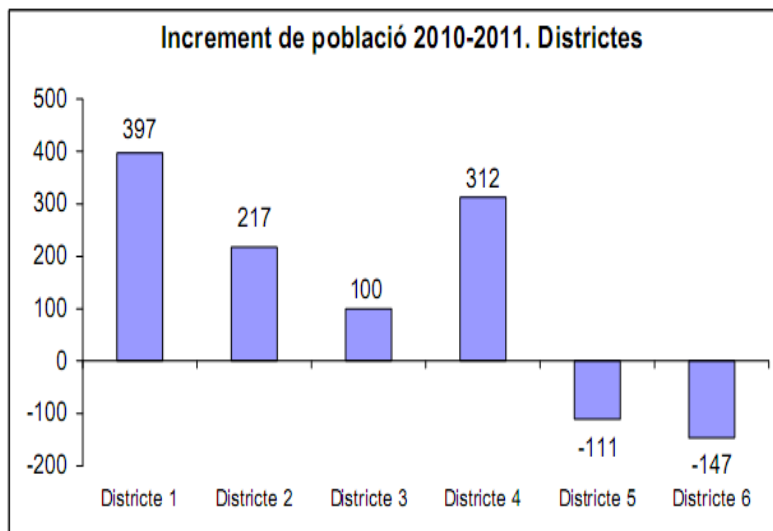


Figura 7. Representación del incremento de población en Terrassa por distritos, durante los años 2010-2011. Ajuntament de Terrassa. Serveis de Tecnologia, Logística i Qualitat.

1.1.2 ESTUDIOS RELEVANTES SOBRE INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

Existe un gran número de trabajos que han intentado abordar el estudio de la inmigración desde perspectivas clínicas y/o antropológicas hasta sociales o económicas. Algunos de ellos hacen referencia a la evaluación de las cifras de inmigrantes extranjeros ^(12,13), las características de algunos grupos de inmigrantes ⁽¹⁴⁾, el impacto laboral de la migración extranjera ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ y su relación con los problemas laborales de los países de origen ⁽¹⁸⁾, incluso destacando que la inmigración se ve activada por la globalización y las transferencias de personal en las empresas multinacionales ⁽¹⁹⁾. Desde un punto de vista sociológico, cabe destacar que un punto débil del estudio de este colectivo se plantea con las fuentes, la información de los censos así como la actualización de los padrones, como recogen informes de Jiménez ⁽²⁰⁾ y Pascual y Cardelús ⁽²¹⁾.

Otros grupos de investigación se han decantado por abordar aspectos centrados en las consecuencias de la inmigración y eventualmente de la

emigración en diversas regiones españolas. En Cataluña, la inmigración extranjera tiene una importante presencia derivada de la gran oferta de trabajo, prestando especial atención en este aspecto a la población magrebí y sudamericana ⁽²²⁾. Asimismo, ha ejercido un impacto positivo en las tasas de fertilidad de la población catalana con consecuencias favorables también en una población crecientemente envejecida ^(23,24). Aspectos algo menos reconfortantes pero nada despreciables son los derivados de la principal afluencia y asentamiento en grandes ciudades, donde se plantean conflictos generados por estos grupos, llegando incluso a crear los llamados *Observatorios permanentes de la Inmigración* en ciudades como Barcelona, órgano colegiado que tiene atribuidas, entre otras, las funciones de recogida de datos, análisis, estudio y difusión de la información relacionada con los movimientos migratorios en España y que está adscrito al Ministerio de Trabajo e Inmigración ^(25,26).

Los problemas suscitados por la llegada a las ciudades españolas de inmigrantes de diversos orígenes culturales está siendo objeto de examen con aproximaciones multidisciplinarias, así como las actitudes y prejuicio de los españoles hacia ellos ^(27,28).

1.1.2.1 ESTUDIOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRADA

La población inmigrante se caracteriza ⁽²⁹⁻³³⁾ mayoritariamente por ser un colectivo que habitualmente procede de países de baja renta por lo que abandonan sus países empujados por la pobreza; a menudo vienen huyendo de conflictos sociales, políticos, étnicos, religiosos; con frecuencia el color de la piel es diferente del mayoritario en la población receptora; aquellos que proceden de países en desarrollo destacan en muchos casos por ser trabajadores jóvenes con formación profesional centrada en habilidades manuales.

Centrándonos ahora en el ámbito sanitario cabe destacar varios aspectos que van a influir de forma determinante:

- Suelen llegar con un nivel de salud de partida bueno, con frecuencia superior al habitual en su medio de origen (excepto cuando provienen de zonas con enfermedades infecciosas prevalentes).
- La salud no será una de sus prioridades, excepto cuando les impida trabajar.
- Dado que su nivel socioeconómico es peor, viven en peores condiciones que la población autóctona (ingresos inferiores, más paro, discriminación racial y social, peores condiciones de la vivienda, precariedad laboral, etc.), todo lo cual deteriora notablemente su estado de salud en relación con el resto de la población.
- Presentan dificultades de acceso al sistema sanitario por: su desconocimiento, problemas lingüísticos, culturales, situación irregular de residencia, restricciones administrativas o inadecuación del sistema a sus condicionantes sociales (horarios laborales y ausencia de redes de apoyo).
- Presentan problemas lingüísticos con lagunas comunicativas por desconocimiento del idioma o por analfabetismo.
- Existen diferencias culturales con diferente concepto de salud y enfermedad (existiendo el peligro de banalizar las quejas psíquicas), así como la temporalidad en el domicilio (falta de continuidad en atención y prevención).
- Existen dos grupos especialmente vulnerables: la mujer , que presenta una situación de desigualdad añadida al sexo que les produce más problemas de salud mental y limita su integración en nuestra sociedad, y los mal llamados inmigrantes «de segunda generación» o jóvenes nacidos en nuestro país de padres inmigrantes⁽³⁴⁾.

En suma, los principales factores que determinan la salud de la población inmigrada, cualquiera que sea su procedencia, son: la situación jurídico-administrativa, la situación económico-laboral, el entorno familiar, la soledad,

las dificultades idiomáticas, la distancia cultural ligada a sus propios conceptos de enfermedad, las dificultades para acceder y adaptarse al funcionamiento del sistema sanitario y la influencia que la capacidad del personal sanitario pueda tener para trabajar con este colectivo. Por tanto, además de estas condiciones de vida hay que añadir que la migración en si misma puede suponer un conflicto psicosocial que repercute en los que emigran y en las sociedades de partida y receptoras, de formas diversas: psicológica y psiquiátrica, social y cultural, biológica,... por lo que pueden considerarse desde el punto de vista sanitario como un posible factor de riesgo ⁽³⁵⁾.

De manera general, la revisión de la mayoría de estudios clínicos publicados en España sobre el estado de salud de la población extranjera, rompen con el tópico de que esta población “*trae enfermedades*”, confirmándose que se trata de poblaciones jóvenes e inicialmente con un buen estado de salud, incluso normalmente superior al existente en su medio de origen. De ahí que los principales problemas socio-sanitarios están estrechamente relacionados con las condiciones de vida del país de acogida y no con la importación de enfermedades poco habituales o exóticas ⁽³⁶⁾.

Según sostienen Fuertes y Martín Laso ⁽³⁰⁾ los centros de salud y los servicios de urgencias son los primeros puntos de acceso al sistema sanitario y el inmigrante suele acudir a la consulta con menos frecuencia ⁽²⁹⁾ que la población española en similares circunstancias y cuando los procesos se encuentran más avanzados. Esta circunstancia sin duda muy determinada por diferencias culturales en el desarrollo de los procesos de búsqueda de atención y/o por dificultades diferenciales en la accesibilidad a los servicios sanitarios públicos, nos puede llevar, como así sucede, a concluir quizás equivocadamente, que los inmigrantes padecen problemas más severos que la población española.

Los motivos de consulta y hospitalización se relacionan con el uso propio de una población joven (atención gineco-obstétrica de las mujeres y problemas agudos en su mayoría abordables desde atención primaria) ⁽³⁰⁾. A nivel de patología, la población inmigrante suele ser inicialmente sana y joven. Pero con el paso de tiempo, es cada vez más frecuente la inclusión de pacientes

inmigrantes en programas de dolencias crónicas (hipertensión arterial y diabetes mellitus, entre otras).

Un estudio realizado por Vázquez-Villegas et al, concluía que los problemas por los que consulta el paciente inmigrante en Centros de Atención Primaria parecen ser los mismos que la población nativa ⁽³⁷⁾, destacando como motivos de consulta más frecuentes las enfermedades adquiridas, predominando las infecciones respiratorias agudas, dolencias osteomusculares, cefaleas, patología digestivas, accidentes y consultas relacionadas con temas de salud sexual y reproductiva.

Jansá y García de Olalla⁽⁴⁾ elaboraron un análisis de los servicios de salud vinculado a la incorporación de poblaciones inmigrantes en el Estado Español, destacando la elevada frecuentación de los servicios de ginecología-obstetricia y pediatría, deficiente higiene dental vinculado a veces a ciertas costumbres (como chupar caramelos para tranquilizar a los niños) así como señalando la importancia de prestar especial atención a patologías como la tuberculosis con una elevada incidencia de primo-infección tuberculosa en grupos como el colectivo magrebí respecto al resto de la ciudad (14,3% frente a 3,03% respectivamente)⁽³⁸⁾, la salud materno-infantil y la prevención y promoción de la salud. A este respecto, Jansá hace hincapié ⁽³⁹⁾ en que el proceso migratorio es por sí mismo un factor estresante, y debe ser considerado un factor de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos y sociales, aunque no siempre se generan como se creía antiguamente, pues a este respecto puede existir una adaptación positiva al proceso.

El Hospital Clínico de Barcelona realizó otro estudio⁽⁴⁰⁾ comparando la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona, tomando como referencia diferentes variables socio-demográficas (edad, sexo, motivo de migración, nacionalidad, estancia media en nuestro país, motivo de migración, procedencia, religión, nivel de estudios, situación administrativa, trabajo actual, fuente de información del sistema sanitario y presencia de barrera idiomática). Destacó la edad joven de la población inmigrante y procedencia de países iberoamericanos en más de

la mitad de los casos. Existía barrera idiomática en un 11% y no se encontraron diferencias en los motivos de consulta, ni en características clínicas ni destino final. La satisfacción de la atención sanitaria recibida, resultó ser mayor en el colectivo inmigrante.

1.1.2.2. IMPACTO ECONÓMICO DEL ESTADO DE SALUD

Si nos centramos en la utilización de recursos a nivel de Centros de Atención Primaria, Muñoz et al ⁽⁴¹⁾ describen una mayor frecuentación de pacientes inmigrantes respecto a nativos y con una baja prevalencia de citas con servicios de enfermería. Asimismo, describen cómo los pacientes extranjeros son atendidos con mayor frecuencia en centros de atención especializada, sobre todo magrebíes y latinoamericanos, pero no hacen referencia a las posibles causas que originan estas diferencias entre grupos.

Por todas las limitaciones y motivos descritos previamente en el apartado dedicado a los estudios que evalúan el estado de salud de la población inmigrada (1.1.2.1), aquellos que influyen y dificultan una correcta atención sanitaria al paciente inmigrante, y por ser el ámbito de la Atención Primaria el primer contacto en la mayoría de los casos de estos pacientes con nuestro sistema, se propone desde el grupo de trabajo de atención al Inmigrante de la SEMFYC (Sociedad Española de medicina Familiar y Comunitaria) como una solución juiciosa y rentable destinar más recursos a la Atención Primaria especialmente en las zonas geográficas con alta densidad de inmigrantes^(42,43). Todo ello, consideran, contribuiría a disminuir el uso de los servicios de urgencias ambulatorios, hospitalarios habitualmente ya saturados, racionalizaría los costes y favorecería la integración de los inmigrantes en la estructura sanitaria del país.

Como describe Carlos B. Rodríguez ⁽⁴⁴⁾ en un artículo de revisión sobre mitos y realidades en la atención a la población inmigrante, desde siempre se ha considerado que éstos generan mayor gasto económico para las arcas españolas. Un estudio realizado por la Universidad Pontificia de Comillas en el

año 1998⁽⁴⁵⁾ revelaba que los inmigrantes habían aportado durante el periodo de estudio algo más de 335 mil millones de euros a la seguridad social, de lo que se deducía que su aportación superaba en 187 mil millones de euros a lo que se invirtió en ellos. Otra teoría fuertemente arraigada es la de que importan nuevas enfermedades a nuestro país, lo cual debe ser reconsiderado desde la perspectiva, según epidemiólogos expertos, de que ese incremento se debe a una mayor tendencia de la población española a viajes turísticos a otros países y no de la entrada de nuevas patologías a través de recién llegados a nuestro país ⁽⁴⁶⁾.

El Instituto de Estudios Fiscales publicaba en 2010 ⁽⁴⁷⁾ una evaluación sobre los costes atribuidos a la población inmigrante sobre los gastos de nuestro país, enfatizando que no se dispone de la suficiente información exacta sobre gastos por edad y género ajustados a su morbi-mortalidad y pautas de utilización de servicios y recursos sanitarios públicos para efectuar ese cálculo, por lo que se considera significativo el cálculo de costes según volumen poblacional, edad y género y su gasto medio ajustado a estas variables. De estos resultados, se deduce que según cifras del año 2007 “los inmigrantes gastarían por persona entre un 69% y un 77% del gasto medio del conjunto de la población y el gasto sanitario público que se les atribuye supondría un 6,7% del total”.

Añadir, que desde el año 2012, hay que recordar la entrada en vigor de la nueva ley sobre atención sanitaria a inmigrantes. La ley General de Sanidad de 1986 acorde a lo dispuesto en la Constitución de 1978 declaraba la universalidad de asistencia sanitaria a todos los españoles y los extranjeros residentes o no en España por igual. A partir del año 2003, con la modificación de la ley se facilitaba el acceso al sistema sanitario a través de la tarjeta sanitaria individual, permaneciendo la consideración de que “los inmigrantes que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.” Es a partir de septiembre del año 2012, cuando se aprueba la modificación de Ley que permite solo el acceso sanitario con tarjeta individual a aquellos inmigrantes que reúnan ciertas condiciones, con lo que aparta del acceso de salud universal a miles de ciudadanos

extranjeros “sin papeles”⁽⁴⁸⁾ lo que podría traducir posteriormente un incremento en el gasto sanitario dado el escaso control y prevención de determinadas enfermedades como el Virus de Inmunodeficiencia Humana o la tuberculosis.

Desde el inicio de la crisis económica mundial que nos afecta desde el año 2008, se han producido cambios importantes en la población inmigrada en nuestro país; tales efectos han ido acumulándose hasta resultar significativos en los dos últimos años probablemente asociados a las modificaciones en tema de asistencia sanitaria descritos previamente con la nueva ley. A pesar de que el presente estudio recoge datos sobre pacientes entre los años 2010-2012, lo que en él se evalúa podría deducirse que no se vería afectado por los cambios económicos y socio-demográficos que se han ido revelando en estos tres últimos años.

Estudios que evalúen el efecto de la crisis económica sobre la salud de la población en general son escasos, y sobre la población inmigrante casi inexistente. Tal y como se refleja en el INFORME SESPAS 2014⁽⁴⁹⁾ publicado por el Grupo de Investigación en Políticas de Salud y Servicios Sanitarios de Barcelona, los efectos de la crisis económica y la implantación de la nueva ley del 2012 sobre una población vulnerable como la inmigrada deberían ser evaluados para poder elaborar medidas destinadas a la protección y cuidado de este grupo social.

1.1.3 RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE INMIGRANTE

Dentro del marco de la inmigración y de la atención sanitaria, merece especial atención la dinámica de interacción entre el paciente y el profesional sanitario que le atiende. La relación profesional médico-paciente inmigrante, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria, debe, en muchos casos, focalizarse más en el paciente que en su enfermedad. Algunos de los factores que dificultan y/o limitan esta relación son dependientes de los inmigrantes como el idioma, la manera de expresarse (lenguaje no verbal), el concepto de enfermedad y

salud, la religión, las diferentes expectativas ante una consulta médica, y el elevado número de consultas por somatizaciones y signos o síntomas mal definidos como resultado de trastornos adaptativos debidos al fenómeno migratorio ⁽³⁰⁾.

Otros son factores que influyen en la relación médico paciente por ambas partes. En este punto son determinantes las diferencias culturales y religiosas, ya que el concepto salud y enfermedad es diferente en las distintas culturas. Un ejemplo es que pueden presentar enfermedades similares a la población autóctona pero tener para ellos diferente significado, así la infertilidad en la mujer africana es un drama para ella más importante que para una mujer española el padecer cualquier enfermedad incurable. También hay que tener en cuenta síntomas que son reflejo de enfermedades importantes pero que el inmigrante no va a consultar por ellos por no darles importancia ya que son habituales en su medio, por ejemplo la fiebre que periódicamente tienen al padecer un paludismo crónico.

También existe el peligro de que el médico de familia banalice las quejas psíquicas y “achcarlo” todo al desarraigo. Es importante que el profesional sanitario aborde la idea que tiene el paciente sobre la naturaleza de la enfermedad, los sentimientos y miedos que le produce, el impacto en su vida diaria, las expectativas que tiene con respecto al profesional. Tener en cuenta a la hora de prescribir una dieta o algunos fármacos, el tipo de alimentación de su país y las creencias religiosas (por ejemplo es importante en los musulmanes saber si están en el período del ramadán e intentar dar medicaciones de dosificación única que puedan tomar por la noche) ⁽³⁷⁾.

Por otro lado en esta relación también influyen los factores dependientes exclusivamente de los profesionales sanitarios como la presencia de estereotipos o incluso situaciones de xenofobia, la escasa formación en medicina transcultural (definida por Purnell como el proceso en el que el profesional de la salud se esfuerza por lograr la habilidad de trabajar en el contexto cultural de un individuo, familia o comunidad) o la sospecha de enfermedades no comunes en nuestro medio (tropicales o importadas). Con

respecto a la comunicación médico-paciente, el profesional sanitario vive con cierto estrés y ansiedad la atención al inmigrante (falta de tiempo, exceso de demanda, desequilibrio en número de tarjetas sanitarias adscritas a cada profesional... Todos estos aspectos hacen que las consultas requieran más tiempo y que todas las actuaciones (diagnóstico, tratamiento, seguimiento o cumplimiento terapéuticos) generen más incertidumbre entre los profesionales⁽³⁰⁾.

Varias son las publicaciones^(30,34,51) que han tratado de estudiar y revisar la literatura para encontrar posibles diferencias culturales en la comunicación médico-paciente. En sus conclusiones señalan, como puntos a destacar en esta relación los modelos de salud y enfermedad, las diferencias en los valores propios de cada cultura, la relativa importancia del concepto de salud para algunos pacientes inmigrantes en ocasiones condicionada por la implicación en su situación laboral, la ausencia en el concepto de prevención y promoción de la salud, las preferencias de los pacientes en relación a su médico, la percepción racista de la relación misma y la dificultad idiomática, considerados puntos a reforzar para poder alcanzar un óptimo y aceptable grado de comunicación.

Varios estudios, mayoritariamente realizados en población del norte de Europa, han abordado la relación médico-paciente haciendo referencia a las diferencias socioculturales entre grupos de pacientes inmigrantes y autóctonos, siendo la mayoría de ellos realizados a través de encuestas de satisfacción y opinión tanto a facultativos como a usuarios, lo cual puede representar una limitación a la hora de interpretar resultados^(52,53). Por un lado, los médicos asienten sobre los problemas que plantean las visitas a ciertos grupos de pacientes, insistiendo en la principal barrera que repercute en todo el proceso como es la dificultad en la comunicación y conocimiento del idioma, la escasa participación en el proceso de salud o enfermedad de los propios pacientes y la diversidad de actitud de adaptación al nuevo medio, insistiendo en que la mayor parte del problema radica en la actitud de los mismos así como la falta de recursos suministrados por las instituciones para una correcta asistencia⁽⁵¹⁾.

En un estudio publicado en 2010 por Fuertes et al ⁽⁵⁴⁾, se describía la utilización de servicios sanitarios y los motivos de consulta más frecuentes de pacientes inmigrantes destacando la menor frecuentación y derivación a otros niveles de atención especializada, sin encontrar variaciones con los resultados de otros estudios publicados, en contraste con la percepción de los profesionales sanitarios. Cabe destacar por tanto la opinión de los facultativos, enfermeros y gerentes de salud sobre este tema, pues consideran que las principales dificultades radican en el desconocimiento de los antecedentes de los pacientes atendidos, la movilidad residencial y falta de seguimiento, la multiculturalidad y la variabilidad en hábitos y costumbres. En la mayoría de los casos, la atención a estos pacientes supone un problema añadido ⁽⁵⁵⁾. Algunos trabajos incluso describen la percepción de los propios pacientes en esta relación y lo que ellos esperan del médico ⁽⁵⁶⁾.

A este respecto, se plantean varias propuestas ⁽³⁰⁾ de mejora tanto a nivel de programas específicos de salud (que incluyan vacunación, educación para la salud, despistaje de enfermedades importadas, abordaje de salud mental...) como propuestas que involucran directamente al profesional y las instituciones, tales como la formación profesional, la creación de asociaciones de inmigrantes, potenciando la figura de los mediadores culturales, elaborando guías de atención al paciente inmigrante o reorganizando internamente los equipos de atención sanitaria.

1.1.4 ESTUDIOS SOBRE CALIDAD ASISTENCIAL

Si profundizamos un poco más en aspectos más incisos de la relación médico-paciente, nos surge un concepto a veces olvidado que es el de la “calidad asistencial”. Según el profesor Avedis Donavedian, padre de la investigación y promoción de la calidad en la asistencia, los principales elementos de actuación se basan en el propio técnico, sus conocimientos y la relación interpersonal ⁽⁵⁷⁾.

En España, la valoración de la calidad asistencial que promueven los profesionales sanitarios (médicos) hacia estos pacientes es prácticamente escasa y se ha centrado particularmente en la atención de los profesionales en el ámbito mental; se expone aquí un estudio publicado por García Campayo et al⁽⁵⁸⁾, desarrollado en el ámbito de la Atención Primaria en el que se evaluaba directamente y a través de un cuestionario al propio asistente, sus conocimientos sobre la posible discriminación o diferencia selectiva a la hora de atender pacientes procedentes de otros países. El resultado fue el esperado para el tipo de estudio: no existían diferencias en el trato a este tipo de usuarios. Otros estudios realizados en el mismo ámbito muestran algunas diferencias con respecto a la población general, que se explican por un lado por las dificultades en el acceso a la asistencia misma y por otro se atribuyen a las dificultades en la organización, disposición y comportamiento del propio sistema de salud y/o del paciente añadiendo la incertidumbre y los prejuicios de los propios profesionales ⁽⁵⁹⁾.

1.1.5 ESTILOS DE CONDUCTA ASISTENCIAL

Como indica Alberto Lifshitz⁽⁶⁰⁾, durante muchos años la relación médico-paciente venía enmarcada dentro del modelo hipocrático, en el que existía claramente una asimetría en la participación de la misma, con marcada dominancia del médico sobre el paciente, ejerciendo figuras de benevolencia, paternalismo o autoritarismo según la ocasión, reservando un papel de sumisión y obediencia para el segundo. Desde hace varias décadas, el cambio social ha generado variaciones en este sentido, apareciendo distintos estilos en cada una de las categorías. Los médicos han pasado a convertirse en “funcionarios, prestadores de servicios” y los pacientes son considerados “usuarios”, lo que traduce diversidad de posturas y actitudes que repercuten en su dinámica de interacción profesional y personal. A este supuesto, el paciente o “usuario” busca ayuda de un profesional pero cuestiona cada paso que da, solicitando información sobre el proceso y cuestionando en ocasiones cada decisión tomada por el profesional. Si a esto le sumamos las posibles

limitaciones ya sean físicas (sordera, demencia...) o dificultades idiomáticas y/o culturales, el producto puede requerir mayores habilidades profesionales para conseguir una eficiencia y una buena calidad asistencial.

La evidencia científica (aunque el empleo de este término según algunos autores es erróneo pues lo científico nunca podría considerarse evidente) demuestra ⁽⁶¹⁾ que determinados estilos de relación entre médicos y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento terapéutico, la satisfacción y la propia evolución de los procesos de salud. De esta manera existen varias clasificaciones sobre los estilos de conducta y actitud que pueden adoptar los médicos para con sus pacientes; particularmente y de interés es el modelo propuesto por Robert Veatch, en 1972⁽⁶²⁾, que describe modelos de relación médico-paciente tomando como parámetros de referencia las reglas y principios que propone la Bioética. Por supuesto, cada estilo o modelo puede variar en función de la situación médica, clínica o emocional tanto del paciente como del médico, dada la situación individual de cada caso.

Dentro del análisis de estas variaciones de actitud y conducta, hay trabajos que recogen la importancia simbólica de la interrupción durante el diálogo que discurre entre médico y paciente: tal y como recoge un estudio que evaluaba estos aspectos, se constató que existía una duración de 18 segundos como tiempo medio que tardaba el médico en interrumpir a su paciente; asimismo, algo más de 2/3 de las visitas fueron interrumpidas, siguiendo un patrón de entrevista dirigida a lo que los médicos consideraban relevante; de todas ellas, sólo un paciente pudo completar lo que quería realmente expresar (2%)⁽⁶³⁾. Resaltaban además los autores la formulación de preguntas abiertas pues genera mayor calidez en la comunicación no pudiendo obtener datos suficientes en relación al tiempo preciso.

1.1.6 LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Dentro de la dinámica de interacción que se crea entre médico y paciente, existen por un lado aspectos fácilmente descifrables y objetivos y aquellos

otros que tomando como base nuestro subconsciente, participan de forma indirecta en el proceso de comunicación; éstos últimos describen lo que se define como “comunicación no verbal”.

Como definición, la comunicación no verbal se refiere a aquella forma de comunicarnos mediante la expresión o el lenguaje a través del cuerpo desprovisto de palabras. De forma más concreta, engloba al conjunto de signos de alto contenido que utilizamos voluntaria o involuntariamente en cualquier forma de comunicarnos de forma mucho más compleja para expresar que el propio lenguaje.

Desde tiempo atrás, allá por la década de 1850, Charles Darwin ya publicó textos en los que hacía referencia a las expresiones de las emociones en hombres y animales, y que años después influirían en el estudio de las expresiones faciales. En 1941, David Efron publicó un libro en el que se establecía el importante papel de la cultura en la formación de los gestos y casi una década más tarde, Bridwhistell y Edward T. comenzaron a investigar sobre cinésica y proxémica. No es hasta 1956 que aparece el concepto de “comunicación no verbal”; desde entonces y hasta nuestros días, ha sido fruto de innumerables investigaciones por diversas disciplinas. Hoy en día, se encargan de su estudio la sociología, psiquiatría, psicología, etología, antropología y la comunicación, cada uno con enfoques diversos en su estudio, pero con la puesta en común de la importancia que se le debe dar a la misma en cualquier forma de comunicación ^(64,65).

Globalmente, la comunicación no verbal se compone en cualquier disciplina del estudio de la **kinesia (cinesia)** que engloba la postura corporal (incluye posición, orientación y movimiento), los gestos (ilustrativos, moduladores, reguladores, adaptadores del lenguaje, la expresión facial, la mirada, la sonrisa), **la proxémica** (entorno, la orientación, el espacio personal) y la **expresión paralingüística**⁽⁶⁶⁾, aquellas señales de carácter lingüístico que transmiten información adicional, matizando, reafirmando o incluso contradiciendo el sentido de lo que emitimos verbalmente, y por tanto se refieren a las modificaciones de tono de voz, silencios con las que adornamos

al lenguaje propiamente dicho. Se incluyen además aspectos paralelos como el contacto que se establece en dicha comunicación así como el entorno y su significado.

Algunos estudios se centran en este análisis en el ámbito sanitario. Uno de ellos de gran relevancia es el publicado por Reinoso Hermida et al en 2008⁽⁶⁷⁾, pues hace referencia a la importancia de esta comunicación en nuestro trato diario con los pacientes, que incluso puede llegar a representar entre el 50 - 70% de lo que realmente decimos al comunicarnos. En la revisión que plantea, destacamos un estudio realizado por Mehrabian⁽⁶⁸⁾ en el que se determinaba la contribución de gestos, tono de voz y palabras en la comunicación de actitudes durante una entrevista médico-paciente. El resultado no nos deja indiferentes: gestos 55%, tono de voz 38% y palabras sólo un 7%.

Otros estudios publicados han tomado como referencia estos aspectos para intentar analizar detalles que resultan menos evidentes pero claramente influyentes en la relación médico-paciente. Algunos hacen referencia al uso de ordenadores en la consulta médica⁽⁶⁹⁾, la importancia de la mirada durante la entrevista⁽⁷⁰⁾, el contacto al estrechar la mano, llamarles por su nombre o presentarse el médico antes de la visita⁽⁷¹⁾.

Si realizáramos la experimentación de evaluar desde el punto de vista de la comunicación no verbal lo que ocurre en una consulta entre facultativo y paciente y registráramos en vídeo estas experiencias para posteriormente ser descritas desde tres puntos de vista distintos, nos encontraríamos con la reproducción de un estudio experimental realizado por Bensing en el año 1991⁽⁷²⁾, donde tras evaluar 103 grabaciones realizadas por 12 médicos distintos a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, se realizó posteriormente una evaluación por parte de los propios médicos, un conjunto de psicólogos externos y para finalizar una encuesta de satisfacción del paciente atendido. Se evaluaron aspectos de sensibilidad verbal, no verbal, explicación activa, información, consejo, empatía y miradas, entre otros. Existía una alta correlación (95%) en las respuestas de los médicos asistentes

y también entre psicólogos, pero solo un 75% de los pacientes consideró satisfactoria su atención.

De esta forma la interpretación de los movimientos no verbales se hace en cuanto a su congruencia con lo que se comunica verbalmente ⁽⁷³⁾. Como reflejan Amador et al, al establecer una relación entre dos, partimos de lo más básico y es que “es imposible no comunicar” ⁽⁷⁴⁾.

Muchos estudios corroboran la importancia de gestos, expresiones faciales, contacto y empatía como elementos positivos en la relación entre médico y paciente, aunque todos ellos de forma generalizada ⁽⁷⁵⁾ y ninguno evaluando posibles diferencias entre grupos étnicos.

Dentro del estudio del paralenguaje, se han redactado artículos que explican la importancia del lenguaje utilizado por médicos durante la relación con sus pacientes, es decir, el uso de gramática ⁽⁷⁴⁾, el estilo, el empleo de barbarismos, abuso de gerundios, el uso de solecismos (vicio de construir frases con sintaxis incorrecta, como “el uso de la historia clínica está dirigida”) y pleonasmos (redundancia de palabras, como causa etiológica, caries dental...)⁽⁷⁵⁾, así como el abuso de extranjerismos y “falsos amigos”, que claramente influyen en la comunicación entre médico y paciente y por ende en las consecuencias y efectos de la misma sobre el diagnóstico, cumplimiento terapéutico y o seguimiento del proceso⁽⁷⁶⁾.

1.1.7 LA TÉCNICA DE GRUPOS FOCALES

La técnica de utilización de los grupos focales se basa en la interacción grupal de un grupo de sujetos cuya finalidad es la de recoger datos que de otra forma serían menos abordables. Es por tanto una técnica de recogida de información, cualitativa, en la que de forma dirigida y cuidadosamente ordenada por unos investigadores, se expone un tema a abordar y analizar, de modo que del propio diálogo/debate/discusión de los sujetos que participan, pueda recogerse información imprescindible de cada uno de ellos de forma individual. Se

diferencia así de otras técnicas grupales como la técnica Delphi, que busca básicamente el acuerdo entre participantes.

Las características fundamentales en la elaboración de un grupo focal son las siguientes ^(77,78).

a) Definición del objetivo de estudio

Establecer el objetivo y las preguntas que se quieren responder con esta técnica.

b) Definir los participantes del grupo

Habitualmente son grupos de entre 15 y 20 personas, que por sus características personales, formativas o profesionales se presentan como ideales para aportar información concreta sobre el objetivo de estudio.

c) Preparación de preguntas estímulo

Las preguntas deben ser elaboradas para desde una visión general ir profundizando con detalle en el tema y objetivo a tratar. Éstas deben ser concretas y a la vez estimular al debate y el diálogo, amplias, abiertas, de una forma secuencial.

d) Selección del moderador del grupo

Recomendable es que sea una persona no directamente relacionada con el trabajo de estudio, pero sí formado en el tema. Debe participar y alentar al grupo, con habilidades comunicacionales. Se propone que sean dos, uno que modera y otro que hace trabajo de observación del comportamiento de los demás.

e) La reunión

Se recomienda un contexto neutral no asociado con el promotor ni con los sujetos de estudio: plantearlo como un taller. Definir los equipos más apropiados para facilitar la sesión de trabajo sin

perder detalle de lo que acontece y así poder revisar todo el material con posterioridad.

f) Interpretación de la información obtenida

Se aconseja el registro con grabaciones de vídeo y/o audio para recoger toda la información posible acontecida durante la sesión, así como notas o apuntes registrados por los colaboradores para ampliar y registrar el máximo de información posible. De ese modo, posteriormente se podrá elaborar un cuestionario que recoja todas las posibles respuestas. Posteriormente, será entregado a los participantes para poder realizar la encuesta dirigida a contestar un objetivo concreto.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación pretende formar parte de una línea de investigación que permita adquirir un mayor conocimiento sobre las características de nuestra población inmigrante y sus necesidades, analizando datos socio-demográficos, vivencias de salud y enfermedad, motivos de consulta, su visión del médico, analizar el acceso al sistema sanitario y la información sobre el mismo de la cual disponen. También se intenta estudiar el uso y la frecuentación de los servicios médicos y el grado de satisfacción percibida por la población inmigrante. Dentro de esta línea, con el presente estudio, también pretendemos describir a nuestros profesionales, los aspectos de comunicación en la relación médico-paciente y la visión y actuación del médico con respecto al paciente inmigrante para detectar posibles diferencias en la calidad de la actividad asistencial y plantearnos posteriormente estrategias de mejora y sensibilización. En la actualidad no existen estudios ambientados en Atención Primaria que abarquen este tema de forma global.

Solamente conociendo mejor las características de nuestra población inmigrante y de nuestros profesionales se pueden plantear estrategias de salud

y adaptar nuestros recursos sanitarios en Atención Primaria a una nueva y creciente demanda. Ello debe llevarnos a mejorar la calidad de nuestra asistencia y evitar situaciones que podrían desencadenar un mayor gasto sanitario para intentar solventar dificultades a base de solicitud de pruebas complementarias o derivaciones a otros niveles de asistencia sanitaria innecesarios. De esta manera, se podría ofrecer una asistencia sanitaria más eficaz y optimizar los recursos de que disponemos.

Se intenta además con ello abrir una nueva línea de investigación todavía inexistente en la mayoría de centros de Atención Primaria.

2. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS:

La población nativa y la inmigrada tienen características socio-demográficas diferentes y probablemente debido a ellos sus motivos para consultar a los servicios sanitarios son diversos. Estas discrepancias, añadidas a la barrera de comunicación que con frecuencia aporta la población inmigrante, pueden provocar distinciones en la asistencia sanitaria que ofrecen los facultativos médicos hacia los pacientes inmigrantes respecto a aquellos nativos, en detrimento del primer grupo. Todo ello podría reflejarse en aspectos de comunicación no verbal y estilos de conducta percibidos durante la consulta e influir en las decisiones adoptadas por los facultativos. En su conjunto, estas diferencias podrían tener repercusiones sobre la organización del sistema sanitario y la calidad asistencial así como consideraciones éticas de relevancia e impacto en el gasto sanitario.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

- ◆ Analizar si existen diferencias en la asistencia médica ofrecida a pacientes inmigrantes en comparación con aquellos nativos en detrimento del primer grupo, medidas a partir de aspectos de comunicación no verbal.

3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS DENTRO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

- ◆ Analizar diferencias entre población nativa e inmigrante en cuanto a:
 - Características demográficas y patología más frecuente.
 - Frecuentación al centro de atención primaria y sus causas.
 - Presencia e influencia de la barrera de comunicación.
 - Estilos de consulta utilizados por facultativos y pacientes.
- ◆ Analizar diferencias entre ambos grupos en la toma de decisiones médicas respecto al número de exploraciones complementarias, derivaciones solicitadas, prescripción terapéutica y tiempo de consulta.
- ◆ Contrastar los resultados de los objetivos previos con los datos recogidos durante la sesión de grupos focales realizada con los facultativos participantes.

4. METODOLOGÍA

4.1. CONTEXTO

El estudio se llevó a cabo en los consultorios médicos de un Centro de Atención Primaria situado en un área básica de salud de Terrassa, comarca del Vallés Occidental, provincia de Barcelona. Un miembro del equipo médico, principal investigador, asistía como observador a doble ciego; ni el facultativo titular ni el paciente eran conocedores del motivo real de la investigación. Al facultativo asistencial, se le informaba de la realización de un estudio observacional descriptivo sobre la población inmigrante y sus características demográficas y de actitud durante la consulta médica para definir un perfil; al propio paciente se le presentaba el observador como un miembro más del equipo, participante en un estudio de investigación.

4.2 MUESTRA

Estudio descriptivo unicéntrico, desarrollado en el Centre d'Atenció Primària Terrassa Sud, que pertenece al grupo Mútua de Terrassa, donde la población inmigrante estaba representada por un 15,9% de la población, a fecha de inicio del estudio, abarcando un periodo comprendido entre septiembre de 2010 y febrero de 2012. Estos datos se presuponían dada la limitación que existía al no estar correctamente inscritos y descritos como inmigrantes en la base de datos del Centro. Para considerar ajustadas las cifras reales de pacientes inmigrantes, se recogieron por ello datos del Censo de Población facilitados por el Ajuntament de Terrassa donde se consideraba que todos los inmigrantes censados en la zona 3 que atiende este centro de salud, acudían al mismo para ser atendidos en materia de salud, presuponiendo que no hacían habitualmente uso regular del cambio voluntario de médico ni de centro de asistencia. Partiendo de estos datos, y según las cifras proporcionadas al inicio del estudio, se concluyó que existía por tanto un 15,9 % de población inmigrada procedente de varios países, de los que se excluyeron aquellos que no estuvieran integrados bajo el concepto de "inmigrantes económicos", definiéndose como tal aquellos pacientes que habían migrado a nuestro país

procedentes de una zona subdesarrollada o en vías de desarrollo y con el motivo económico como principal causa de desplazamiento.

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para poder realizar una adecuada comparativa entre ambos grupos (inmigrantes y pacientes nativos) se evaluaban diariamente las listas de pacientes que iban a ser atendidos en el centro; dado que existía un registro deficiente o limitado en cuanto a su condición de inmigrante, se evaluaban datos registrados a nivel administrativo tales como el documento que se había utilizado para inscribirse en el CAP (Centro de Atención Primaria), ya fuera pasaporte, tarjeta de residencia, permiso de trabajo, etc. De este modo, tras una evaluación rigurosa de todas las consultas de atención médica de ese día, y una vez detectados uno a uno todos los pacientes que cumplían requisitos de inmigrantes económicos mayores de 18 años candidatos a participar en el estudio, el observador procedía a entrar previamente en la consulta médica donde cada paciente iba a ser atendido. El criterio de selección de los pacientes nativos era simplemente estar citado en la visita posterior al paciente inmigrante ya seleccionado previamente.

El punto de corte de edad se estableció en 18 años por cuestiones legales (excluir menores de edad) y para evitar incluir a aquellos pacientes considerados inmigrantes de segunda generación, es decir, aquellos hijos de inmigrantes económicos, que aún a pesar de haber nacido en nuestro país, podrían generar ambigüedad en cuanto a su clasificación en uno u otro grupo.

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron aquellos pacientes que podrían presentar problemas a la hora de ser catalogados en cualquiera de los dos grupos como por ejemplo aquellos pacientes nacidos en países en vías de desarrollo que se instalaron en nuestro país, con apenas unos años de vida, por lo podrían ser clasificados en un

grupo u otro según sus raíces o su país de acogida y desarrollo. No se recogieron datos de aquellos pacientes que se negaron verbalmente a participar en el estudio.

4.2.3 CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

4.2.3.1 ESTUDIO PILOTO

Dado que no existen estudios previos que evalúen con precisión los datos que aquí se recogen, se realizó inicialmente una prueba de entrenamiento y viabilidad del diseño del estudio con diez pacientes por grupo; posteriormente para calcular el tamaño muestral para llevar a cabo nuestra investigación se efectuó una prueba piloto con 60 pacientes, 30 nativos y 30 inmigrantes, en los que se analizó la comunicación no verbal recogiendo las variables que se describen en el apartado 4.4.4 mediante un único observador previamente entrenado a tal efecto. Al evaluar lo que ocurría sólo en la población nativa, se evidenció que en un 4,6% se producían 5 o más fallos en la comunicación no verbal.

4.2.3.2 TAMAÑO MUESTRAL

Se utilizó este dato para calcular el tamaño muestral: estudiamos el número de casos (inmigrantes) y controles (nativos) necesario para poder detectar diferencias entre ambos grupos superiores al 10%. Asumiendo un riesgo alfa del 5%, riesgo beta del 20%, estimando pérdidas del 0,1% y unilateralidad, se calculó que serían necesarios 113 casos en cada grupo para detectar, si existiese, una diferencia igual o superior al 10% en el número de fallos en comunicación no verbal superior o igual a 5. Durante el periodo de estudio de septiembre de 2010 a febrero de 2012, se alcanzó el tamaño muestral requerido, quedando dos grupos constituidos por 123 inmigrantes y 119 nativos (n=242).

4.3 PAPEL DEL OBSERVADOR

Un único observador externo, la investigadora principal del estudio, me encontraba ya presente en el momento de inicio de la visita. Dado que en algunas de las variables incluidas existe un alto componente de subjetividad se consideró que lo más uniforme y homogéneo era la participación exclusiva de una única persona como observadora. Además, antes de iniciar el estudio se efectuó un periodo de entrenamiento con el fin de homogeneizar el criterio de valoración de las respuestas para cada una de las variables cualitativas recogidas sujetas a subjetividad. Esto permitió concretar específicamente *a priori* la definición de cada categoría.

Tal y como comentamos anteriormente, el observador se presentaba al paciente como un miembro más del equipo médico y colaborador en un proyecto de investigación.

4.4. VARIABLES ESTUDIADAS

Antes de la llamada y entrada del paciente en la consulta, el observador ya se encontraba dispuesto para recoger datos (*anexo 1*) en relación a las siguientes variables:

4.4.1 VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

Estos datos describían las características básicas del paciente y el ámbito en el que se desarrollaba la visita asistencial, así como la accesibilidad y los conocimientos del usuario sobre nuestro sistema de salud.

- ◆ Fecha de inclusión del estudio
- ◆ Lugar de inclusión (consulta de atención primaria con cita programada, urgencias ambulatorias, otros)
- ◆ Edad del paciente

- ◆ Sexo del paciente
- ◆ Origen / nacionalidad del paciente
- ◆ Médico de familia asignado (sí/no)
- ◆ Años en España (sólo a pacientes inmigrantes)

NOTA: Inicialmente se proyectó cuantificar el periodo de tiempo transcurrido desde la llegada del paciente inmigrante a nuestro país hasta su primera toma de contacto con el sistema de salud español en cualquiera de sus niveles, para así poder valorar la accesibilidad y/o necesidad de uso del mismo en este grupo de pacientes. Desgraciadamente, el SNS (Sistema Nacional de Salud) no puede ética ni legalmente proporcionar esos datos.

4.4.2 PERFIL DEL FACULTATIVO ASISTENCIAL

Estas variables hacían referencia al perfil básico del médico, pues se consideró que factores como su nacionalidad, su formación profesional y su lengua materna, son aspectos que podrían influir en su relación con el paciente.

- ◆ Edad del facultativo
- ◆ Género del facultativo
- ◆ Años de experiencia laboral (incluidos aquellos en formación)
- ◆ Nacionalidad de origen
- ◆ Lugar/nación de su formación profesional
- ◆ Lengua materna (castellano, catalán, otros)

4.4.3 VARIABLES RELATIVAS A LA VISITA MÉDICA

Durante la consulta, se registraron datos objetivos sobre la misma quedando delimitados de la siguiente manera:

4.4.3.1 PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Se recogían las patologías crónicas propias del paciente codificadas como tal en su historial clínico: diabetes mellitus (DM); hipertensión arterial (HTA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca (IC), etc.

4.4.3.2 MOTIVOS DE CONSULTA

Se anotaron los motivos de consulta codificados según la clasificación WONCA (World Organization of National Colleges Academies), por ser un sistema de codificación conocido, generalizado y unificado dentro de la asistencia en atención primaria (*anexo 2*). Es un sistema de codificación de procesos por signos/síntomas, causas infecciosas, neoplasias, lesiones, anomalías congénitas y otros diagnósticos. Se utilizaron los códigos de signos/síntomas para catalogar los motivos, por considerar que las diferencias que se producían en la actitud hacia los pacientes no debían ser condicionadas por su diagnóstico y/o nivel de gravedad sino por la razón de su consulta. Se añadieron tres apartados a esta clasificación por su elevada frecuencia como motivo de consulta, a pesar de no ser considerados diagnósticos propiamente dichos: a) solicitud de renovación de recetas, b) consultas con finalidad administrativa y c) visita de seguimiento (motivo de consulta no específico, no clasificable, control).

En este apartado se describían datos que consideramos reflejaban el contacto del paciente con nuestro sistema sanitario:

- su frecuentación: nº consultas en los 12 últimos meses
- ámbito de consulta: servicios médicos o enfermería

4.4.3.3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se especificó durante la visita de estudio la solicitud o no de exploraciones complementarias describiendo cuáles en caso afirmativo, por considerar que podrían reflejar diferencias entre ambos grupos en cuanto a actitud asistencial y su posible relación a la hora de solventar las dificultades que podrían surgir durante la consulta. Asimismo, se contabilizaba el número de pruebas complementarias solicitadas en los últimos 12 meses por paciente por considerar refleja la dinámica evolutiva en la relación médico-paciente.

4.4.3.4 DERIVACIONES A OTROS NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA Y CITA DE CONTROL

- Derivación a centros especializados y su prioridad (normal, preferente o urgente) o al servicio de urgencias.
- Visitas de control solicitadas por el médico.

4.4.3.5 BARRERAS DE COMUNICACIÓN

Se describían las barreras objetivables durante la consulta agrupadas en organicidad (ej: sordera, demencia,...), sociocultural (pacientes que hablaban el mismo idioma pero el discurso entre ambos reflejaba que existían diferencias sociales o culturales que influían en la interpretación del diálogo), lingüística/idiomática o ausencia de barrera comunicativa. También se consideraba relevante el que el paciente estuviese acompañado o no por ser una posible solución al problema de barrera comunicacional.

4.4.3.6 PRESCRIPCIÓN / ACTO TERAPÉUTICO

Se registraba la prescripción farmacológica o no y el número de fármacos prescritos. Asimismo, se anotaba la autoría del acto terapéutico, según fuera de ámbito médico, del equipo de enfermería o si no era realizado.

4.4.3.7 ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

Tomar en consideración aspectos o características individualizadas de cada paciente atendido puede repercutir en una mejor calidad asistencial, tales como tener en cuenta su edad, su situación familiar, económica, laboral, hábitos de sueño, religión...). Para poder reflejar exactamente la consideración o no de estos aspectos se incluyeron 4 categorías en esta variable:

- ◆ Sí (de forma objetiva, verbal o escrita, el facultativo específicamente expresaba que consideraba las características propias del individuo)
- ◆ No (no se tenían en cuenta con evidencia objetiva)
- ◆ No valorable (no se podía valorar si se tuvo o no en cuenta por no expresarlo de forma clara y evidente)
- ◆ No procedía (dado el motivo de consulta)

Ej: un paciente que trabaja de conductor de transporte de mercancías durante la noche y le aconsejamos que tome un hipnótico durante la noche por problemas de conciliación del sueño sería considerado como una pauta terapéutica NO individualizada en la atención a ese paciente.

4.4.3.8 TIEMPO DE VISITA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Se cronometraba el tiempo de duración de la visita y la exploración física en minutos. Aquellos que sobrepasaban los treinta segundos, contabilizaban como un minuto completo.

4.4.4 LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Para nuestro objetivo de estudio se realizó un esquema de posibles aspectos subjetivos fácilmente detectables por un observador externo durante el tiempo de visita, esto quiere decir que existían detalles y aspectos de la comunicación no verbal que no fueron incluidos como el parpadeo de ojos, el cruzar o no las piernas médico y/o paciente, etc por considerar que reportaban poca información al estudio así como implicaban no poder estar atento al resto de indicadores principales a evaluar.

De esta forma, se establecieron las siguientes 16 variables englobadas en categorías dentro del análisis de la COMUNICACIÓN NO VERBAL. Aclarar que la categoría POSTURA engloba 3 ítems considerados cada uno de ellos como una variable.

VARIABLES Y CATEGORIZACIÓN:

1) APARIENCIA física del médico: si ésta era adecuada (considerando limpieza, higiene, buena presencia en el vestir) o no; pues refleja la primera impresión que reciben los pacientes de quien les asistirá.

POSTURA del médico: engloba tres ítems:

- 2) - *posición*: abierta (brazos abiertos, no cruzados.....) o no.
- 3) - *orientación*: al paciente (cara anterior del cuerpo dirigido hacia el paciente y no al ordenador u otros) o no.
- 4) - *porte*: dispuesto (erguido, con tendencia a la inclinación hacia el paciente, no hacia atrás) o no.

5) NOMINACIÓN: Se especificaba si se llamaba al paciente por su nombre y apellido, nombre sólo o de otra manera (gestos con la mano, etc).

6) ACTITUD AL NOMINAR: si el médico se levantaba para llamar al paciente y le miraba, o se levantaba y no le miraba o ni siquiera se levantaba.

- 7) INVITACIÓN A SENTARSE: se invitaba al paciente a sentarse, no se le invitaba o es que no procedía (se contemplaba la posibilidad de que el paciente se hubiera sentado solo).
- 8) MIRADA: si durante el discurso y la entrevista, el médico miraba al paciente a los ojos cuando hablaba, no lo hacía o no era valorable (ejemplo: se dirigía a otra persona que acudía como acompañante o cuidador principal).
- 9) EMPATÍA: Si se apreciaba o no empatía / concordancia durante la visita.
- 10) MODULACIÓN DE LA VOZ: El tono, volumen y ritmo de la conversación se consideraban adecuados, inadecuados o no procedía su descripción.
- 11) EXPLICACIÓN DE DIAGNÓSTICO: se especificaba si el médico explicaba al paciente su diagnóstico, no lo hacía o no procedía.
- 12) EXPLICACIÓN DE TRATAMIENTO: se especificaba si el médico explicaba al paciente su tratamiento, no lo hacía o no procedía.
- 13) USO DE TÉRMINOS CONFUSOS: se especificaba si se habían utilizado a) tecnicismos (ejemplo: síndrome metabólico); b) extranjerismos (ejemplo: *catch-up*), siglas (HTA: hipertensión arterial) o acrónimos (FR: factor reumatoide).
- 14) PARAFRASEO: se especificada el uso o no de moduladores o adaptadores durante la conversación que denotaban aspectos influyentes negativos (suspiros, palabras para acortar el discurso...)

4.4.5 ESTILO DE INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE

4.4.5.1 ESTILO DEL MÉDICO

Como ya se describió anteriormente, se escogió la clasificación estipulada por el modelo de Robert Veatch, que refleja el estilo de conducta asistencial de los facultativos en las siguientes categorías:

- ♦ **MODELO SACERDOTAL/ ESTILO PATERNALISTA:** el médico se acerca al paciente pero es él quien decide qué hacer, sabe cómo fomentar los mejores intereses para el paciente, son médicos filantrópicos, ambos con los mismos valores. Aquí el médico diagnostica y decide por su paciente. Principios éticos: Beneficencia-No Maleficencia versus Autonomía-Veracidad
- ♦ **MODELO MECÁNICO/ ESTILO AUTORITARIO:** El médico es quien diagnostica y el paciente cumple órdenes. “El paciente tiene derecho” = Principio de Autonomía
- ♦ **MODELO SOCIO/ESTILO NEGOCIADOR:** decisiones y responsabilidad compartidas, no existe asimetría en la relación entre ambos.
- ♦ **MODELO CONTRACTUAL/ ESTILO CONSUMISTA INFORMATIVO:** El médico informa, el paciente decide, aunque se comparte la responsabilidad en el proceso. El que el médico informe no significa que el paciente haya comprendido.

4.4.5.2 ESTILO DEL PACIENTE

Aunque no existen estudios que cataloguen a los pacientes en distintos estilos, consideramos importante el agrupar las principales características/actitudes de los pacientes durante la consulta, pues son datos que podrían reflejarse en la actitud del médico o en un cambio de estilo en alguna situación en particular.

Se enumeraron las siguientes categorías: “demandante”, “víctima”, “agresivo”, “rumiante”, “neutro” (para aquellos sin una definición clara de estilo predominante), otros... Así mismo se registró una categoría de paciente con “actitud frontal”, refiriéndonos a aquellos pacientes que desde el inicio imponían con su actitud desafiante y demandante una respuesta habitualmente defensiva en el profesional que le atendía, sin dar posibilidad a otro tipo de diálogo o acuerdo entre ambos.

4.5 PROCESO SEGUIDO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Una vez se revisaban las listas generales diarias de pacientes y se escogían aquellos que cumplían los criterios de inclusión, se procedía aleatoriamente a iniciar la observación por el primero de ellos, inmigrante, que estuviese disponible. De esta manera, antes de iniciar la visita, la observadora principal, ya se encontraba en la consulta antes de la entrada del paciente en cuestión, para así poder recoger desde un inicio los datos que conforman las variables de estudio anteriormente citadas. Antes de su entrada se anotaban los datos socio-demográficos del paciente y del facultativo que regía la visita. Durante el transcurso de la misma, se anotaban el resto de variables descritas. Al finalizar se anotaban el resto de datos recogidos directamente de la historia clínica del paciente. Una vez que se había concluido con la visita del paciente inmigrante, se procedía a repetir la misma metodología de recogida con el paciente nativo que le seguía inmediatamente después en la lista de pacientes citados ese día. De este modo se recogían sujetos de distintos facultativos, valorando las posibles diferencias entre ellos así como la diversidad entre unos pacientes y otros.

4.5.1 ELABORACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES

Como objetivo secundario del estudio, se consideró importante comparar los resultados del mismo con las opiniones de los propios facultativos que participaban en el estudio, por lo que se realizó un estudio de grupos focales. Por ello, al acabar la recogida de datos, se invitó a colaborar en una entrevista a todos los facultativos que habían participado ciegamente en el estudio. El objetivo era describir la opinión personal de cada facultativo en relación a la atención a pacientes inmigrantes, con sus dificultades, limitaciones y sugerencias respecto al abordaje de este tipo de pacientes, así como la opinión grupal de los mismos, y poder posteriormente contrastar estos resultados con aquellos obtenidos del objetivo principal de nuestro estudio.

Para poder realizar correctamente la técnica de grupos focales, una colaboradora externa conocida por el equipo y entrenada a tal efecto, ejerció el papel de moderadora. Se realizó en un aula ajena a las consultas de atención médica y se grabaron en cinta de *cassette* las conversaciones que transcurrieron durante la misma, registrando las opiniones que surgían tras exponer preguntas inicialmente abiertas sobre la atención a los pacientes, particularmente a inmigrantes, y posteriormente y de forma dirigida y más concreta sobre los posibles conflictos, dudas y opiniones que tenían los entrevistados a la hora de asistir a este colectivo. Asimismo, una participante del equipo médico conocedora del verdadero objetivo del estudio en cuestión, anotaba rasgos, datos y comentarios en voz baja considerados relevantes y que pudieran pasar desapercibidos en la grabación de la cinta. La sesión concluyó a los 35 minutos. Una vez finalizada la entrevista y recogidos los datos, se elaboró una encuesta escrita (*anexo 3*) que fue remitida vía mail a los participantes semanas más tarde para que pudieran expresar claramente y de forma escrita y anónima sus opiniones respecto a la atención sanitaria de este grupo de pacientes.

a) Definición del objetivo de estudio

Se pretendía conocer la opinión de los facultativos en cuanto a las dificultades o aspectos que considerasen remarcables en la atención sanitaria hacia pacientes inmigrantes.

b) Definir los participantes del grupo

Se convocó a los facultativos médicos de familia del CAP de estudio a participar voluntariamente en una sesión de grupo.

c) Preparación de preguntas estímulo

Las preguntas fueron elaboradas para comenzar desde una visión general sobre la atención sanitaria a inmigrantes empezando por definir sus características socio-demográficas, motivos de consulta, frecuentación a las consultas médicas profundizando posteriormente en la actitud de los propios pacientes y las dificultades que generaba en los propios facultativos la asistencia a estos pacientes. Las preguntas se formulaban cada vez más concretas, estimulando el debate y el diálogo .

d) Selección del moderador del grupo

Se escogió a una médica de familia que participaba en un estudio sobre población inmigrante dentro de la línea actual de investigación, conocida por el personal del centro por haber realizado su formación especializada en el hospital de referencia. De forma paralela, la propia directora del CAP participaba como observadora del comportamiento de los demás, tomando notas y datos sobre comentarios o detalles que pudieran pasar desapercibidos en la cita de grabación.

e) La reunión

Se realizó la sesión en un aula-taller preparada en el Centro con fines docentes y organizativos.

f) Interpretación de la información obtenida

Se realizó, una vez acabada la sesión, un informe escrito que detallaba la información recogida en la cita de *cassette* junto con las notas recogidas. Posteriormente se elaboró una encuesta dirigida a los mismos facultativos participantes de forma que pudiesen contestar con exactitud en las respuestas su opinión anónima y personal sobre la atención a los pacientes inmigrantes.

4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó consejo al Comité de Ética del Hospital Universitari Mútua de Terrassa para la valoración de la necesidad de consentimiento escrito en este tipo de estudio, considerando así que según el tipo de estudio presentado, sus características y su ámbito de desarrollo, se precisaba únicamente consentimiento verbal (*anexo 4*).

4.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se recogieron en un archivo de *Access* desde donde se pasaron a un paquete estadístico (SPSS 19.0), para ser analizados.

Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como media y desviación estándar (DE) cuando se pudo asumir una distribución normal, según el test de Kolmogorov-Smirnov, o como medianas y extremos en caso contrario. Las relaciones bivariadas entre variables cualitativas se evaluaron mediante test de Chi-cuadrado o test de Fisher en caso de efectivos esperados inferiores a 25%.

Para comparar medias de variables continuas se utilizó el test de t-Student en caso de variables con distribución normal y pruebas no paramétricas en caso contrario (U-Mann-Whitney).

Para comparaciones múltiples entre grupos se utilizó ANOVA de un factor.

La significación estadística se estableció para niveles de $p < 0.05$.

5. RESULTADOS

5.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO **(n=242)**

La muestra total inicial (n) estaba compuesta por 243 pacientes, 124 inmigrantes y 119 nativos. Uno de los pacientes inmigrantes se negó verbalmente a ser incluido en cualquier estudio, por lo que fue excluido quedando una muestra final con 123 pacientes inmigrantes y 119 nativos (n=242).

5.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

La muestra general quedó compuesta así de 242 pacientes, nativos e inmigrantes, con una edad media de 44 años (DE 17,76); eran casi en 2/3 partes (62,4%) de sexo femenino, prácticamente todos ellos con médico asignado en el centro de estudio (98,8%).

Los facultativos responsables de la atención médica que participaron en el estudio conformaban un grupo de 18 personas; con una edad media de 38,4 años (DE 5,44) ; llevaban ejerciendo como profesionales 12,2 años (DE 5,39). La proporción de sexo femenino entre los mismos fue de 15 a 3, con solo un 30,2 % de visitas realizadas por facultativos de género masculino. Se utilizó indistintamente el uso del idioma catalán o castellano, con ligero predominio de uso del segundo (53,3%). La mayoría de los profesionales eran españoles (97,1%) y todos habían realizado su formación en España.

5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA VISITA SANITARIA

Los pacientes del estudio habían acudido una mediana de 10 veces (extremos 0-125) en el último año al Centro de Atención Primaria y habían sido atendidos mayoritariamente por los servicios médicos (mediana 7, extremos 0-125) en comparación con los servicios de enfermería (mediana 1, extremos 0-23). En cada ocasión lo habían hecho por una media de 1,5 motivos de consulta

(DE 0,76). El 70% de los pacientes acudieron a las consultas programadas y con cita previa como forma de acceso al sistema sanitario.

El perfil sanitario de los pacientes se representa en la siguiente tabla.

Tabla 1: Perfil clínico de todos los pacientes y características de la visita

Características de la consulta	n	%
Patología subyacente:		
Hipertensión arterial	49	20,2
Diabetes mellitus	20	8,3
Dislipemia	41	16,9
Patología respiratoria	15	6,2
Artrosis/Osteoporosis	30	12,4
Patología neurológica	3	1,2
Fibromialgia	3	1,2
Depresión/ansiedad	28	11,6
Cardiopatía isquémica	8	3,3
Patología reumatológica	6	2,5
Patología digestiva	6	2,5
Patología oftalmológica	4	1,7
Otros	81	33,5
Acuden acompañados	72	29,8
Motivos de consulta más frecuentes		
Tos	21	8,7
Vértigo/vahído	7	2,9
Visita de seguimiento	44	18,2
Recetas	6	2,5
Signos/síntomas de garganta/faringe/amígdalas	11	4,5
Signos/síntomas lumbares	9	3,7
Astenia	5	2,1
Cefalea	6	2,5
Consultas finalidad administrativa	20	8,3
Dolor abdominal/retortijón	9	3,7
Estornudos/congestión nasal	5	2,1
Inflamación/masa localizada	5	2,1
Número de pacientes a los que se prescribe tratamiento	169	69,8
Derivación (sí)		
Según destino:	38	15,7
Especializada	33	13,6
Urgencias	5	2,1
Tipo de derivación (prioridad):		
Normal	27	11,2
Preferente	3	1,2
Urgente	8	3,3
Cita de control posterior	79	32,6

De todos estos datos relativos a la patología subyacente en la población estudiada, se evidencia que nos encontramos ante un población donde algo más de la mitad de los pacientes (52,9%) eran enfermos crónicos que padecían de patologías con alta prevalencia como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, patología respiratoria crónica, artrosis/osteoporosis y depresión/ansiedad .

En la población estudiada, los motivos de consulta más frecuentes por orden de prevalencia (figura 8) fueron: visitas de seguimiento/control, tos, visitas con finalidad administrativa, síntomas de garganta/faringe, síntomas lumbares, dolor abdominal/retortijón, vahído/vértigo y prescripción de recetas, entre otros.

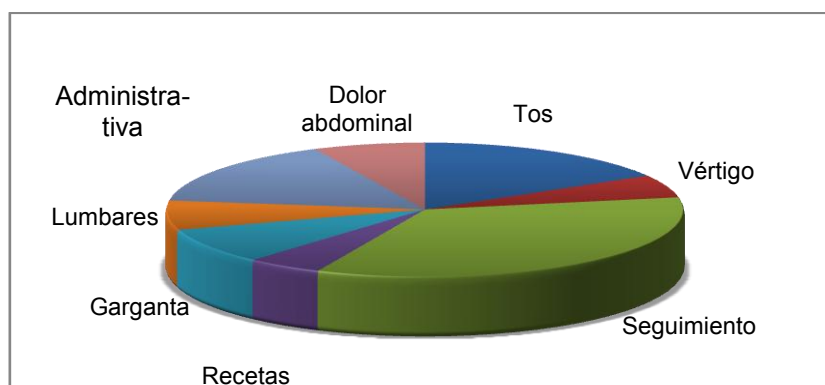


Figura 8. Motivos de consulta y su frecuencia en la muestra general.

El número total de pruebas complementarias solicitadas a todos los pacientes fue de 85 y se solicitaron a 63 pacientes, que representan un 26% de la muestra a estudio. El siguiente gráfico (figura 9) muestra el número de pruebas solicitadas, agrupadas por categorías, durante la visita de estudio. Durante el año previo se habían solicitado entre 0 y 9 pruebas con una mediana de 2 en el 69,3% de pacientes.

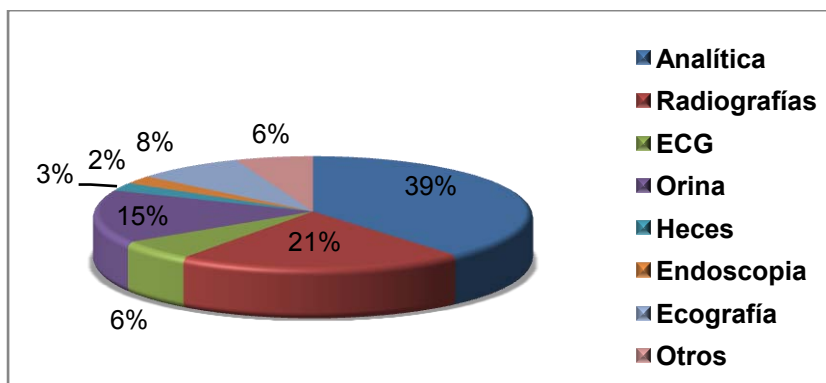


Figura 9. Frecuencia de pruebas complementarias solicitadas en la muestra general durante la visita (%).

Los pacientes fueron derivados a otros niveles solo en un 15,7% de las visitas del estudio, predominando las derivaciones a otras áreas de atención especializada con carácter normal (13,6%). Durante el año previo se habían registrado derivaciones en un 43,9% de casos (mediana de 0, extremos 0-5). Casi un tercio de los pacientes del estudio (32,6%) fueron citados para una segunda visita de control.

En casi la mitad de las visitas (48 %) se registraron barreras de comunicación representadas en su mayoría por la dificultad idiomática, seguidas de diferencias socioculturales y en menor proporción afectación orgánica (figura 10).

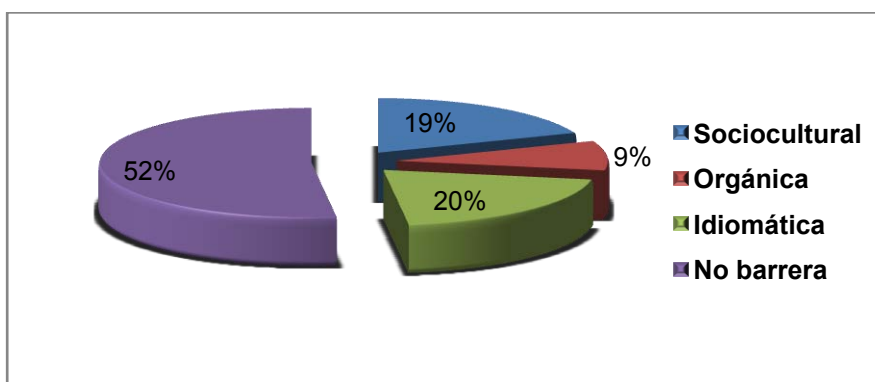


Figura 10. Barreras de comunicación en la muestra general (%).

En la siguiente tabla (tabla 2) se describe la relación registrada entre la presencia de barrera de comunicación y la frecuentación de los pacientes, así como la solicitud de más pruebas complementarias o derivaciones durante el último año. Encontramos que la mayor presencia de barrera de comunicación se relacionaba con una mayor frecuentación anual tanto a servicios médicos como de enfermería y un mayor número de derivaciones a otros niveles de forma estadísticamente significativa, destacando la presencia de la barrera orgánica como la que más influyó en los datos registrados sin despreciar asimismo una clara tendencia a solicitar más pruebas en estos casos.

Tabla 2. Influencia de la barrera de comunicación en el número de consultas, pruebas complementarias y derivaciones durante el último año. Medias (\bar{x}) y desviación estándar (DE).

	Sociocultural	Orgánica	Lingüística	No barrera	<i>p</i>
Número consultas totales 12 m previos	14,2 / 15,04	19,5/15,3	7,3 / 7,06	15,2 / 15,9	0,003
Número consultas médicas 12 m previos	11,1 / 12,45	12,5 /10,08	5,8 / 6,22	11,3 / 13,59	0,037
Número consultas enfermería 12 m previos	1,7 / 1,94	5,8 / 7,37	0,96 / 1,82	2,62 / 4,44	<0,0001
Número de pruebas complementarias	2,5 / 2,48	3,1 / 2,76	1,7 / 2,53	2,7 / 2,53	0,086
Número de derivaciones	0,5 / 0,84	1,3 / 1,01	0,5 / 0,79	0,8 / 1,25	0,018

Se pautó tratamiento farmacológico a 169 pacientes (69, 8%). El número de fármacos prescritos y su frecuencia (%) queda reflejado en el siguiente gráfico (figura 11). El 73,3% de médicos indicaron prescripción farmacológica en su pauta terapéutica.

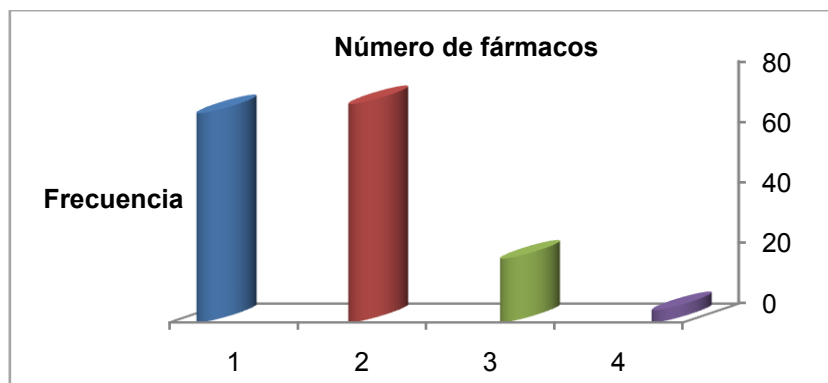


Figura 11. Número de fármacos prescritos (%) en la muestra general.

En la atención a cada paciente fueron claramente considerados aspectos individualizados en aproximadamente la mitad de las visitas (50,8%); en casi la otra mitad (47,5%) no pudieron ser valorados o no procedía su valoración objetiva y en tres casos concretos no se tuvieron en cuenta (de forma verbal clara y evidente se expresaron indicaciones para ese paciente que no advertían sus características propias y/o circunstancias).

Cada consulta realizada durante el estudio presentó una duración mediana de de 7,5 minutos (extremos 1-52). El tiempo medio dedicado a la exploración física fue de 1,5 minutos (DE de 3,22).

Como se muestra en el siguiente gráfico (figuras 12 y 13), al comparar la influencia de la presencia de barrera de comunicación en la mayor duración de las visitas ($p=0,291$) y tiempo dedicado a la exploración física ($p=0,751$) se detectó claramente el impacto de la barrera de tipo orgánica sobre el factor tiempo sin detectar ese efecto con el resto de barreras o en ausencia de ella.

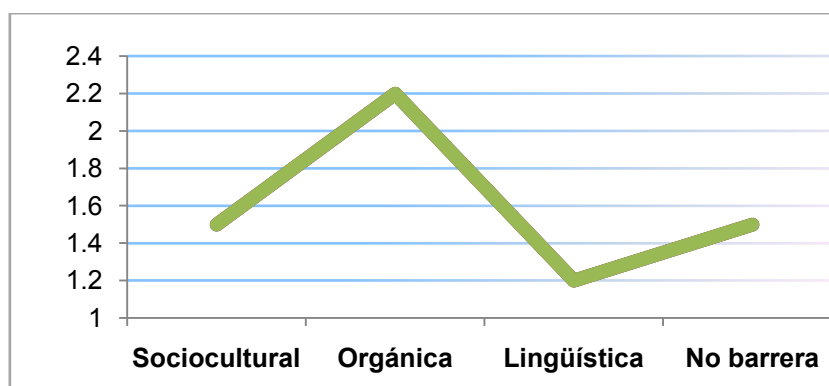


Figura 12. Influencia de la barrera de comunicación en el tiempo de exploración física.

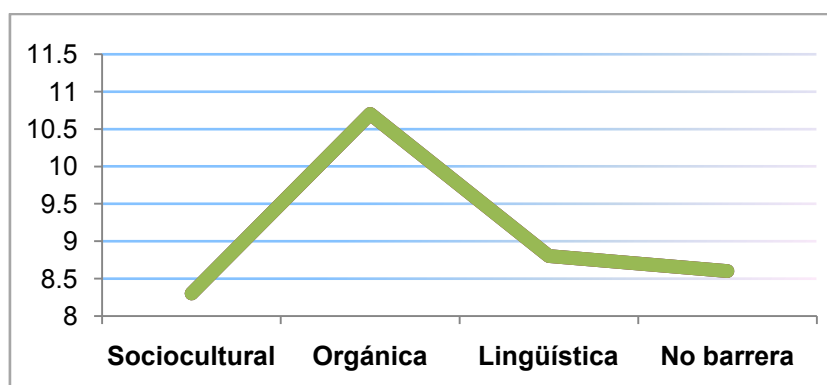


Figura 13. Influencia de la barrera de comunicación en el tiempo de consulta.

5.1.3 COMUNICACIÓN NO VERBAL

La presencia física del médico fue adecuada en el 100% de los casos registrados. Según el resto de categorías descritas y los datos recogidos (tabla 3), el perfil general de los facultativos que participaron en el estudio demuestra que en general se orientaron y dirigieron abiertamente al paciente, se mostraron predispuestos al diálogo y a la colaboración, y su discurso durante la entrevista fue cordial y adecuado. Llamaron al paciente por su nombre y le miraron mientras les narraban sus quejas; mostraron empatía durante la visita, y explicaron la orientación diagnóstica y tratamiento indicado de forma correcta y precisa en la mayor parte de casos. Sólo conviene destacar el uso de

tecnicismos en casi 1/3 de los casos y los parafraseos en algo más del 13% que podrían traducir una limitación importante en la comprensión del proceso por parte del paciente.

La descripción de las variables estudiadas en comunicación no verbal queda esquematizada en la siguiente tabla:

Tabla 3. Variables estudiadas en comunicación no verbal en la muestra general.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
Físico médico adecuado	Sí	242	100
	No	0	0
Posición abierta	Sí	232	95,9
	No	10	4,1
Orientado a paciente	Sí	205	84,7
	No	37	15,3
Porte dispuesto	Sí	222	91,7
	No	20	8,3
Llama por nombre	Nombre+apellido	153	63,2
	Nombre	81	33,5
	Otros (gestos)	5	2,1
	No	3	1,2
Se levanta y mira al paciente	Levanta y mira	212	88,3
	Levanta, no mira	8	3,3
	No levanta	20	8,3
Invita a sentarse al paciente	Sí	107	44,2
	No	17	7
	No procede	118	48,8
Mira a los ojos	Sí	189	78,1
	No	45	18,6
	No procede	9	3,3
Empatía	Sí	210	86,8
	No	29	12
	No procede	3	1,2
Tono/volumen/ritmo adecuados	Sí	234	96,7
	No	8	3,3
Explica el médico el diagnóstico	Sí	209	86,4
	No	4	1,7
	No procede	29	12
Explica el tratamiento	Sí	200	82,6
	No	0	0
	No procede	42	17,4
Usa extranjerismos/acrónimos/siglas	Sí	3	1,2
	No	234	96,7
	No procede	5	2,1
Usa tecnicismos	Sí	78	32,2
	No	164	67,8
Parafraseo negativo	Sí	32	13,2
	No	210	86,8
COMUNICACIÓN NO VERBAL INADECUADA (≥5 fallos)	Sí	20	8,3
	No	222	91,73

El número de fallos registró una mediana de 2 y unos extremos entre 0 y 10. Se consideró finalmente comunicación no verbal inadecuada el presentar 5 o más ítems inadecuados, lo que se registró en la muestra general en un 8,3 % de las visitas (figura 14).

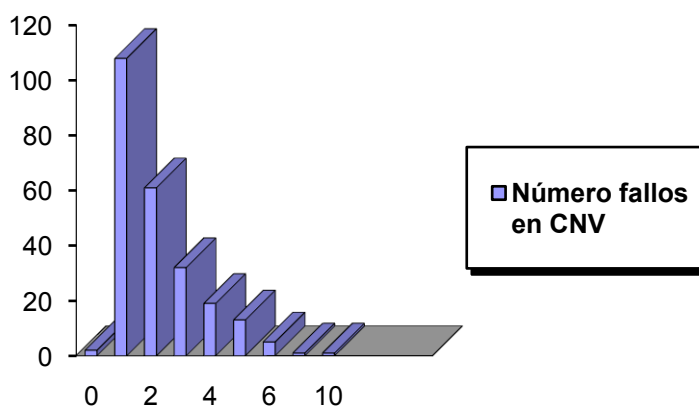


Figura 14. Número de fallos en comunicación no verbal en la muestra general

Tabla 4. Relación entre barrera de comunicación y fallos en comunicación no verbal.

Número de fallos en CNV	Sociocultural (%)	Orgánica (%)	Lingüística (%)	No barrera (%)	p
4 o más fallos	23,1	5,8	25	46,2	0,527
5 o más fallos	27,6	6,9	20,7	44,8	0,670
6 o más fallos	27,3	9,1	9,1	54,5	0,778

Aunque no se detectaron diferencias estadísticamente significativas, en la muestra general, la presencia de cualquier tipo de barrera de comunicación se relacionaba con un mayor registro de fallos en comunicación no verbal, destacando las dificultades de comunicación lingüística/idiomática y sociocultural las de mayor asociación. Lo más relevante de estos datos es que la presencia de barrera de comunicación es menor entre aquellos pacientes en quienes se registran 6 o más fallos (tabla 4).

5.2. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE (n=123)

5.2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES INMIGRANTES

Los inmigrantes fueron representados por una población joven ($\bar{x} = 38$ años; DE 13,32), con predominio de mujeres (56,9%) y una mediana de 9 años de estancia en España (extremos 0-51). Procedían de países africanos como Marruecos (26%), Senegal (6,6%) y el resto de Sudamérica, mayoritariamente representados por Colombia (3,3%), República Dominicana (2,9%) y Ecuador (2,9%) con una escasa representación de países de Europa del Este (Rumanía, 1,7%) .

Fueron atendidos en casi un 75% de casos por facultativos de género femenino y se les comunicaba prácticamente por igual en castellano (49,6%) o catalán (50,4%). Los inmigrantes acudieron a ser visitados en un 70% de casos a las consultas sanitarias con sus médicos de referencia y cita programada. Tres de ellos no tenían asignado médico de referencia.

5.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA VISITA SANITARIA EN PACIENTES INMIGRANTES

Los pacientes inmigrantes solicitaron visita por una media de 1,5 motivos de consulta (DE 0,78) y frecuentaron las consultas médicas una mediana de 8 veces durante el año previo (extremos de 0 a 45), con un claro predominio del uso de servicios médicos (mediana de 5, extremos 0-32) sobre los servicios de enfermería (mediana 0, extremos 0-23).

Tabla 5. Características de la visita sanitaria en el grupo inmigrante

Características de la consulta	n	%
Patología subyacente:		
Hipertensión arterial	12	9,8
Diabetes mellitus	8	6,5
Dislipemia	14	11,4
Patología respiratoria	2	1,6
Artrosis/Osteoporosis	2	1,6
Patología neurológica	1	0,8
Fibromialgia	0	0
Depresión/ansiedad	6	4,9
Cardiopatía isquémica	3	2,4
Patología reumatológica	0	0
Patología digestiva	2	1,6
Patología oftalmológica	1	0,8
Otros	3	2,4
Acudieron acompañados	30	24,4
Motivos de consulta más frecuentes		
Tos	9	7,3
Vértigo/vahído	4	3,3
Visita de seguimiento	18	14,6
Recetas	5	4,1
Signos/síntomas		
garganta/faringe/amígdalas	5	4,1
Signos/síntomas lumbares	3	2,4
Astenia	2	1,6
Cefalea	4	3,3
Consulta finalidad administrativa	7	5,7
Disuria	4	3,3
Dolor abdominal/retortijón	6	4,9
Estornudos/congestión nasal	3	2,4
Fiebre	3	2,4
Inflamación/masa localizada	2	1,6
Número de inmigrantes a los que se prescribe tratamiento	87	70,7
Derivación (sí)		
Según destino:		
Especializada	22	17,9
Urgencias	2	1,6
Tipo de derivación (prioridad):		
Normal	17	13,8
Preferente	1	0,8
Urgente	4	3,2
Cita de control posterior	41	33,3

La presencia de patologías crónicas en la población inmigrante estuvo representada en poco más de 1/3 de los casos (36,6%). Las patologías de mayor prevalencia (figura 15) fueron hipertensión arterial, dislipemia, diabetes

mellitus, patológica crónica pulmonar, cardiopatía isquémica, degenerativa ósea (artrosis/osteoporosis) y sintomatología ansioso-depresiva.

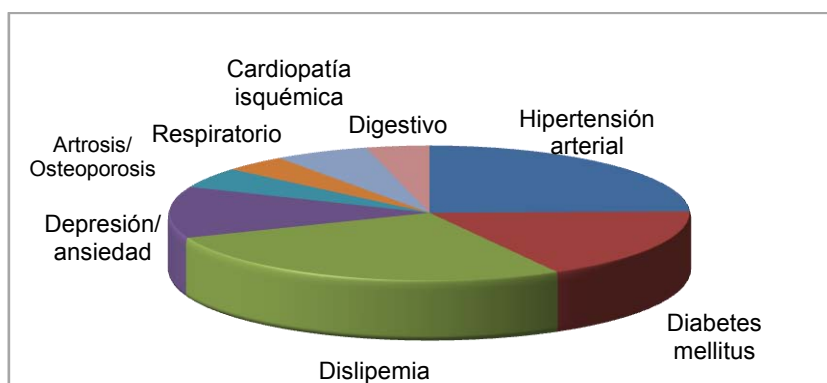


Figura 15. Frecuencia de patologías crónicas en población inmigrante (%).

Tal y como muestra la tabla 5, los principales motivos de consulta de los pacientes inmigrantes fueron: tos, vértigo/vahído, recetas, consultas con finalidad administrativa, síntomas y signos de garganta, visitas de seguimiento, cefaleas y dolor abdominal, representados como sigue:

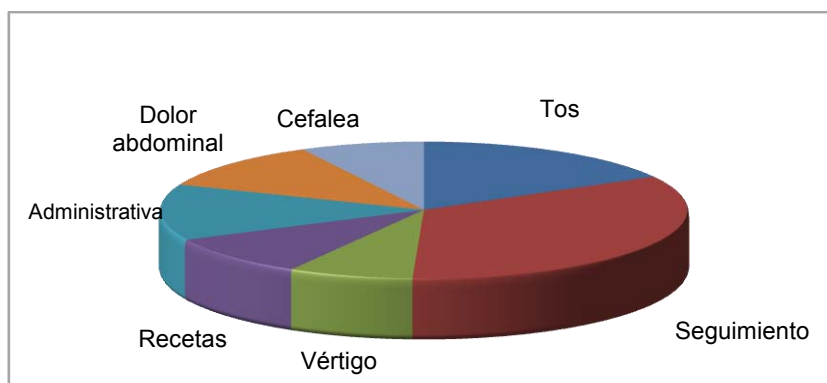


Figura 16. Frecuencia de motivos de consulta en inmigrantes.

El número de pruebas complementarias (figura 17) solicitadas a este grupo durante la visita de estudio fue de 33 (26,8% de los pacientes inmigrantes) y durante el año previo se había solicitado una mediana de 1 prueba (extremos de 0 a 9).

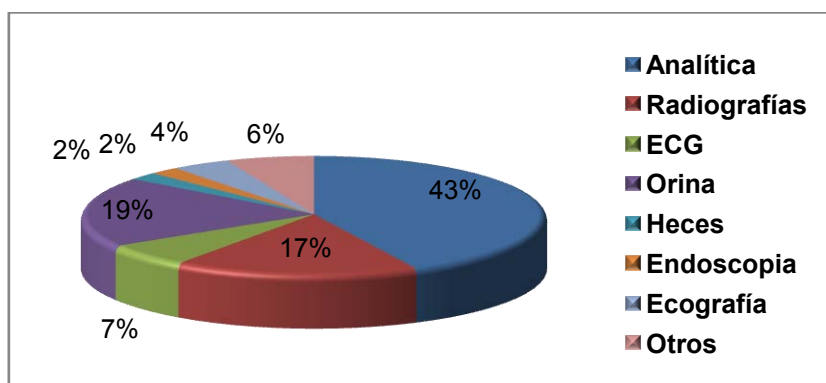


Figura 17. Frecuencia de pruebas complementarias solicitadas en el grupo de inmigrantes (%)

Los pacientes inmigrantes fueron derivados a otros niveles durante la visita de estudio en casi un 18% de las visitas (22 pacientes), mayoritariamente a la atención especializada (16,3%) y con prioridad normal (77,3%). Durante los 12 meses previos, los pacientes habían sido derivados en escasas ocasiones, resultando extremos de 0 a 5 y mediana de 0. Se indicó cita de control a un 51,9% de pacientes.

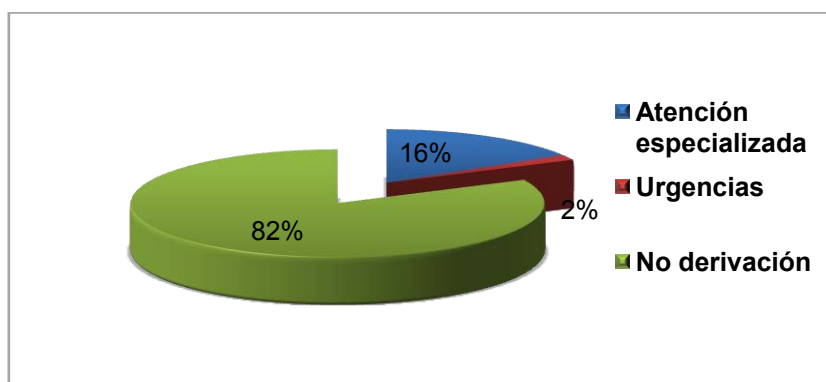


Figura 18. Destino de derivación en pacientes inmigrantes: frecuencias (%)

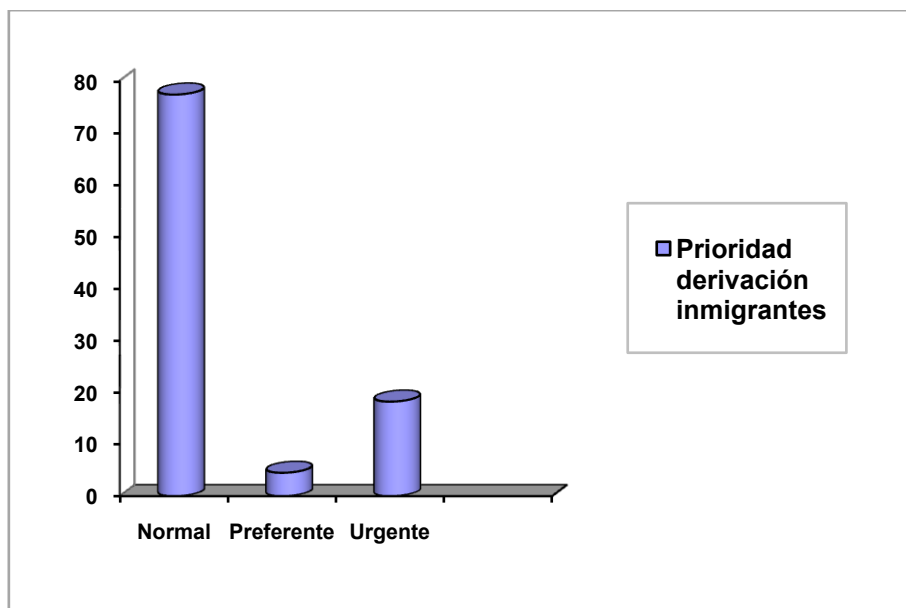


Figura 19. Prioridad de derivación en pacientes inmigrantes (%)

La barrera de comunicación estuvo presente con frecuencia en las visitas a pacientes inmigrantes (61%) distribuidas como refleja el siguiente gráfico (figura 20), destacando claramente la presencia de barrera lingüística/idiomática y sociocultural en este grupo.

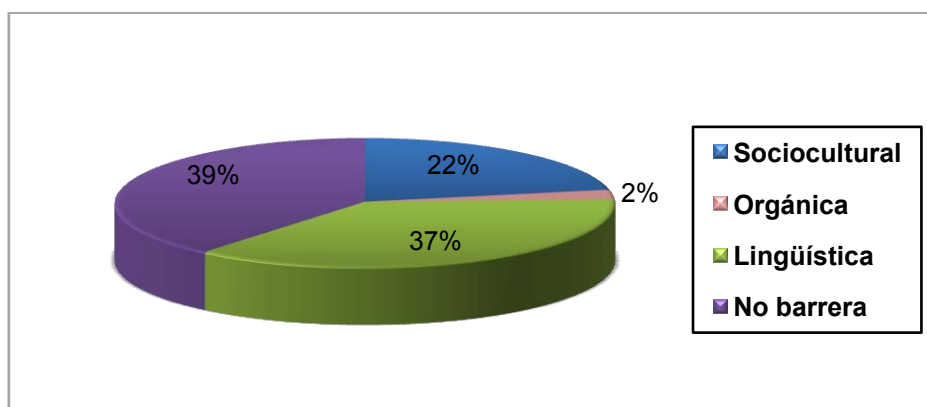


Figura 20. Barreras de comunicación y su distribución en pacientes inmigrantes

Se pautó tratamiento a casi $\frac{3}{4}$ partes de ellos, mayoritariamente por médicos (70,7%), y el número de fármacos prescritos fue de mediana 1 (extremos 0-3).

En la atención a este grupo, los aspectos individuales de cada paciente fueron considerados de forma objetiva en un 56,9% de casos, no valorables o no procedía su evaluación en el 43,1% destacando así que ningún paciente del grupo de inmigrantes fue incluido en la categoría “aspectos individuales NO considerados”.

La duración media de las consultas fue superior a 8 minutos de media (mediana 8, extremos 1- 23). El tiempo dedicado a la exploración física se contabilizó con mediana de 1 (extremos 0-3).

5.2.3. COMUNICACIÓN NO VERBAL EN PACIENTES INMIGRANTES

El perfil de los facultativos que atendieron al grupo de pacientes inmigrantes demostró que no existían variaciones destacables respecto a la muestra general. Su presencia física fue acertada, se orientaron y dirigieron abiertamente al paciente, mostrándose predispuestos al diálogo; colaboraron y fueron cordiales. Llamaron al paciente por su nombre y le miraron mientras les narraban sus quejas; mostraron empatía y explicaron el diagnóstico y tratamiento indicándolos de forma correcta y precisa. Cabe destacar igualmente que se detectó el uso de términos confusos en un 29,3% de casos (28,5% representado por tecnicismos) y parafraseos en un 12,2%.

La comunicación no verbal inadecuada (tabla 6), definida como ya se indicó previamente como el presentar 5 o más ítems inadecuados, se registró en este grupo en un 4,1% de casos (5 pacientes de los 123 inmigrantes).

Tabla 6. Variables estudiadas en comunicación no verbal en pacientes inmigrantes

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
Físico médico adecuado	Sí	123	100
Posición abierta	No	3	2,4
Orientado a paciente	No	20	16,3
Porte dispuesto	No	7	5,7
Llama por nombre	Nombre+apellido	76	61,8
	Nombre	45	36,6
	Otros (gestos)	2	1,6
	No	0	0
Se levanta y mira al paciente	Levanta y mira	110	90,2
	Levanta, no mira	3	2,5
	No levanta	9	7,4
Invita a sentarse al paciente	Sí	54	43,9
	No	8	6,5
	No procede	61	49,6
Mira a los ojos	Sí	102	82,9
	No	15	12,2
	No procede	6	4,9
Empatía	Sí	108	87,8
	No	13	10,6
	No procede	2	1,6
Tono/volumen/ritmo adecuados	No	4	3,3
Explica el médico el diagnóstico	Sí	109	88,6
	No	2	1,6
	No procede	12	9,8
Explica el tratamiento	Sí	103	83,7
	No	0	0
	No procede	20	16,3
Usa extranjerismos/acrónimos/siglas	Sí	1	0,8
	No	120	97,6
	No procede	2	1,6
Usa tecnicismos	Sí	35	28,5
Parafraseo negativo	Sí	15	12,2
COMUNICACIÓN NO VERBAL INADECUADA (≥ 5 fallos)	Sí	5	4,1
	No	118	95,9

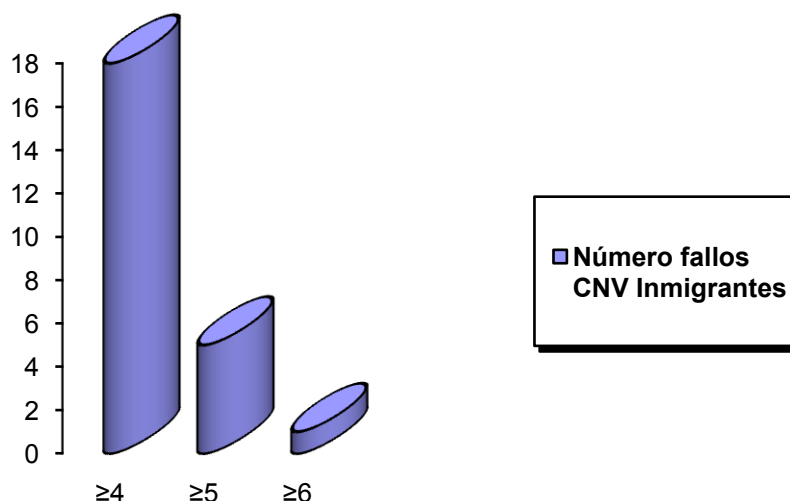


Figura 21. Número de fallos en CNV en el grupo de pacientes inmigrantes

Se evidenciaron fallos en comunicación no verbal, a partir de 4 en un 17,9% de pacientes (n=22), ≥ 5 en un 8,1% (n=10) y ≥ 6 en solo 1 paciente.

5.3. ESTUDIO COMPARATIVO POR GRUPOS

5.3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS: GRUPOS

En nativos e inmigrantes el sexo femenino destacó como el más frecuente sin que se detectasen diferencias estadísticamente significativas entre ambos (68,1% de nativos y 56,9% de inmigrantes, $p=0,085$). En cuanto a la edad, los inmigrantes eran más jóvenes: los nativos presentaban una media que sobrepasaba la quinta década de vida (\bar{x} 51,3; DE 19,27; mediana 51; extremos 0-93), mientras que la de los inmigrantes no alcanzaba la cuarentena (\bar{x} 38; DE 13,32; mediana 38; extremos 18-87) ($p<0,0001$). No hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a los profesionales que les atendieron en cuanto a su género ($p=0,06$), edad ($p=0,31$), formación profesional ($p=0,34$) o idioma utilizado ($p=0,25$).

5.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA VISITA SANITARIA: GRUPOS

5.3.2.1 FRECUENTACIÓN

Los pacientes nativos consultaron con mayor frecuencia durante el año previo, tanto a los servicios médicos como los de enfermería. No hubo diferencias entre grupos en cuanto al lugar de inclusión de la visita, predominando el acceso a las consultas programadas respecto al uso de los servicios de urgencias ambulatorias ($p < 0,0001$).

Tabla 7. Frecuentación de los grupos a los servicios sanitarios durante el último año

	Inmigrantes	Nativos	<i>p</i>
Número consultas totales 12 m	Med: 8 Extremos: 0-45	Med 14 Extremos: 0-125	<0,0001
Número consultas médicas 12 m	Med: 5 Extremos: 0-32	Med 9 Extremos: 0-125	<0,0001
Número consultas enfermería 12m	Med: 0 Extremos: 0-23	Med 1 Extremos: 0-23	0,03

5.3.2.2. PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Las patologías crónicas de mayor prevalencia fueron las mismas en ambos grupos (tabla 8), con mayor presencia en todos los casos en el colectivo nativo, destacando entre ellas de modo significativo la hipertensión arterial, dislipemia, depresión/ansiedad, patología respiratoria crónica y degenerativa ósea.

Tabla 8. Patologías crónicas más prevalentes registradas en ambos grupos de estudio

PATOLOGÍAS	INMIGRANTES	NATIVOS	p
Respiratorio (asma/EPOC)	1,6	10,9	0,003
Artrosis/osteoporosis	1,6	23,5	<0,0001
Digestivo	1,6	3,4	0,441
Dislipemia	11,4	22,7	0,025
Diabetes mellitus	6,5	10,1	0,356
Depresión/ansiedad	4,9	18,5	0,001
Fibromialgia	0	2,5	0,117
Hipertensión arterial	9,8	31,1	<0,0001
Patología neurológica	0,8	1,7	0,617

5.3.2.3 MOTIVOS DE CONSULTA

No hubo diferencias entre ambos grupos con respecto al número de motivos de consulta (nativos \bar{x} 1,5 y DE 0,78; inmigrantes \bar{x} 1,5 y DE 0,75) realizados durante la visita ($p=0,682$).

Los motivos de consulta no fueron sometidos a un análisis comparativo por grupos dada la escasa frecuencia con que se presentaba cada uno de ellos, pero se evidencia en los datos descriptivos que no existían diferencias clínicamente relevantes en sus categorías.

5.3.2.4 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Durante la visita de estudio, se solicitaron pruebas complementarias al 26,8% de pacientes inmigrantes ($n=33$) y al 25,2% ($n=30$) de pacientes nativos ($p=0,884$), representadas como sigue:

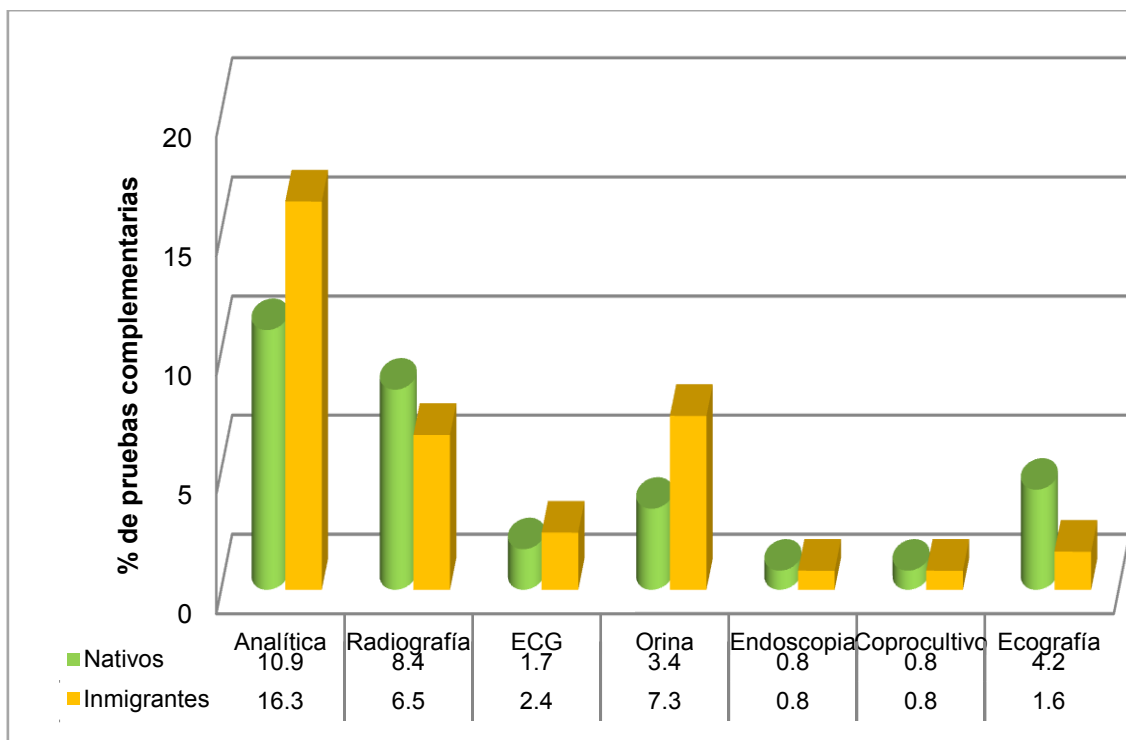


Figura 22. Porcentaje de pruebas complementarias solicitadas a cada grupo durante la visita de estudio.

Este gráfico (figura 22) refleja una mayor tendencia a solicitar pruebas complementarias en el grupo de pacientes inmigrantes durante la visita de estudio destacando analíticas de sangre y orina, endoscopias, coprocultivos y electrocardiogramas en contraste con una mayor solicitud de radiografías y ecografías en el grupo de nativos, aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p=0,44$).

Si cuantificamos el número de pruebas solicitadas durante los últimos 12 meses antes de la visita de estudio sí apreciamos diferencias estadísticamente significativas a favor de los nativos: los datos registraban extremos desde el 0 hasta el 9 en ambos grupos, con mediana de 3 en el grupo de nativos y de 1 en inmigrantes ($p=0,007$) (figura 23).

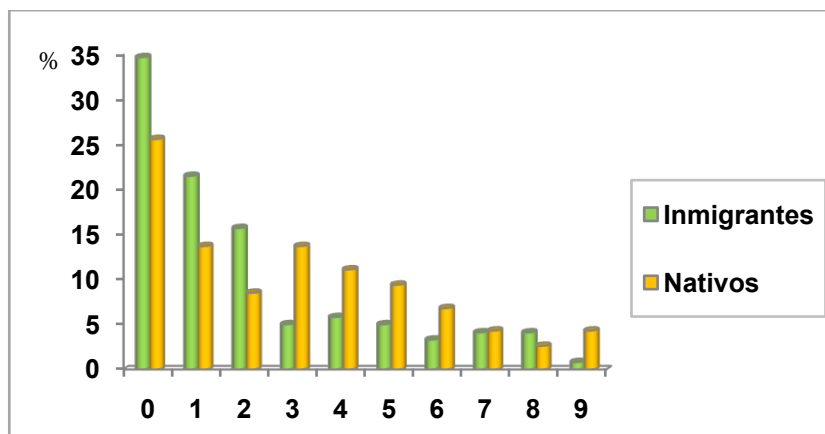


Figura 23. Número de pruebas complementarias (PPCC) solicitadas en el año previo a la visita: comparación entre ambos grupos (%).

5.3.2.5 DERIVACIÓN A OTROS NIVELES

Durante la visita, la ausencia de derivaciones a otros niveles asistenciales fue lo más frecuente, distribuyéndose por igual en ambos grupos (82,1% en inmigrantes, 86% en nativos ($p=0,44$)). La prioridad en las derivaciones realizadas tampoco mostró asimetrías entre ambos colectivos ($p=0,54$). En el transcurso del año previo, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a las derivaciones efectuadas (mediana 0, extremos 0-5, ($p=0,69$)) aunque sí se evidencia que existía una mayor tendencia en el grupo de nativos.

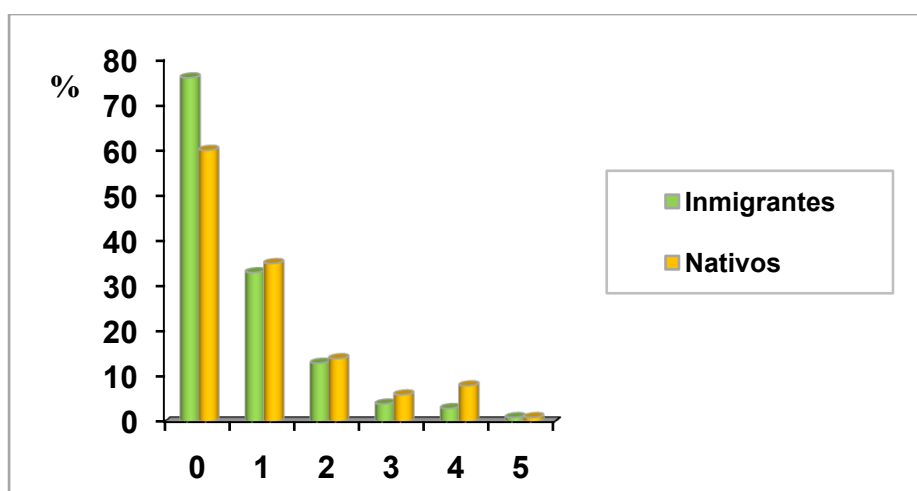


Figura 24. Número derivaciones solicitadas en los 12 meses previos y porcentajes de solicitud.

La indicación de acudir a una cita de control se especificó por igual en ambos grupos: 33,3% en inmigrantes y 31,9% en nativos ($p= 0,89$).

5.3.2.6 BARRERAS DE COMUNICACIÓN

La existencia de barreras de comunicación (tabla 9), fue claramente más prevalente en el grupo de inmigrantes respecto a nativos (60,9% versus 35,3% $p < 0,0001$). Además, los tipos de barrera detectados fueron diferentes entre ambos grupos, resultando características la barrera sociocultural y lingüística o idiomática en el primer grupo y la orgánica en el segundo.

Tabla 9. Barreras de comunicación en ambos grupos

	INMIGRANTES		NATIVOS		<i>p</i>
	%		%		
Sociocultural	22	60,9	16,8	35,3	<0,0001
Orgánica	2,4		15,1		<0,0001
Lingüística	36,6		3,4		<0,0001
No barrera	39,1		64,7		<0,0001

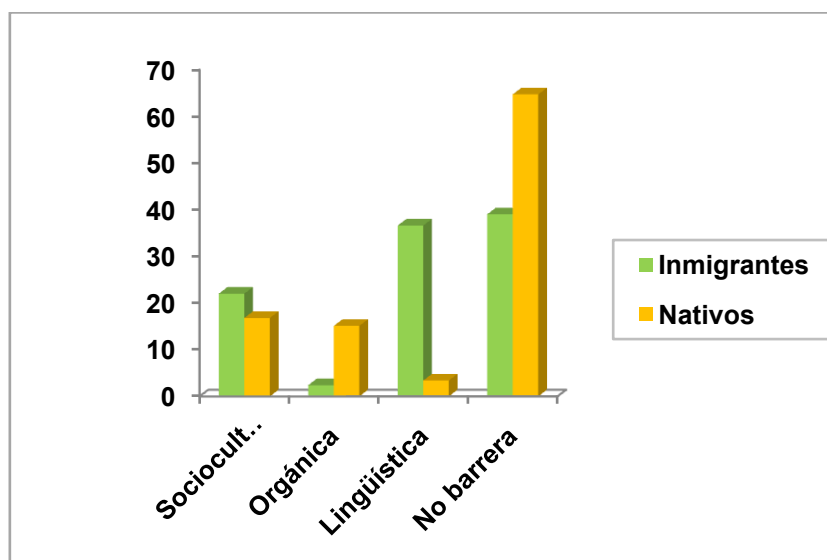


Figura 25. Frecuencia de presentación de barreras de comunicación (%) por grupos.

5.3.2.7 PRESCRIPCIÓN TERAPÉUTICA

La prescripción terapéutica se distribuyó en ambos grupos prácticamente por igual (70,7% inmigrantes versus 68,9 % de nativos, $p = 0,78$) así como la intervención por parte de los distintos grupos sanitarios destacando indicación y pauta médica en un 75,6% en inmigrantes respecto al 70,9% en nativos ($p=0,66$).

La mediana de prescripción de fármaco por paciente inmigrante fue de 1 y el rango de 0-3. En pacientes nativos el rango fue de 0-4 y la mediana igualmente de 1, sin detectar diferencias entre grupos ($p=0,87$).

5.3.2.8 ACOMPAÑAMIENTO Y CONSIDERACIÓN DE ASPECTOS/ CARACTERÍSTICAS DE FORMA INDIVIDUAL

Los inmigrantes vinieron acompañados solo en $\frac{1}{4}$ parte de las visitas (24,4%) que aunque no resulte significativo, contrasta con el 35,3% representado por los nativos ($p = 0,07$). Al comparar ambos grupos y tratar de destacar si se tomaron o no en consideración claramente aspectos individuales de cada paciente que pudieran influir en la visita, en el diagnóstico o el seguimiento posterior, se evidenció que sí ocurrió en un 56,9% de casos en el grupo de pacientes inmigrantes respecto a los 44,5% de nativos. Cabe señalar que los tres casos en los que claramente no se tuvo ninguna consideración fueron detectados en pacientes autóctonos ($p = 0,03$).

5.3.2.9 ESTUDIO MULTIVARIADO: FACTORES ASOCIADOS AL NÚMERO DE CONSULTAS SANITARIAS REALIZADAS EN LOS 12 MESES PREVIOS AL ESTUDIO

Se realizó un estudio multivariado mediante regresión múltiple para estudiar factores asociados al número total de consultas realizadas durante el año previo, introduciendo como variables independientes el origen del paciente, la barrera de comunicación, el número de motivos de consulta y la presencia de patologías crónicas. El resultado evidenció que sólo el origen nativo del

paciente ($p=0,003$) y las patologías crónicas ($p= 0,003$) se asociaban de forma independiente a una mayor frecuentación anual.

Tabla 10. Factores asociados al número de consultas en 12 meses. Análisis multivariado

	R	p
	Pearson	
Origen paciente	- 0,266	0,003
Barrera de comunicación	0,035	0,839
Número de motivos de consulta	0,074	0,525
Patologías crónicas	0,272	0,003

5.3.2.10 RECURSOS SANITARIOS

Para poder valorar o estimar indirectamente el gasto en recursos sanitarios no existe ningún indicador en la actualidad que permita realizar este cálculo, por lo que se codificó de forma abstracta un coeficiente que llamaremos **EC** resultado del producto del número de visitas (mediana) durante el último año y el número de pruebas solicitadas en cada grupo (mediana). El resultado fue claramente superior en el grupo de nativos (EC=30) respecto al de inmigrantes (EC=8) con

$p < 0,003$, lo que podría utilizarse como medidor indirecto de mayor índice de recursos sanitarios consumidos en el primer grupo.

5.3.2.11. TIEMPOS

El tiempo contabilizado dedicado a la exploración física en ambos grupos no presentó diferencias significativas (nativos \bar{x} 1,8 y DE 4,31; inmigrantes \bar{x} 1,2 y DE 1,68 ($p=0,751$)) así como tampoco en la duración total de las visitas (mediana de 7 minutos con extremos 1-52 en nativos; mediana de 8 en inmigrantes con extremos de 1-23 ($p=0,291$)).

5.3.3. COMUNICACIÓN NO VERBAL: GRUPOS

Como ya se mencionó anteriormente se categorizaron tres apartados principales para agrupar los aspectos que describían el análisis de la comunicación no verbal: proxémica (físico médico, ambiente/entorno), kinesia (posición, orientación, porte, nominación, actitud al nominar, invitación al asiento, miradas) y paralingüismos (empatía, tono, volumen y ritmo, extranjerismos, tecnicismos, parafraseo, interrupciones). Comparando entonces cada categoría dentro de la comunicación no verbal y el número de fallos o registros considerados inadecuados en función del origen del paciente, se obtuvieron los siguientes resultados:

5.3.3.1 PROXÉMICA

No se registraron diferencias entre ambos grupos en cuanto al ambiente / entorno donde acontecían la visitas, así como tampoco hubo diferencias de presentación y aspecto físico del facultativo que atendía.

5.3.3.2 KINESIA

Tabla 11. Kinesia y número de fallos según origen del paciente

KINESIA	Inmigrantes (% fallos)	Nativos (% fallos)	<i>p</i>
Posición abierta	2,4	5,9	0,210
Orientado a paciente	16,3	14,3	0,723
Porte dispuesto	5,7	10,9	0,165
Llama por nombre Otros (gestos) No	1,6	5	0,151
Se levanta y mira al paciente	9,9	13,5	0,625
Invita a sentarse al paciente	6,5	7,6	0,933
Mira a los ojos	12,2	25,2	0,016

Prácticamente todas las variables de categoría resultaron claramente inadecuadas en mayor proporción en el grupo de pacientes nativos (tabla 11); destacar como excepción que la orientación al paciente era ligeramente inadecuada en mayor cuantía en el grupo de inmigrantes y la única categoría que resultó relevante desde el punto de vista estadístico fue la de “mirar a los ojos”, representada como inadecuada en una cuarta parte de los pacientes nativos (25,2%).

5.3.3.3 PARALINGÜISMOS

En la siguiente tabla se reflejan el uso de paralingüismos y número de fallos en comunicación no verbal.

Tabla 12. Paralingüismos y número de fallos CNV según origen del paciente

PARALINGÜISMOS	Inmigrantes (% fallos)	Nativos (% fallos)	p
Empatía	10,6	13,4	p = 0,685
Tono/volumen/ritmo adecuados	3,3	3,4	p = 1
Explica el médico el diagnóstico	1,6	1,7	p = 0,552
Explica tratamiento	0	0	p = 0,735
Usa extranjerismos/acrónimos/Siglas	0,8	1,7	p = 0,730
Usa tecnicismos	28,5	36,1	p = 0,218
Parafraseo negativo	12,2	14,3	p = 0,706

Entre todas las variables dentro de la categoría de paralingüismos (tabla 12) no se registró ninguna de ellas que advirtiera diferencias significativas entre grupos aunque de nuevo en todas ellas se apreciaba una menor tendencia al uso de tecnicismos, extranjerismos e incluso parafraseos hacia el colectivo inmigrante.

5.3.4 FRECUENCIA DE FALLOS EN COMUNICACIÓN NO VERBAL POR GRUPOS

Se describen a continuación el número de fallos en comunicación no verbal por grupos y la influencia del origen del paciente. Hasta 4 fallos, inclusive, las diferencias no son estadísticamente significativas entre grupos, pero a partir de este punto el número de fallos predomina en nativos.

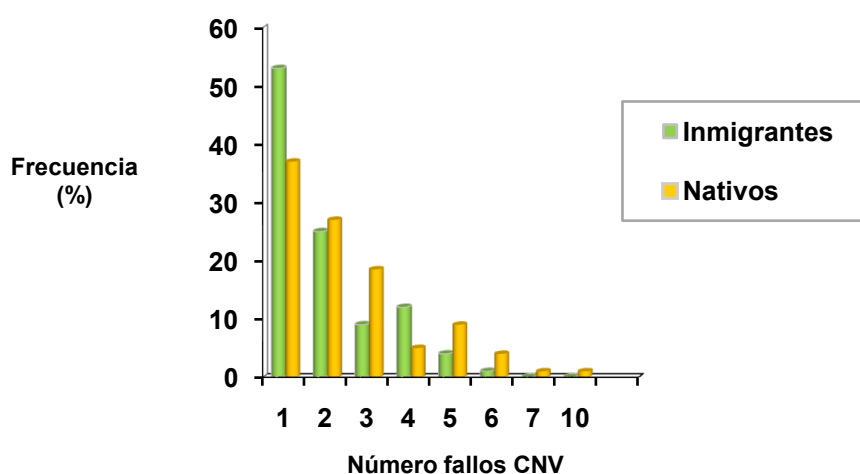


Figura 26. Número de fallos en CNV y frecuencia de presentación según el origen del paciente.

En el estudio actual se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al verificar 5 o más ítems evaluados como incorrectos/inadecuados durante la visita (tabla 13).

Tabla 13. Relación entre origen del paciente y fallos en las variables medidoras de CNV a partir de 4 fallos.

	Inmigrantes (%)	Nativos (%)	<i>p</i>	OR	IC 95%
4 o más fallos	14,6	17,6	0,322	0,8	0,402-1,590
5 o más fallos	4,1	12,6	0,014	0,29	0,103-0,836
6 o más fallos	0,8	5	0,055	0,15	0,018-1,302

5. 4. ESTILO MÉDICO-PACIENTE: INTERACCIÓN

En la muestra general de estudio (tabla 14) los facultativos participantes eran profesionales que tuvieron en cuenta las palabras y términos utilizados durante la asistencia, explicando correctamente el diagnóstico y tratamiento pautados a seguir, utilizando el tuteo como forma frecuente de generar confianza durante la relación con su paciente y con un estilo de actuación principalmente negociador a pesar de las numerosas interrupciones que se sucedían durante la misma. Los pacientes de la población de estudio fueron habitualmente neutrales en su actitud, interrumpieron por igual al médico como éste a ellos y sólo una pequeña proporción se comportaron con actitud frontal.

Tabla 14. Variables estudiadas en los estilos de relación médico-paciente: datos de la muestra general

Variables	Categorías	Porcentaje(%)
Predominio de contacto	Diálogo	92,1
	Órdenes	7,9
Interrumpe el médico	Sí	15,3
Interrumpe el paciente	Sí	17,8
Actitud del paciente frontal	Sí	2,5
Estilo paciente	Neutro	82
	Víctima	2,5
	Agresivo	1,2
	Rumiante	3,7
	Demandante	4,5
	Otros	5
Estilo médico	Paternalista	14,5
	Negociador	79,3
	Autoritario	4,5
	Consumista	1,7
Tutea el paciente al médico	Sí	83,1
Tutea el médico al paciente	Sí	78,9
Interrupciones durante la visita	Sí	26,9

Las principales interrupciones registradas durante las visitas y que por tanto perjudicaron el desarrollo de una asistencia de calidad fueron mayoritariamente interrupciones debidas a llamadas telefónicas tanto de otros miembros del centro sanitario como móviles personales, entrada de personal sanitario durante la visita para realizar o no alguna consulta al médico facultativo, ruidos exteriores de trabajos en la periferia del centro que dificultaban la comunicación y llegada con retraso de algún acompañante del paciente. Al comparar ambos grupos se registraron los datos reflejados en la tabla 15.

Tabla 15. Variables estudiadas en los estilos de relación médico-paciente en ambos grupos.

Variables	Categorías	Inmigrantes (%)	Nativos (%)	p
Predominio de contacto	Diálogo	91,9	92,4	0,530
	Órdenes	8,1	7,6	
Interrumpe el médico	Sí	8,9	21,8	0,007
Interrumpe el paciente	Sí	13,8	21,8	0,13
Actitud del paciente frontal	Sí	0	5	0,013
Estilo paciente	Neutro	89,3	76,5	0,09
	Víctima	0	5	
	Agresivo	0	2,5	
	Rumiante	3,3	4,2	
	Demandante	3,3	5,9	
	Otros	4,1	5,9	
Estilo médico	Paternalista	13,8	15,1	0,771
	Negociador	81,3	77,3	
	Autoritario	3,3	5,9	
	Consumista	1,6	1,7	
Tutea el paciente al médico	Sí	82,9	83,2	0,215
Tutea el médico al paciente	Sí	81,3	76,5	0,019
Interrupciones durante la visita (externas)	Sí	26	27,7	0,438

Estos datos, reflejan que los médicos tenían tendencia durante las visitas a un contacto habitualmente más de diálogo que de orden para con sus pacientes fuera cual fuera su origen, con un estilo donde predominaba la negociación destacando significativamente una menor frecuencia en la tasa de interrupciones médicas registradas hacia el grupo de pacientes inmigrantes ($p=0,007$). Asimismo, los facultativos utilizaron el tuteo con más frecuencia como modo general de dirigirse a los pacientes, destacando más su uso hacia el colectivo inmigrante ($p=0,019$). Los pacientes inmigrantes se presentaron

hacia el facultativo con un estilo que les definía mayoritariamente como neutros, sin registrar caso alguno de paciente victimista o agresivo así como sin detectar ningún caso de actitud “frontal-desafiante” hacia los facultativos a diferencia de los pacientes nativos ($p= 0,013$).

5.5. LA SESIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES

Los facultativos que participaron en la entrevista de grupos focales conformaban un grupo compuesto por 14 personas, 12 de ellas de género femenino, que se definieron con lengua materna en casi 2/3 partes de los casos como castellano-parlantes. Trece de ellos afirmaron haber recibido formación sobre comunicación y relación médico-paciente así como sobre asistencia a pacientes inmigrantes. Consideraron la gran mayoría de ellos (13/14) que existe habitualmente un perfil “típico” de paciente inmigrante, definido como paciente de sexo femenino de 30-40 años, casada, en estado laboral activo y hábito religioso musulmán. Opinaron en su mayoría que habitualmente frecuentan más las consultas que los pacientes autóctonos, pero no por más motivos, destacando sobre todo las consultas por cefalea, dolor abdominal, lumbalgia y mal estar general, con diferencias entre los distintos grupos según su origen. Expresaron claramente una mayor dificultad en la comunicación con estos pacientes destacando principalmente la barrera idiomática como el principal problema de comunicación entre ambos. Asimismo, consideraron que estas diferencias y barreras en más de la mitad de los encuestados, justificarían por parte de los facultativos una mayor solicitud de pruebas complementarias, pero no una mayor frecuencia de derivación a otras áreas especializadas o de servicios de urgencia. Un 42% consideraron que este grupo de pacientes solicitan ellos mismos un mayor número de pruebas complementarias y un 28,6% que demandan más derivaciones a otros servicios, dedicándoles por tanto un mayor tiempo a estos pacientes durante sus consultas. En poco más de la mitad de casos confirmaron que habitualmente los inmigrantes acuden acompañados lo que claramente facilita la comunicación.

Prácticamente todos afirmaron tener muy en cuenta la situación y orígenes del paciente de forma individualizada a la hora de la influencia que esto podría tener en la toma de decisiones, terapias, fármacos.... Además, fueron considerados en más de un 70% de casos como menos cumplidores, existiendo claras diferencias de actitud entre los distintos grupos (los magrebíes como los más demandantes y menos cumplidores, los sudamericanos como los más sufridores, los senegaleses poco cumplidores). Casi todos los participantes confesaron tener más dificultades en la atención a algunos grupos concretos de inmigrantes sin especificar cuáles de ellos, e incluso consideraron que algunos se asemejan más a los pacientes autóctonos (aquellos procedentes de algunas regiones de Europa del Este, sudamericanos de alto nivel formativo, argentinos...).

La sensación o emoción que más reflejaron que se suele repetir en una situación de dificultad comunicativa en la relación médico-paciente inmigrante fue la de esfuerzo (78,5%), seguida de ansiedad (57,1%) e impaciencia (14,3%).

Muchos sugirieron el uso de mediadores, cursos de formación específica, cursos de idiomas e integración para pacientes con diferentes lenguas. La mitad de los casos consideraron que inicialmente ya cambian de actitud al recibir a un paciente inmigrante y en algunos casos esto se ve influido por la escolarización del mismo y/o su origen, pero no por su edad o religión. No refirieron una mayor o menor empatía con ellos desde el inicio de la visita, y solo un 28% consideró que en ocasiones hay diferencias en cuanto a la exploración física que realizan, justificados por su sexo o país de procedencia. Casi todos ellos afirmaron esforzarse por conseguir una adecuada relación con sus pacientes sea cual sea el origen, confesando que les produce ansiedad en algo menos de 1/3 de los casos, y confirmando en un 50% de ellos que probablemente esta ansiedad es percibida por los pacientes.

Respecto a las variables de comunicación no verbal, reflejaron en sus respuestas que habitualmente cuidan su apariencia, que atienden bastante los aspectos que reflejan la comunicación no verbal, evitando siempre utilización

de extranjerismos, y utilizando el tuteo como forma de acercamiento siempre de forma respetuosa, comportamiento descrito como similar con todos los pacientes sea cual sea su origen. Si los pacientes reflejasen una actitud difícil para con ellos, muchos aseguraron que probablemente cambiaría su actitud, pero consideraron que habitualmente suelen ser negociadores en un 78,6% de los casos. No hay un prototipo de actitud en los pacientes inmigrantes, afirmando que “hay de todo”, y sí sugirieron que las dificultades deben ser solventadas por ambas partes aunque hay 3 de los encuestados que sentenciaron deben ser los pacientes los implicados directos en la resolución del conflicto generado.

Todos ellos se definieron a sí mismos como personas de ideas y actitud NO vinculada al racismo.

6. DISCUSIÓN

La sensación de que existen diferencias, en muchos casos de una manera sutil y casi imperceptible, a la hora de atender a pacientes procedentes de distintas culturas, religiones y/o países y las reflexiones que surgen con motivo de este choque cultural que genera en ocasiones dificultades dentro del colectivo médico en su quehacer diario, se convirtieron en el principal signo guía para iniciar el presente estudio.

A través de lo fácilmente objetivable mediante datos, números, citas... dentro de las consultas, se reflejan aspectos que revelan las dificultades de comunicación y de relación entre galeno y paciente. Por otra parte, de forma subyacente, la comunicación no verbal puede transmitirnos información igualmente valiosa para analizar la dinámica de esa relación.

6.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

De acuerdo con este estudio, la población inmigrada es más joven y sana que la nativa. Proceden de países de origen norteafricano y Sudamérica, similar a los resultados demográficos de otros estudios ^(30,40,79,84). Los motivos de consulta suelen representar patología aguda y resultan semejantes a otras publicaciones ^(30,40,54,79-84). La prevalencia de las patologías crónicas encontradas en los pacientes del presente estudio, en ambos grupos, concuerdan con las encontradas en otros textos ^(30,40,41,79). Cabe destacar de forma significativa la mayor prevalencia de patología crónica pulmonar y degenerativa ósea en el grupo de pacientes nativos, que podría ser reflejo de una población más envejecida y parece ser uno de los justificantes de la mayor frecuentación y número de exploraciones complementarias anuales que presentan.

A pesar de que algunas tendencias de opinión y publicaciones ^(40,54,55) refieren que los facultativos consideran a priori a los pacientes inmigrantes como usuarios frecuentadores del sistema y más demandantes en ocasiones de pruebas u otros servicios asistenciales, los datos recogidos en nuestra

investigación a este respecto se asemejan a lo reflejado en otros estudios en los que estos pacientes son menos frecuentadores^(54,81,83).

Cabe precisar que algunos textos⁽⁴⁰⁾ reflejan que los inmigrantes utilizan los servicios de urgencia con más asiduidad y atribuyen este hecho al desconocimiento del sistema y de las distintas formas de acceso al sistema sanitario. Nuestros datos, en contraste, reflejan que los pacientes inmigrantes acudían mayoritariamente a las consultas programadas como forma habitual de acceso al sistema^(30,79,80), lo que podría explicarse por las características del centro de atención médica en que se realiza el estudio y las propias de la población inmigrada estudiada. El centro de estudio es de Atención Primaria, no un Servicio de Urgencias hospitalario y además dispone de un sistema de programación de citas caracterizado por la facilidad para establecer visitas programadas y reserva de citas espontáneas en el mismo día de la consulta. En cuanto a los pacientes inmigrantes, sus características socio-demográficas -país de procedencia, sexo, edad y situación familiar- son diferentes a los de los pacientes estudiados en otras publicaciones, lo que sumado al tiempo de estancia en el país y a la mayor relación con su médico de referencia, podrían traducir un clima de confianza que suscite una mayor solicitud de visitas en la consulta habitual. Por otro lado, hay que tener en consideración la procedencia de estos pacientes, en muchos casos, de culturas en las que la salud solo es preocupación cuando hay motivo o síntoma evidente, no como prevención o como parte de un estilo de vida, lo cual podría llevar a la utilización de los recursos sanitarios de urgencia solo como manera de abordar de forma inmediata los primeros signos o síntomas de enfermedad.

Tal y como reflejan nuestros resultados, el origen nativo de los pacientes y la presencia de patologías crónicas son las variables que producen mayor impacto en la mayor frecuentación anual de los pacientes. Los factores que pueden explicar la mayor frecuentación de la población nativa son múltiples. Algunos debido a sus propias características de salud: es una población más envejecida y, consiguientemente, con mayor padecimiento de enfermedades crónicas. Otros por sus condiciones sociales: mejor conocimiento del funcionamiento y accesibilidad al sistema sanitario, la habitual relación de larga

evolución con sus médicos de referencia y ausencia de barrera idiomática. Y, finalmente, otros culturales: hábitos de prevención y promoción de la salud.

La duración total de las visitas no detectó diferencias entre grupos. Cabe pensar que el tiempo que puede suponer la existencia de barrera idiomática en los inmigrantes se ve compensado por la mayor comorbilidad y edad de los nativos. La exploración física tampoco detectó diferencias entre grupos. Sin embargo, se ha considerado que este resultado es de muy difícil valoración e interpretación, puesto que existen múltiples factores que habría que ajustar tales como el motivo de consulta, edad, presencia de patologías previas, etc. para poder definir con precisión el verdadero significado de este dato.

6.2. BARRERA DE COMUNICACIÓN Y DECISIONES ADOPTADAS POR EL FACULTATIVO DURANTE LA VISITA

La barrera de comunicación está presente y de forma variada en ambos grupos, pero como era de esperar se detecta en prácticamente el doble de casos entre inmigrantes que entre nativos, a expensas de las barreras lingüística ^(40,84) y sociocultural. Resulta especialmente relevante que sea la barrera orgánica la que más influye de forma significativa en el mayor número de consultas que realizan los pacientes al CAP anualmente, así como en el número de veces que son derivados a otras áreas. Destacar así que a pesar de la alta prevalencia de barrera sociocultural e idiomática en los pacientes inmigrantes ésta no influya en la frecuentación o derivación anual.

Al analizar el número de pruebas complementarias solicitadas a pacientes inmigrantes los resultados se asemejan a otras publicaciones pues se evidencia que durante la visita de estudio se les solicitó un mayor número de pruebas ⁽⁴⁰⁾, pero en el contaje anual fueron superados por los nativos ⁽⁵⁴⁾ ya que éstos resultaron más frecuentadores, como ya hemos visto. Si tenemos en cuenta que los pacientes inmigrantes presentaron una importante frecuencia

de barrera de comunicación, podríamos atribuir la mayor solicitud de pruebas a una forma de saldar la dificultad comunicativa ⁽⁴⁰⁾, lo que podría traducir un mayor gasto sanitario. Sin embargo, esta idea queda desmontada por los resultados del análisis del coeficiente EC, definido como el producto del número de exploraciones complementarias y la mediana de las visitas realizadas durante el año previo. Este índice constata que el gasto sería mayor en pacientes nativos similar a los resultados descritos por López Nicolás et al ⁽⁸⁵⁾. La menor asistencia anual del colectivo inmigrante es el dato que permite entender estos resultados.

Cabe mencionar en este apartado la opinión de autores como Bellón ⁽⁸⁶⁾ que, en 2001, refería que la menor duración de las consultas en Atención Primaria se relaciona con una menor dedicación hacia la expresión o preguntas que requiere el paciente, lo que conlleva a una mayor tasa de derivaciones a otros servicios, menos prevención y promoción de la salud, menor satisfacción tanto de médicos como de pacientes, y por tanto, como resaltan Moore⁽⁸⁷⁾ y Loriente⁽⁸⁸⁾ posteriormente, repercuten en detrimento de la calidad asistencial. A este respecto, añadiendo la característica distintiva del origen del paciente, algunos textos establecen un mayor número de derivaciones en el grupo de inmigrantes según su país de procedencia ^(89,90).

En nuestro estudio contrasta el dato de que no hubo diferencias entre los dos grupos de estudio en cuanto al número de derivaciones realizadas a otros niveles asistenciales. Se podría destacar tan solo una mayor tendencia, no estadísticamente significativa, en el grupo de nativos, pudiendo explicarse nuevamente por la mayor frecuentación y presencia de patología crónica en este grupo así como por las diferentes características socio-demográficas de nuestros pacientes foráneos ya comentadas previamente. Otros autores como Fuertes et al ⁽⁵⁴⁾ describen un mayor número de derivaciones en el colectivo nativo, con variedad de destino entre las diferentes áreas de especialización destacando como excepción y de forma significativa la mayor remisión del colectivo inmigrante a los servicios de Urgencias y Ginecología, datos que podrían explicarse dado que el análisis comparativo solo se realizó en la franja de edad que se consideró más representativa en cada grupo. De esta forma, la

población inmigrante siendo más joven y sana acudiría a servicios para recibir atención urgente por patología aguda y por motivos gineco-obstétricos propios de una población más joven y sana (embarazo y parto).

Destacar también la menor tasa de acompañamiento en el grupo de pacientes inmigrantes –sin llegar ser estadísticamente significativa- , a pesar de una mayor presencia de barrera de comunicación, dado que su presencia podría considerarse una ayuda en el proceso de relación entre médico y paciente, solventado dificultades para establecer una correcta atención de calidad.

Como ya proponía Donabedian ⁽⁵⁷⁾ el propio técnico, sus conocimientos y la relación interpersonal son los tres vértices a tener en cuenta para lograr una asistencia de calidad. A este respecto y como sugieren otros autores⁽³⁰⁾, tener en cuenta por ejemplo los hábitos de sueño y horarios de trabajo de un transportista de larga distancia, la situación socio-familiar de pacientes con papel de cuidadores principales y con personas dependientes a su cargo o el periodo de Ramadán en musulmanes entre otras muchas consideraciones, pueden influir por tanto en nuestra relación con los pacientes optimizando la calidad asistencial que se les ofrece así como en términos de adhesión al tratamiento y satisfacción del paciente. Por ello, en nuestro estudio, a pesar de no poder definir con mayor precisión los resultados sobre si los médicos tuvieron en consideración o no las características propias de cada individuo en su contexto y situación al atender a los pacientes, es de remarcar que los tres únicos casos claramente NO considerados objetivamente, se registraran en el grupo de pacientes nativos.

6.3. ACTITUD ADOPTADA Y COMUNICACIÓN NO VERBAL

Algunos autores ^(30,34,59) han propuesto que para lograr un buen clima comunicacional es indispensable ofrecer un marco y ámbito de confidencialidad, con tiempo, espacio, voz pausada y suave, miradas sinceras, con una escucha activa, brindando silencios terapéuticos y gestos reafirmantes

del espacio, logrando menor tensión, ansiedad y mayor exposición de contenidos.

En relación a la actitud adoptada, los pacientes que participaron en el estudio, procedentes de ambos grupos, se comportaron durante las visitas con una actitud predominantemente neutral así como los facultativos que les atendieron, donde se evidenciaron actitudes negociadoras en la gran mayoría de las visitas.

En el apartado de proxémica que incluía el entorno/ambiente donde se desarrollaba la visita y la apariencia y físico del médico que asistía, no se detectó en ningún caso que éste fuera inadecuado. Probablemente esta concordancia total pueda atribuirse a que el médico y la adecuación de la consulta eran elementos independientes puesto que ya habían sido adjudicados y preparados antes de conocer el origen del paciente en cuestión.

En el apartado de kinesia, destacar la menor tendencia en la “orientación” hacia el paciente inmigrante, pudiendo traducir uno de los aspectos más descuidados por los facultativos en la atención al paciente inmigrado; este aspecto podría verse influido por el mayor uso de ordenadores como instrumento de consulta del historial clínico de pacientes que son habitualmente menos frecuentadores y poco conocidos por su médico de referencia o en ocasiones porque la propia orientación fuera dirigida hacia algún acompañante que ejerciera de interlocutor principal. Al analizar globalmente el resto de parámetros, la tendencia sin embargo registró más fallos en la atención a pacientes nativos y como ejemplo de ello, la categoría “mirar a los ojos” fue claramente inadecuada casi en un 25% de nativos, frente a un 12% de inmigrantes. Podría interpretarse si la menor dificultad o presencia de barrera en la comunicación que se exponía anteriormente en este grupo traduciría la menor necesidad de “mirar directamente a los ojos” para solventar estas barreras.

Al registrar la forma de llamar al paciente -en la categoría “llamar por su nombre”- se consideró como inadecuado el avisarles solo por su nombre, por gestos o ni siquiera llamarles, esperando que fueran ellos los que por turno

considerasen que eran los siguientes en ser atendidos. Se registró un mayor número de llamadas inadecuadas en el grupo de nativos respecto al de inmigrantes, aunque sin llegar a diferencias estadísticamente significativas, quizás debido a que los pacientes nativos llevaban más años en contacto con sus médicos de referencia y el grado de confianza y contacto con ellos era mayor, de manera que en muchos casos no precisaron nominarles con nombre y apellidos o simplemente con una mirada o un gesto fue suficiente para que fueran reclamados. Por lo tanto se podría deducir que este hecho puede tener varios significados sin llegar a considerarse acto de desprecio o tener consideraciones negativas.

Entre las variables que se incluyeron como paralingüismos destacó un menor uso en el grupo de inmigrantes, lo que podría traducir una mayor sensibilidad y cuidado en la interacción con este grupo, dada la elevada presencia de dificultad comunicativa que existe habitualmente con estos pacientes tal y como ha sido descrito previamente.

Al contabilizar ordinalmente el número de fallos registrados en la comunicación no verbal en ambos grupos, hay que resaltar que no hallamos diferencias relevantes por debajo de 4 fallos, pero la consideración final de “comunicación no verbal inadecuada” fue establecida en 5 fallos o más, y es por tanto en el grupo de nativos donde se registraron más casos de forma estadísticamente significativa. A pesar de que al registrar más de 6 fallos estas diferencias ya no resulten significativas, se continúa manteniendo la clara tendencia a ser menor la comunicación inadecuada en el grupo de pacientes inmigrantes. Destacar que las dificultades idiomáticas y culturales son las barreras de comunicación que más se asocian a la presencia de fallos en comunicación no verbal, que como ya se describió, resultó más frecuente en los pacientes inmigrantes. Esto podría traducir que los facultativos, frente a las dificultades que representan las barreras existentes al atender al colectivo inmigrante, realizan un esfuerzo mayor para ofrecer una asistencia sanitaria de calidad. Asimismo, la mayor frecuentación de los pacientes nativos a las consultas ordinarias y la cercanía que suelen reflejar para con su médico de referencia, podrían explicar un mayor clima de confianza entre médico y paciente que explicaría cierta

relajación en estos rasgos de comunicación no verbal debido a un menor sobreesfuerzo al atenderles.

Durante las visitas a los pacientes inmigrantes, se registraron menor número de interrupciones por parte del médico, probablemente esto refleje nuevamente la especial atención y cuidado que dedican los facultativos y la calidad de la asistencia que les ofrecen.

6.4. GRUPOS FOCALES

Los facultativos que participaron en la sesión de grupos focales, en su mayoría incluidos también en el presente estudio (93%), expresaron claramente su percepción de mayor dificultad en la atención al grupo de pacientes inmigrantes tal y como se describe en otros estudios ^(30,54,55). Atribuyen esta tendencia al mayor esfuerzo que les genera la asistencia a este grupo, la sensación de dedicarles más tiempo y a la necesidad de suplir barreras de comunicación. Hacen hincapié incluso en las diferencias culturales, que consideran influyen claramente en la dinámica de la visita sanitaria así como en el cumplimiento terapéutico o en el seguimiento de estos pacientes. A pesar de representar para ellos claramente un “ punto de inflexión” la atención a estos pacientes ⁽⁵⁴⁾, los resultados obtenidos en este estudio, tras la evaluación y análisis de su actitud hacia los pacientes inmigrantes atendidos, no reflejan ese “discomfort”, incluso evidencian diferencias a favor de este grupo, probablemente reflejando la profesionalidad, formación y experiencia que han ido adquiriendo en la asistencia a estos pacientes con el paso de los años, así como una ética profesional capaz de vencer sus propios prejuicios.

Como describe Gailly ⁽⁹¹⁾ en su “ análisis de la atención sensible a la cultura”, existen tres puntos clave en las dificultades que experimenta el médico en su relación con pacientes inmigrantes definidas por el rechazo, la derivación a otros niveles o competencias considerándose a sí mismo como no capacitado para ayudar a esos pacientes y/o evitando asumir las diferencias que existen

entre ambos. A pesar de ello, nuestros facultativos sí reflejaron sus dificultades y en ocasiones reconocen cambios de actitud negativa hacia la atención a los pacientes, en muchos casos justificada por la transferencia “demandante, imponente u hostil” que perciben de sus pacientes. Reconocieron un mayor esfuerzo, impaciencia e incluso sensación de ansiedad al intentar establecer una correcta relación con aquellos pacientes más difíciles de abordar, ya sea por problemas en la comunicación, en la comprensión de los problemas de salud que acontezcan y las actitudes que han tenido o puedan derivar de ello; todo ello, fue reflejado en los resultados obtenidos en el estudio observacional sobre sus conductas y los aspectos valorados en comunicación no verbal, puesto que confirman que no existieron diferencias en el trato entre ambos grupos, e incluso se expuso claramente una tendencia mayor a evidenciarse una comunicación no verbal inadecuada en pacientes nativos.

6.5. LIMITACIONES

Las principales limitaciones del presente estudio son:

- ◆ Sesgo del observador: al tratarse de un centro sanitario docente, era habitual para los pacientes encontrar varios facultativos atendiendo a la vez, como médico residente en formación o estudiante en prácticas, por lo que no representaba un problema asistencial. Los facultativos, por su parte, no sospechaban sobre el verdadero objetivo del estudio, y aunque si bien es cierto que sólo el hecho de sentirse observado puede repercutir y modificar algunas conductas, los principales ítems a analizar eran subjetivos e inconscientes, por lo que difícilmente podrían alterarse o dicho de otro modo, se presuponen se distribuyeron por igual en todos los observados. Además, el propio facultativo titular presentaba al observador como miembro del equipo médico y colaborador en un estudio científico sobre la población inmigrante.

- ◆ Sesgo del género del facultativo dentro del equipo de asistencia médica (2/3 de las visitas son realizadas por mujeres), no existiendo una representación masculina equitativa y un grupo homogéneo, siendo el género del médico un aspecto que pudiera influir en la relación con los pacientes y que limite por tanto la interpretación de los resultados.
- ◆ Sesgo de proporción de pacientes atendidos por cada uno de los facultativos puesto que los pacientes eran seleccionados al azar según la metodología descrita previamente por lo que todos los facultativos participantes no fueron valorados en igualdad de proporción.
- ◆ Datos no recogidos en la evaluación de aspectos de comunicación no verbal, tales como el uso o no de indicadores, moduladores, reguladores o adaptadores del lenguaje durante la entrevista, el registro de la expresión facial del médico, la sonrisa, el uso o abuso de silencios, etc. que forman parte de la comunicación no verbal pero que por la abundancia de datos que concurrían casi de forma simultánea durante la visita, podrían no ser adecuadamente registrados por un solo observador.
- ◆ Validez externa del estudio. Los datos que se deducen de este estudio no pueden ser extrapolados a otras áreas de salud ni a nivel de la población general, dada la muestra recogida y el área de estudio.

6.6. RECOMENDACIONES

Para poder establecer una adecuada y eficiente relación entre médico y paciente inmigrante, muchos profesionales desarrollan actitudes en ocasiones de excesiva simpatía con estos pacientes y otros optan por el no considerar en absoluto las diferencias que existen entre ambos y sus culturas. Tales actitudes son consideradas por algunos autores ⁽⁹¹⁾ como contraproducentes en sí mismas puesto que provoca un desequilibrio notable evidentemente por exceso o por defecto. Otros profesionales pueden intentar adaptarse al paciente fascinándose por su cultura, pero con cuidado de no colocar al

paciente en posición de mediador cultural por si mismo lo que asimismo desestabilizaría el proceso mismo de relación entre ambos.

Tal y como describe Gailly ⁽⁹¹⁾, las propuestas sugeridas por algunos autores abogan por abordar claramente el conocimiento etnográfico del paciente, la situación antropológica, así como la relación etno-médica y etno-psiquiátrica por considerarlas clave para reducir las diferencias culturales entre médico y paciente y por tanto para alcanzar una eficiencia terapéutica adecuada. Otros proponen comprender las diferencias en los modelos culturales entre ambos como un aspecto más relevante que la propia etnografía en sí. Al aplicar ambas actitudes según Gailly, sin embargo, no se consigue una relación más eficiente, de hecho los médicos utilizan entonces actitudes ya estereotipadas que pueden perjudicar la relación.

La introducción de intérpretes y traductores ^(30,31,33,59) representa una solución adecuada para solventar diferencias idiomáticas entre ambos sujetos, pero aunque los pacientes se identifican con el propio intérprete, la presencia del mismo conlleva el riesgo de pérdida y ausencia del papel emocional, la empatía, los aspectos subjetivos de la comunicación directa, pues la traducción simple mermaría esta relación y por tanto sería poco eficiente. Para reducir estas diferencias⁽⁹¹⁾, lo ideal sería ser atendido por un médico procedente del mismo origen etnográfico y cultura que el paciente, aunque también existiría el riesgo de que los pacientes inmigrantes podrían verlo en sus orígenes como semejante pero con formación especializada e implicado ya en la nueva cultura (occidental) y por tanto a otro nivel, lo que podría conllevar el hallar las mismas diferencias que con un médico nativo (celos de haber escapado de su cultura o incluso peor preparado por haber tenido que emigrar, etc).

En Cataluña, a partir del año 1993-95⁽⁹²⁾, se establecieron propuestas de criterios comunes para la atención a pacientes inmigrantes en la atención de enfermedades tropicales, sexuales, abordaje materno-infantil, dental. Posteriormente, se crearon oficinas de Cooperación Internacional y Salud Migracional y el servicio telefónico *Sanitat Respon* para traducción sobre algunos idiomas. Desde el año 2002 hay grupos de trabajo que sugieren

necesarios la incorporación de traductor e intérprete así como la participación de mediadores y agentes de salud. Existen ya servicios pioneros e importantes en Cataluña empezando por la presencia de mediadores culturales en hospitales de Mataró, Vall d'Hebron, Hospital Sant Joan de Déu y el más importante en el Hospital del Mar, colaborando con la comunidad gitana, magrebí y paquistaní.

Las soluciones propuestas en otros países como Reino Unido y Francia⁽⁹³⁾ se basan en la formación de observatorios de análisis de migración, seminarios y foros, programas de formación prácticos, publicación de material para facilitar programas culturalmente sensibles, contratación de personal perteneciente a minorías étnicas... teniendo en cuenta asimismo el papel contradictorio de estas medidas y la consecuencia de reflejar esta situación de diferencia y por tanto de discriminación al pertenecer a "otro colectivo".

En cuanto al análisis de impacto económico , como ya se expuso anteriormente, no existen estudios que avalen la repercusión económica de la atención/ asistencia a pacientes inmigrantes en cifras exactas o aproximadas, pero utilizando indicadores indirectos se puede intuir la necesidad de nuevas estrategias con las que poder solventar esas barreras de comunicación que se percibe conllevan mayor gasto económico, con el fin de optimizar los recursos humanos y económicos de que disponemos, lo que podría ser objeto de otro estudio y una nueva línea de investigación.

Tras el análisis de los estudios publicados al respecto y los resultados del presente, aún a pesar de los posibles inconvenientes y dificultades que pudieran surgir, han de considerarse las sugerencias de varios colectivos ^(42,43,94): proponen entre otros empezar por facilitar el acceso al sistema sanitario, informando a los pacientes sobre el propio sistema y su adecuada utilización; desarrollar e implantar protocolos de acogida; con la propuesta firme de elaborar modelos de salud comunitaria que incluyan una asistencia multidisciplinar con intérpretes y mediadores; con formación médica, cultural y antropológica de los propios profesionales; con recursos suficientes y folletos informativos; adecuando centros de estudio y vigilancia de la salud de este

colectivo en particular, con el fin de que todas estas medidas ayuden en la práctica diaria a intentar alcanzar una relación de calidad para con estos pacientes, repercutiendo así mismo en una mayor satisfacción laboral de los profesionales que les atienden así como justificando finalmente un menor gasto en recursos sanitarios. Conviene realzar también la participación y propuestas sugeridas por las administraciones públicas de forma homogénea y conjunta pues tal y como reflejan Ramos et al ⁽²⁹⁾, en ocasiones las prioridades de las Administraciones autonómicas y centrales no coinciden: abogan más las primeras por el acceso a los servicios sanitarios mientras que la Administración central prioriza la regularización de todos los inmigrantes.

En el marco específico de la comunicación con el paciente inmigrante, existen propuestas ^(59,94,95) que sugieren: inicialmente explorar la enfermedad y la dolencia, centrándose en la comprensión de la persona como tal e individualizando sus características; establecer además un objetivo común y definición del problema, utilizando instrumentos que disminuyan las barreras lingüísticas haciendo énfasis en gestos, usando hojas de auto-cumplimentación de motivo de consulta y carpetas de salud para inmigrantes; atender y dirigirse activamente al paciente evitando dirigirse al traductor por defecto, con un recibimiento cordial; delimitar la consulta, con escucha activa y empatía, clarificando y señalando con preguntas abiertas y sugerencias; realizar una exploración física adecuada al paciente teniendo en cuenta su dimensión cultural basada en el respeto; posteriormente y tras enunciar el problema, definir propósitos, explicando el tratamiento a seguir y comprobando su asimilación por el paciente; por último, aprovechar esta situación para explicar el funcionamiento del sistema sanitario y las vías de acceso, reforzando un buen cierre de la entrevista e invitando a una nueva visita de control si procede.

Es interesante observar cómo en los últimos años han surgido cada vez más proyectos que tratan de abordar el estudio de la relación interpersonal entre médico y paciente y los diversos factores que influyen en ella; mencionar como ejemplos de ello, la importancia y adecuada evaluación de la Entrevista Motivacional en profesionales en el ámbito de la Atención Primaria ⁽⁹⁶⁾ o el estudio de las expresiones de sufrimiento verbales y no verbales de los

pacientes y la actitud de los médicos hacia ello⁽⁹⁷⁾, ambos registrados en la Universidad Autónoma de Barcelona. Estos ejemplos reflejan el creciente interés de nuestra sociedad por aspectos hasta hace poco tiempo apenas considerados pero de una gran relevancia, lo que permite apostar por nuevas líneas de investigación al respecto. Aún así, hay que destacar que en comparación con otras ramas del ámbito científico, existen aún en general pocos estudios de investigación centrados en comunicación no verbal en la relación médico-paciente y aún más escasos en el ámbito de la inmigración. Por ello, es recomendable dada la importancia de la relación entre médico y paciente, la relevancia de la comunicación no verbal en esta relación y la presencia de población inmigrante en nuestra sociedad, ampliar nuestros conocimientos con estudios o proyectos que probablemente nos ayuden a entender y a optimizar la atención y calidad asistencial que ofrecemos a estos pacientes.

7. CONCLUSIÓN

- ◆ Existen diferencias en la asistencia médica a pacientes inmigrantes y nativos medidas a partir de aspectos de comunicación no verbal. Destaca una actitud inadecuada con mayor frecuencia en la atención a pacientes nativos, en contraste con la hipótesis inicial.
- ◆ Los pacientes estudiados presentan características socio-demográficas diferentes: en ambos grupos predominan las mujeres pero los inmigrantes son más jóvenes y tienen menos patologías crónicas (hipertensión arterial, dislipemia, depresión/ansiedad, patología respiratoria crónica y degenerativa ósea).
- ◆ El número y tipo de motivos de consulta son similares entre nativos e inmigrantes, así como la prescripción terapéutica y el número de fármacos prescritos.
- ◆ Los pacientes nativos consultan con mayor frecuencia tanto a los servicios médicos como los de enfermería y se les solicitan anualmente más pruebas complementarias y derivaciones. Sin embargo, inmigrantes y nativos son citados a visita de control por igual.
- ◆ El número de visitas realizadas al año se relaciona significativamente con el origen del paciente y las enfermedades crónicas, de manera que es superior en nativos y a mayor comorbilidad.
- ◆ La presencia de barrera de comunicación en todos los pacientes se relaciona con un mayor número de consultas anuales y derivaciones a otros niveles, especialmente entre los pacientes con barrera orgánica.
- ◆ Las barreras sociocultural y lingüística que predominan en pacientes inmigrantes, son las que más se asocian a fallos en la comunicación no verbal pero ello no condiciona mayor frecuentación anual ni solicitud de pruebas o derivaciones.

Conclusión

- ◆ No hay diferencias en el tiempo dedicado a las visitas a pacientes inmigrantes y nativos, a pesar de la existencia de más barreras de comunicación en el primer grupo.
- ◆ Los facultativos participantes son profesionales con gran formación y experiencia. En cuanto a su actitud durante la visita: destaca su cercanía y empatía con los pacientes; utilizan un estilo negociador hacia ellos, sea cual sea su origen; la incidencia de interrupciones es menor en las visitas con pacientes inmigrantes.
- ◆ En relación al „estilo“ de los pacientes en la consulta, éste es mayoritariamente neutral; sólo ocasionalmente se evidencian actitudes de estilo victimista, agresivo o con actitud frontal en el colectivo nativo.
- ◆ El estudio de grupos focales realizado con los facultativos muestra que:
 - ✓ Han recibido formación sobre comunicación, relación médico-paciente y asistencia a pacientes inmigrantes.
 - ✓ Perciben un perfil típico de inmigrante representado por mujeres de mediana edad, casadas, con ejercicio laboral activo y religión musulmana.
 - ✓ Consideran que los inmigrantes son más frequentadores que los nativos pero no que tengan más motivos de consulta, aunque éstos pueden ser diferentes según el país de origen.
 - ✓ Afirman que existe elevada presencia de barrera idiomática en inmigrantes y ello justifica una mayor solicitud de pruebas pero no más derivaciones.
 - ✓ Individualizan las características personales de cada paciente y los consideran menos cumplidores; tienen más dificultades en la atención a algunos grupos.

- ✓ Sugieren el uso de mediadores, cursos de formación específica, idiomas y demandan a los pacientes mayor participación e integración.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez Romero C. Dinamización comunitaria en el ámbito de la inmigración. En Rubio MJ y Monteros S, coord. La exclusión social: teoría y práctica de la intervención. Madrid. CCS 2002: 99-128
2. Gijón Sánchez, MT. La comparación demográfica en estudio sobre inmigrantes, salud y diversidad cultural. En Comelles JM et al (eds). Migraciones y Salud. Tarragona: Publicaciones URV; 2010: 90-107.
3. Capel Saez H. Los estudios acerca de las migraciones interiores en España. *Revista de Geografía*. Universidad de Barcelona, núm. 1, 1967, p.77-101 [Acceso: 23 enero 2009. Actualización abril 2015]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/RevistaGeografia/article/viewFile/50269/56614>
4. Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Temas actuales de salud pública*. Barcelona: Gac Sanit 2004; 18 (Supl): 207-13
5. Instituto Nacional de Estadística. [sede web]*. Fenómenos demográficos. Encuesta nacional de inmigrantes 2007. Nota de Prensa de Mayo de 2008. Anexo metodológico. [Último acceso: 14 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np499.pdf>
6. "International Migration 2006". United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations Publication, No. E.06.XIII.6, March 2006. [Último acceso junio de 2015]. Disponible en: http://www.un.org/esa/population/publications/2006Migration_Chart/Migration2006.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística. [sede web]*. Boletín informativo del INE. Cifras INE. Junio 2009. [Último acceso: agosto 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0509.pdf>
8. Romero Valiente JM. Migraciones. En Arroyo A, coordinador. *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*. Madrid. Publicaciones INE. 2004: 225-240
9. Instituto Nacional de Estadística. [sede web]*. Fenómenos demográficos. Estadística de migraciones. Nota de Prensa Diciembre de 2014. [Último acceso: agosto 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np884.pdf>
10. Institut d'Estadística de Catalunya. Población extranjera. Introducción. [Último acceso en febrero 2015]. Disponible en : <http://www.idescat.cat/poblacioextranjera/?lang=es>
11. Anton D. Informe de Població de Terrassa 2013. Ajuntament de Terrassa. Serveis de Tecnologia, Logística i Qualitat Juliol 2013. Terrassa. [Último acceso agosto de 2015]. Disponible en: <http://www2.terrassa.cat/laciutat/xifres/mostra.php?go=ZG9jPWVzdHVkaXMvMjAxMzA3MzFwb2JsYWNPb190ZXJyYXNzYS5wZGY>.
12. Izquierdo Escribano A. La inmigración en España, 1980-1990. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Ediciones de la Revista de Trabajo, nº 35). 1992: 260.
13. Lora-Tamayo D'Ocon G. Extranjeros en España en 1991. *Estudios Geográficos*, LVII, nº 222, enero-mayo 1996: 67-92.
14. Colectivo IOE. Los Inmigrantes en España. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, Cáritas Española, nº 66. 1987.
15. González Pérez V. El reciente incremento de la población extranjera en España y su incidencia laboral. *Investigaciones Geográficas*, Alicante. 1990; 8: 7-36
16. Lora-Tamayo D'Ocon, G. Futuro de las comunidades extranjeras en España. *Habitar, vivir, prever: actas del V Congreso de la Población Española*. Barcelona. 1995: 443-449.

17. Solana Solana, A, Pascual de Sans, A. Els residents estrangers a Espanya. Documents d'Anàlisi Geogràfica Universitat Autònoma de Barcelona.1994; 24: 169-180
18. Viruela Martínez, R. El Mahgreb: crecimiento demográfico, empleo y emigración. *Cuadernos de Geografía*. Valencia. 1991; 50: 279-301
19. Mendoza Pérez, C. ¿Nuevos influjos inmigratorios en el sur de Europa? Una aproximación a la migración en las empresas a partir de las fuentes estadísticas. En *Habitar, vivir, prever: actas del V Congreso de la Población Española*.Barcelona. 1995: 459-467.
20. Jiménez Juliá, E. Algunos apuntes sobre el análisis bibliográfico y sus aplicaciones en el análisis de las migraciones. En *Habitar, vivir, prever: actas del V Congreso de la Población Española*.Barcelona. 1995: 421-429.
21. Pascual de Sans A, Cardelús J. Migració de dones i història personal. El retorn des d'Europa. Documents d'Anàlisi Geogràfica, Universitat Autònoma de Barcelona.1992; (19-20): 81-102.
22. Colectivo IOE. Presencia del Sur. Marroquíes en Cataluña. Madrid. Editorial Fundamentos. Institut Català d'Estudis Mediterranis. 1995: 327
23. Abellán García A, Puga González MD. Una España que envejece. *Papeles de Economía Española*. 2005; (104): 29.
24. Bodega Fernández MI, Cebrián de Miguel JA. Una lectura económica de algunas migraciones contemporáneas. El caso de España. *Estudios Geográficos*, vol. LVI (221); octubre-diciembre 1995: 645-674.
25. Fundació CIDOB. La immigració estrangera a Barcelona. L'Observatori permanent de la immigració a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. CIDOB Ed.1998: 124.
26. Iglesias Xifra D. Inmigración e integración en Barcelona. Capel Horacio y Linteau P-A (dir).*Barcelona-Montreal*. Publicaciones Universitat de Barcelona. 1998: 483-492.
27. Calvo Buezas T. Actitudes y prejuicios de los españoles ante los refugiados y ante los extranjeros. *Movimientos humanos en el Mediterráneo Occidental*. Institut Català d'Estudis Mediterranis. Barcelona. 1989. p.259-270
28. Aguilera Arilla J, González Yanci PP, Rodríguez V. Actitudes de la población española ante los inmigrantes extranjeros. *Estudios Geográficos*, Madrid. LIV (210); enero-marzo 1993:145-154.
29. Ramos Monserrat M., March Cerdá JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. *Aten Primaria*. 2002 May 15; 29(8):463-6.
30. Fuertes C, Martín Laso M. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2006; 29 (Supl.1): 9-25
31. Jansá JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002; 29:468.
32. García Gómez P, Oliva J, Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit* 2009; 23 (1):38-46.
33. Martín Laso M. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? *Aten Primaria*. 2001 Jun 30; 28(2):89-90.
34. Vázquez-Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria*. 2006 Mar 31; 37(5):249-50.

35. Jansà JM. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72: 165-168
36. Tizón JL. Migraciones y salud mental. *Gaceta sanitaria* 1989; 3(14):527-529
37. Vázquez-Villegas J, Galindo Pelayo JP, Luján Jiménez R, Gámez Gámez E, Ramos Muñoz, JA, Lorente Serna J et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Medicina de Familia (And)* Noviembre 2000; 1 (2):162-168
38. Villalbí JR, Caylá JA, Iglesias B, Ferrer A, Casanas P. “ The evolution of tuberculosis infection among schoolchildren in Barcelona and the HIV epidemic. *Tuberc lung Dis* 1994; 75:105-109
39. Jansá JM y Villalba JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten primaria*. 1995; 15: 320-327.
40. Junyet M, Miró O, Sánchez M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias* 2006; 18:232-235.
41. Muñoz Martínez JM, Fernández Benítez RM, Moreno Muñoz F. Asistencia a inmigrantes en la consulta de atención primaria: Protocolo de Actuación. *Medicina de Familia (And)*. Febrero 2003; 4(1): 42-57.
42. Cañada JL. Impacto de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud. Grupo de Atención al Inmigrante. Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria. 2003. [Último acceso: agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=03>
43. Ros M, Ollé C. Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad.[Último acceso: agosto 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/prevencionVIH_SIDAPoblacionInmigrante06.pdf.
44. Rodríguez CB. La asistencia a los inmigrantes: entre el mito y la realidad. *Revista española de economía de la salud*. Noviembre-diciembre 2002: 16-18
45. Aparicio Gómez R. El impacto económico de la inmigración: costos para el Estado y movimiento de consumo y salarios. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2002; 15: 145-175.
46. Fernández García M. Inmigración y mercado laboral. ICADE. *Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*; septiembre-diciembre 2006; 69:167-188. ISSN: 02 12-7377
47. Blanco Moreno A, Thuissard Vasallo IJ. Gasto sanitario e inmigración: una mirada en clave de integración. Instituto de Estudios Fiscales. *Rev Presupuesto y Gasto Público* .2010; 61: 93-132
48. Caleiro A, Bazarra A, Torres G, Ferrándi M. Revisión sobre “Posible impacto sanitario de la falta de prestaciones sanitarias a los *sin papeles*”. Disponible en: <http://www.vhebron.net/documents/10165/11328174/Impacto%20de%20la%20nueva%20normativa%20sobre%20los%20%27sin%20papeles%27.pdf>
49. Vázquez M, Vargas I, Aller M-B. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*.2014; 28 (1):142-146 DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.012

50. Schouten BC, Meewesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2006 Dec; 64(1-3): 21-34. Citado en PubMed PMID: 16427760
51. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol*, 2006 Aug; 35(4): 888-901. DOI: 10.1093/ije/dyl056
52. Schouten BC, Meeuwesen L. The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in the Netherlands. *Patient Educ Couns*. 2005 Sep; 58 (3): 288-295
53. Hudelson P, Vilpert S. Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices *BMC Health Services Research* 2009, 9:187 DOI: 10.1186/1472-6963-9-187
54. Fuertes MC, Elizalde L, de Andrés MR, García Castellano P, Urmeneta S, Uribe JM et al Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010 33 (2):179-190.
55. Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2006; 37(3):154-159
56. Orti R, Sánchez E, Sales D. Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural. Grupo CRIT. Disponible en: [http://www.uv.es/perla/3\[08\].OrtiSalesySanchez.pdf](http://www.uv.es/perla/3[08].OrtiSalesySanchez.pdf)
57. Donabedian A. La calidad de la asistencia: ¿cómo podría ser evaluada? *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:S80-S87.
58. García Campayo J, González Broto C, Buil B, García Luengo M, Caballero L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión *Actas Esp Psiquiatr*.2006; 34 (6): 371-6
59. Macipe Costa RM, Gimeno Feliú LA. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. Madrid Jun 2011; 13 (50): 299-319
60. Lifshitz A. La relación médico paciente en una sociedad en transformación. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Volumen 1, nº 1, enero-marzo 2003. [Último acceso: agosto 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2003/am031o.pdf>
61. Schouten BC, Meeuwesen L, Tromp F, Harmsen HA. Cultural diversity in patient participation: influence of patients' characteristics and doctors' communicative behavior. *Patient Educ Cons*. 2007 Jul; 67 (1-2): 214-223.
62. Modelos para una medicina ética: Robert Veach. Facultad de Medicina de Universidad de Uruguay. [Último acceso: agosto 2015]. Disponible en: http://www.mlegal.fmed.edu.uy/archivos/be/bcc1/modelos_de_rmp_veath_2.pdf
63. Beckman HB, Frankel RM The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984 Nov; 101(5): 692-6.
64. Poyatos, F. La comunicación no verbal: algunas de sus perspectivas de estudio e investigación. *Revista de Investigación Lingüística*. 2003; 2 (6): 67-83.
65. Davis, F. La comunicación no verbal. Madrid. Alianza editorial. 2004: 8-12. ISBN 9788420639543

66. Poyatos, F La comunicación no verbal. Cultura, lenguaje y conversación. Madrid. Istmo. 1994. ISBN 978-84-7090-202-2
67. Reinoso Hermida H, Menéndez Villalba C, Fernández Álvarez R, Padrón Chao A. La comunicación no verbal: ¿qué interpretan nuestros pacientes?. Habilidades e Terapéutica. Cad Aten Primaria. 2009; 16: 40-43
68. Mehrabian, A. Nonverbal communication. Nebraska Symposium on Motivation. 1971 ; 19 : 107-161.
69. Ridsdale L, Hudd S . Computers in the consultation: the patient's view. Department of General Practice, United Medical and Dental School of Guy's Hospital, London. Br J Gen Pract. 1994 Aug; 44(385):367-9. PMID: 8068397
70. Bensing, JM, Kerssens, JJ, van der Pasch, M. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. Journal of Nonverbal Behavior, 1995; 19(4): 223–243.
71. Makoul G, Zick A, Green M. An evidence-based perspective on greetings in medical encounters. Arch Intern Med. 2007 Jun 11; 167(11):1172-6.
72. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. Soc Sci Med .1991; 32(11): 1301-1310.
73. Novo Rodríguez JM, Martínez Anta FJ, Sánchez Fernández R. ¿Qué me dices? Comunicación verbal y no verbal. Cad Aten Primaria 2008; 15:311-313.
74. Amador Iscla A, Aleixandre Benavent R. Problemas del lenguaje médico actual (III). Gramática y estilo. Papeles médicos 2002; 11 (1):18-23
75. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. J Aam Pract 2002 Jan-Feb; 15 (1): 25-38
76. Aleixandre Benavent R, Amador Iscla A .Problemas del lenguaje médico actual (I). Extranjerismos y falsos amigos. Papeles Médicos 2001; 10(3): 144-149
77. Escobar J, Bonilla-Jiménez FI. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica, Cuadernos hispanoamericanos de Psicología. 9 (1): 51-67
78. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. la técnica de grupos focales. Inv Ed Med 2013; 2(1):55-60
79. Esteban MM, Peña. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes “sin papeles” en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). Aten Primaria. 2001; 27 (1): 25-28 DOI: 10.1016/S0212-6567(01)78768-9
80. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid Aten Primaria. 2000; 26 (5): 314-318
81. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? Aten Primaria. 2011; 43(10):544---55
82. Burillo-Putze G, Balanzó X. Desmontando tópicos sobre inmigración y salud. An Sist Sanit Navar. 2010; 33(2):127-131
83. López Rillo N, Epelde Gonzalo F. Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 2010; 22: 109-112.

84. Ballesteros Pérez AM, Anaya Reche JA, Cámara López MA, López Caravaca J, Pagan Dato E, Ghelichkhani Latify-Alavijeh M et al. El paciente inmigrante: ¿una realidad diferente? SEMERGEN. 2005; 31(11):516-20
85. López Nicolás A, Ramos Parreño JM. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Gac Sanit. 2009; 23(Supl 1):12–18
86. Bellón Saameño JA, Martínez Cañabate T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. Atención Primaria. 2001; 27 452-58.
87. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico - paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Revista Médica de Chile. 2010; 138: 1047-54
88. Loriente Arín N, Serrano del Rosal, R. Hable con los pacientes, no para ellos. Revista Internacional de Sociología. 2009; 67(2): 309-28.
89. Carmona Alférez MR. Derivaciones a especialistas en atención primaria según lugar de nacimiento de los pacientes. Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid. 2013.
90. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. Gac Sanit. 2009; 23(Supl 1):4–11
91. Gailly A. La atención sensible a la cultura. En: Migraciones y Salud. Comelles JM, Allué X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L (comps). Tarragona. Publicaciones URV. 2010: 19-52
92. Antonín M. Mediación intercultural en el sistema de salud catalán. En: Migraciones y Salud. Comelles JM, Allué X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L (comps). Tarragona. Publicaciones URV. 2010: 153-167
93. Moreno Fuentes J. Políticas sanitarias y población inmigrante. Los casos del Reino Unido, Francia y España. En: Migraciones y Salud. Comelles JM, Allué X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L (comps). Tarragona. Publicaciones URV. 2010:108-133
94. Castejón Bolea, R. La atención primaria de salud ante la inmigración. En: Migraciones y Salud. Comelles JM, Allué X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L (comps). Tarragona. Publicaciones URV. 2010:207-221
95. Pelliciarì M. La dinámica de relación entre médico y paciente inmigrante. Un caso etnográfico en Umbría: Italia. En: Migraciones y Salud. Comelles JM, Allué X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L (comps). Tarragona. Publicaciones URV. 2010: 331-340.
96. Campiñez Navarro M. Estudio de validación de la escala EVEM para evaluar la Entrevista Motivacional en consultas de atención primaria de la salud. Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. 2015.
97. Casasbuenas Duarte L. La entrevista médico-paciente: perspectiva de análisis pragmático-discursivo. Departamento de Periodismo y Ciencias de la Comunicación Universidad Autónoma de Barcelona. 2007.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1: Cuestionario de recogida de datos

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS: Observación

FECHA DE INCLUSIÓN: _____ LUGAR DE INCLUSIÓN: 1. Consulta CAP
2. UCIAS CAP
3. Otros:

NHC: _____

Edad paciente: _____ Sexo paciente: 1. hombre 2. mujer

Nacionalidad paciente: _____ Médico asignado: Sí: _____ No: _____
(solo inmigrantes)

Años en España: _____

1.- Aspectos del facultativo responsable de la visita médica:

* Edad: _____ * Género: 1.hombre 2. mujer

* Años de formación: _____

* Nacionalidad facultativo: 1. nativo 2. inmigrante formación en extranjero
3. inmigrante formación en España

* Lengua materna: 1.castellano 2. catalán 3.otros

2.- Motivo de consulta (con código WONCA):

Motivo consulta	Nº consultas totales en 12m:	Derivación Especialist/UCIAS	Normal/ Pref/ Urg	Cita control
(WONCA):	-Med: -Enferm:			

Número de derivaciones 12m: _____

Número PPCC 12m: _____

3.- ¿Se han solicitado pruebas complementarias en este último motivo de consulta?

1. Sí, ¿cuáles?

- a. Analítica general
- b. Rx
- c. ECG
- d. Orina (labstix....)
- e. Coprocultivo
- f. Técnicas endoscópicas
- g. Ecografía
- h. Otras

2. No

4. ¿Se ha realizado exploración física?

1. Sí: - Constantes
- Inspección

2. No

- Auscultación:
- Palpación:
- Neurológico:
- Locomotor:
- ORL:
- Esfera psicológica:

¿**Tiempo de duración de exploración?**:

4.- ¿Se **pautó tratamiento**? a. Si b. No

* Número de fármacos (distintos): Acto terapéutico: a. médico b. enfermería

5.- ¿Existe algún tipo de **barrera en la comunicación** con el paciente?

a. Si - sociocultural - orgánica - lingüística b. No

- ¿Paciente con acompañante? a. Sí b. No

6. - Se han tenido en cuenta **aspectos individuales** del paciente según edad, situación familiar, religión, cultural, hábitos de sueño,...?

a. Si b. No c. no valorable d. no procede

7. COMUNICACIÓN NV:

- **Apariencia física** del médico: * adecuada * no adecuada
- ¿La **postura** del médico es correcta?
 - Posición: abierta / cerrada
 - Orientación: al paciente / no
 - Porte: dispuesto / no
- **Nominación**:
 - * ¿Se llama al paciente por su nombre y apellido?
 - ¿Nombre solo? ¿otros?
- ¿Se **levanta** para llamar al paciente y le mira?
 - * ¿Se levanta para llamar y NO le mira?
 - * ¿No se levanta?
- ¿Se **invita al paciente a sentarse**? * Si * no * No procede (se ha sentado sólo)
- Cuando el paciente relata su motivo/historia, el médico **le mira a los ojos**?
 - * Si * No * no procede
- ¿Hay **diálogo** o sólo órdenes unidireccionales del médico? * Diálogo * Órdenes
- ¿Hay o no **empatía/ concordancia**? * Sí *No * No valorable
- ¿**Tono, volumen y ritmo** adecuados? * Sí * no * no procede
- ¿Se **parafrasea**, negativamente (suspiros, hmm, "ya,ya...")? * Sí * no * No procede
- ¿Se explica el **diagnóstico** al paciente? * Sí * No * No procede

- ¿Se explica el **tratamiento** y para qué es? * Sí * No * No procede
 - ¿Se usan **extranjerismos, acrónimos, siglas**? * Sí * No * No procede
 - ¿Se utilizan **tecnicismos**? * Sí * No
 - ¿Interrumpe el paciente?
 - ¿Interrumpe el médico?
8. **Estilo del médico:** paternalista consumista negociador burocrático
- Estilo del paciente:** victimista demandante neutro otros:
- ¿**Paciente con actitud “frontal”**? * Sí * No
9. **Tuteo:** * ¿Tutea el médico al paciente? * Sí * No * ¿Tutea el paciente al médico? * Sí * No
10. ¿**Tiempo** aproximado de duración de la visita?
¿Se ha interrumpido la visita? * Sí * No
¿Motivos?
11. Otros aspectos a destacar:.....

9.2 ANEXO 2: Códigos WONCA

CIAP-2 - Spanish Clasificación Internacional de la Atención Primaria Comité Internacional de Clasificación de la @Wonca			
Códigos del Proceso -30 Exploración médica completa -31 Exploración médica parcial -32 Pruebas de sensibilización -33 Pruebas micro, e inmuno. -34 Análisis de sangre -35 Análisis de orina -36 Análisis de heces -37 Citología exfoliativa/histológica -38 Otros análisis de laboratorio NE -39 Prueba de la función física -40 Endoscopia diagnóstica -41 Radiología/imagen diagnóstica -42 Trazados eléctricos -43 Otros procedimientos diag. -44 Inmunizaciones /med preventivos -45 Observación/EPF/consejo/dieta -46 Interconsulta prof aten primaria -47 Interconsulta con especialista -48 Aclaración/discusión KDC -49 Otros procedimientos preventivos -50 Med/prescripción/renovación/mny -51 Incisión/drenaje/lavado (excl cateterización -53) -52 Excisión/remoción/biopsia -53 Cateterización/intubación -54 Reducción/fijación/sut/escayola -55 Inyección/infiltración local -56 Vendaje/presión/compresión -57 Medicina física/rehabilitación -58 Consejo terap/escucha terap -59 Otros procedimientos terap NE -60 Res pruebas y procedimientos -61 Res explor/pruebas/oto prof -62 Procedimiento administrativo -63 Consulta seguimiento -64 Consulta/probi iniciado por prof -65 Consulta/probi iniciado tercero -66 Derivación otro prof (excl médico) -67 Derivación a médico/especialista -68 Otras derivaciones NE -69 Otras razones de consulta NE		CÓDIGOS DEL PROCESO SIGNOS Y SÍNTOMAS INFECCIONES NEOPLASIAS LESIONES ANOMALÍAS CONGÉNITAS OTROS DIAGNOSTICOS Aparato Digestivo D D01 Dolor abdominal/gen/retortijones D02 Dolor de estómago/epigástrico D03 Pirosis D04 Dolor rectal/anal D05 Furujo perianal D06 Otros dolores abd localizados D07 Dispepsia/indigestión D08 Flatulencia/erogagia/gases D09 Náusea D10 Vómito D11 Diarrea D12 Estreñimiento D13 Ictericia D14 Hematemesis/vómito de sangre D15 Melena D16 Rectorragia/hemorragia rectal D17 Incontinencia fecal D18 Cambio en las heces/en el ritmo D19 Sig/sin de dientes y encías D20 Sig/sin de boca, lengua y labios D21 Problemas de la deglución D23 Hepatomegalia D24 Masa abdominal NE D25 Distensión abdominal D26 Miedo cáncer aparato digestivo D27 Miedo otr enf aparato digestivo D28 Incap/min aparato digestivo D29 Otros sig/sin aparato digestivo D70 Infección gastrointestinal D71 Parotiditis epidémica/paparas D72 Hepatitis viral D73 Infección intestinal inesp/posible D74 Neoplasias malignas del estómago D75 Neo malignas de colon/recto D76 Neoplasias malignas de páncreas D77 Otr neo malign digestivo NE D78 Neo benignas/inesp digestivo D79 Cuerpo extraño en tracto digestivo D80 Otras lesiones aparato digestivo D81 Anomalías congén digestivo D82 Enf de los dientes/encías D83 Enf de la boca/lengua/labios D84 Enfermedades del esófago D85 Úlcera duodenal D86 Otras úlceras pépticas D87 Alterac funcionales del estómago D88 Apendicitis D89 Hernia inguinal D90 Hernia de hiato D91 Otras hernias abdominales D92 Enf diverticular del intestino D93 Síndrome de colon irritable D94 Enteritis crónica/colitis ulcerosa D95 Fístula anal/absceso perianal D96 Oxiurias/acarías/otros parásitos D97 Enfermedades hepáticas NE D98 Colelitiasis/colelitiasis D99 Otras enfermedades digestivo Ojo y Anejos F F01 Dolor ocular F02 Ojo rojo F03 Secreción ocular F04 Puntos flotantes/manchas F05 Otros sig/sin visuales F13 Sensaciones anormales ojos F14 Movimientos anormales ojos F15 Aspecto anormal de los ojos F16 Sig/sin de los párpados F17 Sig/sin en relación con gafas F18 Sig/sin relación lentes contacto F27 Miedo a una enfermedad ocular F28 Incap/minusvalía de ojo y anejos F29 Otros sig/sin oculares F70 Conjuntivitis infecciosas F71 Conjuntivitis alérgica F72 Bifariitis/orzuelo/chalazión F73 Otr infecc/inflamaciones ojos F74 Neoplasias de ojos/anejos F75 Contusión/hem ojos/anejos F76 Cuerpo extraño en el ojo F79 Otras lesiones oculares F80 Obst conducto lagrimal lactante F81 Otr anomalías oculares congén F82 Desprendimiento de retina F83 Retinopatía F84 Degeneración de la mácula F85 Úlcera corneal F86 Tracoma F91 Alteraciones de la refracción F92 Catarata F93 Glaucoma F94 Ceguera/redu agudeza visual F95 Estrabismo F99 Otr enf/prog de ojos/anejos Apar Auditivo H H01 Dolor de oído/oreja H02 Sig/sin auditivos H03 Zumbido/tinnitus/pitidos H04 Secreción por el oído H05 Sangre an/del oído H13 Sensación de taponamiento H15 Preocupación apariencia orejas H27 Miedo a una enfermedad del oído H28 Incap/min del aparato auditivo H29 Otros sig/sin del oído/oreja H70 Otitis externa H71 Otitis media/miringitis aguda H72 Otitis media serosa H73 Salpingitis trompa de Eustaquio H74 Otitis media crónica H75 Neoplasias del aparato auditivo H76 Cuerpo extraño en el oído H77 Perforación del tímpano H78 Lesión superficial del oído/oreja H79 Otr lesiones del aparato auditivo H80 Anomalías congén apar auditivo H81 Cera excesiva conducto auditivo H85 Síndromes vertiginosos H83 Otosclerosis H84 Presbiacusia H85 Trauma acústico H86 Sordera H89 Otr enf/del aparato auditivo Apar Circulatorio K K01 Dolor cardíaco/atribuido corazón K02 Opresión/presión cardíaca K03 Dolor cardiovascular NE K04 Palpitaciones/percepción latidos K05 Otr irregularidades ritmo cardíaco K06 Venas ingurgitadas K07 Tobillos hinchados/edematosos K23 Factor riesgo enf cardiovascular K24 Miedo a un infarto de miocardio K25 Miedo a la hipertensión K27 Miedo otr enf cardiovasculares K28 Incap/minusvalía cardiovascular K29 Otros sig/sin cardiovasculares K70 Enf infecc cardiovasculares K71 Fiebre/enfeud cardíaca K72 Neoplasias cardiovasculares K73 Anom congén cardiovasculares K74 Isquemia cardíaca con angina K75 Infarto agudo de miocardio K76 Isquemia cardíaca sin angina K77 Insuficiencia cardíaca K78 Fibrilación/aleteo auricular K79 Taquicardia paroxística K80 Arritmia cardíaca NE K81 Soplos cardíacos/arteriales NE K82 Enfermedad pulmonar cardíaca K83 Enfermedad valvular cardíaca K84 Otras enfermedades cardíacas K85 Elevación de la presión arterial K86 Hipertensión no complicada K87 Hipertensión afectación org diana K88 Hipotensión postural K89 Isquemia cerebral transitoria K90 ACV/ictus/apoplejía K91 Enfermedad cerebrovascular K92 Aterosclerosis/enf arterial perif K93 Embolismo pulmonar K94 Flebitis y tromboflebitis K95 Venas varicosas en extr inferiores K96 Hemorroides K99 Otras enf cardiovasculares Apar Locomotor L L01 Sig/sin del cuello L02 Sig/sin de la espalda L03 Sig/sin lumbares L04 Sig/sin torácicos L05 Sig/sin de flancos y axilas L07 Sig/sin de la mandíbula L08 Sig/sin del hombro L09 Sig/sin del brazo L10 Sig/sin del codo L11 Sig/sin de la muñeca L12 Sig/sin de la mano y sus dedos L13 Sig/sin de la cadera L14 Sig/sin del muslo y de la pierna L15 Sig/sin de la rodilla L16 Sig/sin del tobillo L17 Sig/sin del pie y sus dedos L18 Dolor muscular L19 Otros sig/sin musculares NE L20 Sig/sin articulares NE L26 Miedo cáncer aparato locomotor L27 Miedo otr enf aparato locomotor L28 Incap/min del aparato locomotor L29 Otros sig/sin aparato locomotor L70 Infecciones del aparato locomotor L71 Neo malign del aparato locomotor L72 Fractura de codo/radio L73 Fractura de tibia/peroné L74 Fract carpo/tarso/mano/pie L76 Fractura de fémur L76 Otras fracturas L77 Esguinces distensiones del tobillo L78 Esguinces distensiones rodilla L79 Esguinces y distensiones NE L80 Luxación y subluxación L81 Otr lesiones aparato locomotor NE L82 Anomalías congén apar locomotor L83 Síndromes del cuello L84 Sind lumb/torác sin irrad dolor L85 Dolor adq columna vertebral L86 Sind lumb/torác con irrad dolor L87 Bursitis/tendinitis/sinovitis NE L88 Artritis reumatoide L89 Artritis de cadera L90 Artritis de rodilla L91 Otras artritis L92 Síndromes del hombro L93 Codo de tenista L94 Osteocondritis L96 Osteoporosis L96 Lesión aguda interna de la rodilla L97 Neo benign/inesp apar locomotor L98 Deformidades adq miembros L99 Otr enf del aparato locomotor Sistema Nervioso N N01 Cefalea N03 Dolor en la cara N04 Síndrome de piernas inquietas N05 Hormigueo en manos y pies N06 Otr alteraciones de la sensibilidad N07 Convulsiones/crisis convulsivas N08 Movimientos involuntarios amor N16 Alteraciones del gusto y del olfato N17 Vértigo/vahido N18 Parálisis/debilidad N19 Alteraciones del lenguaje N26 Miedo cáncer sistema nervioso N27 Miedo otr enf neurológicas N28 Incap/minusvalía neurológica N29 Otros sig/sin neurológicos N70 Poliomielitis N71 Meningitis/encefalitis N72 Tétanos N73 Otr infecc sistema nervioso N74 Neo malignas del sistema nervioso N75 Neo benignas del sistema nervioso N76 Neo inespecíficas sistema nervioso N79 Conmoción cerebral/concusión N80 Otros traumatismos craneales N81 Otras lesiones sistema nervioso N88 Anom congén sistema nervioso N88 Esclerosis múltiple N87 Enf Parkinson/ parkinsonismos N98 Epilepsia N99 Migraña N90 Cefalea en racimos/cluster N91 Parálisis facial/de Bell N92 Neuralgia del trigémino N93 Síndrome del túnel carpiano N94 Neuritis/neuropatías periféricas N96 Cefalea tensional N99 Otras enfermedades neurológicas Probl Psicológicos P P01 Sensación ansiedad/tensión P02 Estrés agudo P03 Sens/sent depresivos P04 Sens/sent de irritabilidad/enojo P05 Sentimientos/conducta senil P06 Trastornos del sueño P07 Disminución del deseo sexual P08 Ausencia/pérdida de la sat sexual P09 Preocupación pref sexuales P10 Tartamudeo, diftemia, tics P11 Disminución deseo sexual P12 Ausencia/pérdida sat sexual P13 Preocupación pref. sexual P15 Tartamudeo, diftemia, tics P16 Probl conducta alimentaria niños P17 Euresia P18 Encopresis P19 Abuso crónico del alcohol P20 Abuso agudo del alcohol P22 Abuso del tabaco P23 Abuso de fármacos P24 Abuso de drogas P25 Abuso agudo del alcohol P27 Abuso del tabaco P28 Abuso de fármacos P29 Abuso de drogas F70 Trastornos de la memoria F71 Sig/sin compor niño F72 Sig/sin compor adolescente	
Sangre, Inmunit B B02 Adenopatía/dolor ganglio linfático B04 Sig/sin de sangre/hemat			

P73	Probl específicos del aprendizaje	S77	Neoplasias malignas de la piel	W73	Neo benign/inesp conexión emb	Y84	Otr anom congén genital, varón
P74	Probl etapas de la vida en adultos	S78	Lipoma	W75	Lesiones complican el embarazo	Y85	Hipertrofia próstática benigna
P75	Miedo a una enfermedad mental	S79	Neo benignas/inespecíficas piel	W76	Anom congén complican emb	Y86	Hidrocèle
P76	Incapacidad/minusvalía mental	S80	Queratosis/quemadura solar	W78	Embarazo	Y89	Otr enf mama genital masculino
P77	Otr sig/sin psicóticas/mentales	S81	Hemangioma/linfangioma	W79	Embarazo no deseado	Problemas sociales Z	
P78	Demencia	S82	Nevus/lunar	W80	Embarazo ectópico	Z01	Pobres/dificultades económicas
P79	Otras psicosis orgánicas	S83	Otras anomalías congénitas	W81	Toxemia del embarazo	Z02	Problemas de alimentos y agua
P80	Esquizofrenia	S84	Impétigo	W82	Aborto espontáneo	Z03	Problemas de vivienda/vecindad
P81	Psicosis afectiva	S85	Quiste/fístula pilonidal	W83	Aborto provocado	Z04	Problemas socioculturales
P82	Trast ansiedad/estado ansiedad	S86	Dermatitis seborreica	W84	Embarazo de alto riesgo	Z05	Diabetes gestacional
P83	Trast somatización/de conversión	S87	Dermatitis/eczema atópico	W90	Parto normal/rección nacido vivo	Z06	Desempleo/paro
P86	Depresión/trastornos depresivos	S88	Dermatitis de contacto/alérgica	W91	Parto normal/r.n. muerto	Z07	Probl de educación/formación
P88	Suicidio/intento de suicidio	S89	Dermatitis del pañal	W92	Parto complicado/r.n. vivo	Z08	Probl con sistema bienestar, S.S.
P99	Neurastenia/surmenaje	S90	Pitiriasis rosada	W93	Parto complicado/r.n. muerto	Z09	Problemas legales
Apar Respiratorio R		S91	Psoriasis	W94	Mastitis puerperal	Z10	Problemas con sistema sanitario
R01	Dolor atribuido apar respiratorio	S92	Enf glándulas sudoríparas	W95	Otr probl/enf mama emb/puerp	Z11	Problemas con el estar enfermo
R02	Fatiga respiratoria/disnea	S93	Quiste sebáceo	W96	Otr complicaciones del puerperio	Z12	Probl relación entre cónyuges*
R03	Respiración jadeante/sibilante	S94	Uña encarnada	W98	Otr probl/enf del embarazo/parto	Z13	Probl con la conducta del cónyuge
R04	Otros problemas de la respiración	S95	Molluscum contagiosum	Apar Genital Fem y Mamas X		Z14	Probl por enfermedad del cónyuge
R05	Tos	S96	Aché	X01	Dolor genital femenino	Z15	Pérdida/muerte del cónyuge
R06	Epistaxis/hemorragia nasal	S97	Úlcera crónica de la piel	X02	Dolor menstrual	Z16	Probl de relación con los hijos
R07	Estridor/congestión nasal	S98	Urticaria	X03	Dolor intermenstrual	Z18	Probl por enfermedad de los hijos
R08	Otros sig/sin nasales	S99	Otras enfermedades de la piel	X04	Dolor en el coito, en la mujer	Z19	Pérdida/muerte de un hijo
R09	Sig/sin de los senos paranasales	Apar Endocrino, Metab y Nutrición T		X05	Menstruación ausente/escasa	Z20	Probl relación con padres otr fam
R11	Sig/sin garganta/laringe/amig	T01	Sed excesiva	X06	Menstruación excesiva	Z21	Probl con conduc padres otr fam
R23	Sig/sin de la voz	T02	Apetito excesivo	X07	Menstruación irregular/frecuente	Z22	Probl por enf padres otr familiares
R24	Hemoptisis	T03	Pérdida de apetito	X08	Sangrado intermenstrual	Z23	Pérdida, muerte padres otr fam
R25	Expectoración/flemas anormales	T04	Probl alimentación lactante/niño	X09	Sig/sin premenstruales	Z24	Probl relación con los amigos
R26	Miedo cáncer aparato respiratorio	T05	Probl alimentación en el adulto	X10	Aplazamiento provocado menar	Z25	Probl derivados violencia/agres
R27	Miedo otr enf aparato respiratorio	T06	Gainancia de peso	X11	Sig/sin menopáusicos	Z27	Miedo a un problema social
R28	Incap/min aparato respiratorio	T07	Pérdida de peso	X12	Sangrado posmenopáusico	Z28	Incapacidad/minusvalía social
R29	Otros sig/sin aparato respiratorio	T08	Fallo/retraso del crecimiento	X13	Sangrado postcoital	Z29	Otros problemas sociales
R71	Tos ferina	T09	Dehidratación	X14	Secreción/flujo vaginal excesivo	Abreviaturas	
R72	Faringitis/amigdalitis estreptococ	T10	Miedo otr enf endocrinas/metab	X15	Otros sig/sin vaginales	Abd	Abdominal/es
R73	Forúnculo/absceso de la nariz	T11	Incap/min endocr/metab/nutri	X16	Otr sig/sin vulvares	Aden	Adenoides/s
R74	Infecc respiratoria aguda superior	T12	Otr sig/sin endocr/metab/nutri	X17	Dolor mamario, en la mujer	Adq	Adquirida/o/s
R75	Sinusitis aguda/crónica	T13	Infecciones endocrinas	X18	Masa/bulto mamario, en la mujer	Albu	Albuminuria
R76	Amigdalitis aguda	T14	Neoplasias malignas de tiroides	X19	Sig/sin pezones, en la mujer	Anor	Anormal/es
R77	Laringitis/traqueítis aguda	T15	Neoplasias benignas de tiroides	X20	Otr sig/sin mama, en la mujer	Agres	Agresión/es
R78	Bronquitis/bronquiolitis aguda	T16	Conducto/quiste tirogloso	X21	Preocup apariencia mamas, mujer	Alorac	Alteración/es
R79	Bronquitis crónica	T17	Anom congén endocr/metabólicas	X22	Miedo ETS mujer	Apar	Aparato
R80	Gripe	T18	Bocio	X23	Miedo difunción sexual, mujer	Benig	Benigna/o/s
R81	Neumonía	T19	Obesidad	X24	Miedo al cáncer genital femenino	Comp.	Compartamento
R82	Derrame pleural/pleuritis	T20	Sobrepeso	X25	Miedo otr enf sexual mama, mujer	Congén	Congénita/o/s
R83	Otras infecciones respiratorias	T21	Hipertiroidismo/tirotoxicosis	X26	Miedo cáncer mama, en la mujer	Defor	Deformidad/o/s
R84	Neo malign tráq/bronq/pulm/pleu	T22	Hipotiroidismo/mixedema	X27	Miedo difunc sexual, mujer	Diag	Diagnóstica/o/s
R85	Otr neo malign aparato respiratorio	T23	Hipoglicemia	X28	Incap/min genital mamas, mujer	Emb	Embarazo
R86	Neo benign aparato respiratorio	T24	Diabetes insulino dependiente	X29	Otr sig/sin genital mamas, mujer	Enf	Enfermedad/es
R87	Coar extrañ nariz/laringe/ bronq	T25	Diabetes no insulino dependiente	X30	Sífilis, en la mujer	EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
R88	Otr lesiones aparato respiratorio	T26	Déficit vitamínico/nutricional	X31	Gonorrea, en la mujer	EPS	Educación para la salud/sanitaria
R89	Anom congén apar respiratorio	T27	Gota	X32	Candidiasis genital, en la mujer	Estreptoc	Estreptocócica
R90	Hipert/infec crónica amig/adem	T28	Trastornos metabolismo lipídico	X33	Tricomoniasis genital, en la mujer	ETS	Enfermedad/es de transmisión sexual
R92	Neo inesp aparato respiratorio	T29	Otr probl endocr/metab/nutri	X34	Endermedad inflamatoria pélvica	Extr	Extrañ
R98	EPOC	Apar Urinario U		X35	Neo malignas de cuello de útero	Explor	Exploración
R96	Asma	U01	Disuria/micción dolorosa	X36	Neo malign mama, en la mujer	Fam	Familia/r/s/es
R97	Rinitis alérgica	U02	Micción imperiosa/frecuente	X37	Otr neo genitales femeninas	Fem	Femenino
R98	Síndrome de hiperventilación	U03	Incontinencia urinaria	X38	Fibromioma uterino	Hipert	Hipertrofia
R99	Otr enf aparato respiratorio	U04	Otros problemas de la micción	X39	Neo benign de mama, en la mujer	Hemat	Hematopoyético órgano
CÓDIGOS DEL PROCESO		U05	Hematuria	X40	Neo benign apar genital femenino	Inesp	Inespecífica/o/s
SIGNOS Y SÍNTOMAS		U06	Otros sig/sin de la orina	X41	Neo genitales mujer inesp/otras	Inmunit	Inmunitario
INFECCIONES		U07	Retención urinaria	X42	Lesiones genitales femeninas	Intox	Intoxicación/es
NEOPLASIAS		U08	Otros sig/sin de la vejiga urinaria	X43	Anom congén apar genital, mujer	Irrad	Irradiación/do
LESIONES		U09	Sig/sin del riñón	X44	Vaginitis/vulvitis NE	Lumb	Lumbar/res
ANOMALÍAS CONGÉNITAS		U10	Miedo cáncer del aparato urinario	X45	Otr problemas del cuello de útero	Masc	Masculino
OTROS DIAGNOSTICOS		U11	Miedo otr enf aparato urinario	X46	Citología cuello de útero anormal	Metab	Metabólico/ liamo
Piel, Faneras S		U12	Miedo otr enf aparato urinario	X47	Prolapso uterovaginal	Miczo	Microbiología/gico/a/s
S01	Dolor/senab anormal de la piel	U13	Analisis anomalías de orina NE	X48	Mastopelvia fibroquistica	Min	Minusvalía
S02	Prurito	U14	Otr probl/enfermedades urinarias	X49	Síndrome tensión premenstrual	Neoplasia/s	Neoplasia/s
S03	Verrugas	U15	Neoplasias malignas de riñón	X50	Herpes genital, en la mujer	NE	No especificado de otra forma
S04	Inflamación/masa localizada	U16	Neo malignas de la vejiga urinaria	X51	Condioma acuminado, mujer	Obst	Obstrucción/es
S05	Inflamación/masas múltiples	U17	Otras neo malign aparato urinario	X52	Infecc genital femenina clamidias	Ovari	Ovario
S06	Eritema/rash localizado	U18	Neo NE del aparato urinario	X53	Otr sig/sin genital femenino/mamas	Plen	Pleuria
S07	Eritema/rash generalizado	U19	Lesiones del aparato urinario	X54	Lesiones genitales femeninas	Prem	Prematura/o/s
S08	Cambios en el color de la piel	U20	Anom congén aparato urinario	X55	Anom congén apar genital, mujer	Preven	Prevenención
S09	Dedo de la mano/del pie infectado	U21	Albun/protinuria ortostática	X56	Vaginitis/vulvitis NE	Prof	Profesional
S10	Forúnculo/antax	U22	Cálculos urinarios	X57	Otr sig/sin de escroto/testiculos	Pulm	Pulmón
S11	Infecc dermatológica posttrauma	U23	Analisis anomalías de orina NE	X58	Sig/sin prostáticos	Red	Reducción
S12	Picadura de insecto	U24	Otr probl/enfermedades urinarias	X59	Impotencia orgánica NE	Reunam	Roumática
S13	Mordedura humana/animales	U25	Neoplasias malignas de riñón	X60	Otr sig/sin función sexual, varón	Sat	Satisfacción
S14	Quemaduras/escaldaduras	U26	Neo malignas de la vejiga urinaria	X61	Infertilidad masculina	Sens	Sensación/es
S15	Cuerpo extraño en la piel	U27	Otras neo malign aparato urinario	X62	Esterilización masculina	Sent	Sentimiento/s
S16	Contusión/maquilladura	U28	Neo NE del aparato urinario	X63	Otr métodos plan fam masculina	SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
S17	Abrasión/ampollas/arañazos	U29	Lesiones del aparato urinario	X64	Miedo a una ETS, en el varón	Sig	Signo/s
S18	Laceración/herida incisa	U30	Anom congén aparato urinario	X65	Neoplasias malignas de próstata	Sind	Síndrome/s
S19	Otras lesiones de la piel	U31	Albun/protinuria ortostática	X66	Otr neo malign mama genital var	S.S.	Seguridad Social
S20	Callos/callosidades	U32	Cálculos urinarios	X67	Miedo otr enf apar genital varón	Sut	Sutura
S21	Sig/sin de la textura cutánea	U33	Analisis anomalías de orina NE	X68	Miedo otr enf apar genital varón	Torac	Torácico
S22	Sig/sin de las uñas	U34	Otr probl/enfermedades urinarias	X69	Incap/min apar genital masculino	Trast	Trastorno/s
S23	Calvicie/caída del pelo	U35	Neoplasias malignas de riñón	X70	Otr sig/sin apar genital, varón	Var	Varó
S24	Otros sig/sin pelo/cabellera	U36	Neo malignas de la vejiga urinaria	X71	Sífilis, en el varón	VIH	Virus de la inmuno deficiencia humana
S26	Miedo al cáncer de piel	U37	Otras neo malign aparato urinario	X72	Gonorrea, en el varón	Traducción y adaptación: Dr Juan Gervás	
S27	Miedo otr enfermedades de la piel	U38	Lesiones del aparato urinario	X73	Herpes genital, en el varón		
S28	Incap/min de la piel/faneras	U39	Anom congén aparato urinario	X74	Prostatitis/vesiculitis seminal		
S29	Otros sig/sin de la piel y faneras	U40	Albun/protinuria ortostática	X75	Orquitis/epididimitis		
S70	Herpes zoster	U41	Cálculos urinarios	X76	Balanitis		
S71	Herpes simple	U42	Analisis anomalías de orina NE	X77	Condioma acuminado, varón		
S72	Sarna y otras acarodiasis	U43	Otr probl/enfermedades urinarias	X78	Neoplasias malignas de próstata		
S73	Pediculosis otr infestaciones piel	U44	Neoplasias malignas de próstata	X79	Otr neo malign mama genital var		
S74	Dermatomiosis	U45	Neo benign inesp mama genital var	X80	Lesiones apar genital masculino		
S76	Candidiasis/moniliasis de la piel	U46	Neo malign conexión embarazo	X81	Fimosis/prepucio excesivo		
S78	Otras infecciones de la piel	U47	Conducto/quiste tirogloso	X82	Hipopadías		
		U48	Anom congén endocr/metabólicas	X83	Testiculo no descendido		

9.3 ANEXO 3: Encuesta a facultativos

¿Crees por las dificultades en la comunicación que se solicitan un mayor número de pruebas complementarias?

Si No NS/ NC

¿Crees por ello que se derivan más a otros especialistas? Si No NS/ NC

¿Son más demandantes de pruebas los pacientes inmigrantes que los pacientes nativos? Si No NS/ NC

¿Son más demandantes de derivaciones a especialistas? Si No NS/ NC

¿Las visitas tienen mayor duración? Si No NS/ NC

¿Suelen venir acompañados? Si No NS/ NC

¿Facilita el venir acompañados la comunicación y la relación médico-paciente? Si No NS/ NC

¿Sueles tener en cuenta aspectos individuales de cada paciente a la hora de atenderles en cada visita? (ej: dificultades en la comunicación los citas para otro día con más tiempo, tiempo, horarios de trabajo, su religión qué les prohíbe o no, Si (poner ejemplos:

_____) No NS/ NC

¿Te parece que son menos cumplidores los inmigrantes en los tratamientos? Si No NS/ NC

¿Hay diferencias de actitud/ carácter hacia ti entre el grupo de pacientes inmigrantes en cuanto a su país de procedencia? (ej: los marroquíes son más demandantes, los peruanos más victimistas...) Si (especifica:

_____) No NS/ NC

¿Tienes mayores dificultades en la atención a un grupo concreto de pacientes?

Si ¿Cuál?: _____ No NS/ NC

¿Algún grupo de pacientes inmigrantes se asemeja a los pacientes de aquí?

Si ¿Cuál?: _____ No NS/ NC

¿Crees que las barreras de comunicación dificultan tu relación con el paciente inmigrante? Si No NS/ NC A veces

¿Qué sensaciones/ sentimientos te producen esas dificultades comunicativas?

ansiedad enfado impaciencia esfuerzo otros (especificar: _____)

¿Se te ocurren sugerencias para optimizar tu relación con este grupo de pacientes?

mediadores cursos de formación aprender su idioma

Otros (especifica: _____)

En general, en el momento de atender a un paciente inmigrante, ¿crees que hay algún cambio de actitud **inicial** por el hecho de ser de otro país y por las dificultades que ello conlleva? Si No NS/ NC

¿Este cambio de actitud depende de los años que lleva en el país?

Si No NS/NC
 ¿de su escolarización? Si No NS/ NC
 ¿de su edad? Si No NS/ NC
 ¿de su religión? Si No NS/ NC
 ¿de su país de procedencia? Si No NS/ NC

En cuanto a tu forma de atender a un paciente u otro, ¿tienes inicialmente más empatía con ellos? Si No NS/ NC A veces

¿Hay diferencias en cuanto a la realización de la exploración física entre unos pacientes y otros? Si No NS/ NC A veces

¿Atendiendo a su sexo? Si No NS/ NC
 ¿Religión? Si No NS/ NC
 ¿País de origen? Si No NS/ NC

¿Te esfuerzas porque exista una buena relación médico-paciente a pesar de las dificultades que existan? Si No NS/ NC A veces

¿Te genera ansiedad la atención a pacientes con dificultades de comunicación? Si No NS/ NC A veces

¿Crees que ellos perciben esa ansiedad? Si No NS/ NC

En general, ¿cuidas tu presencia, orientación, actitud de cara al paciente? Si No NS/ NC

¿Prestas atención durante la visita a la comunicación no-verbal ¿(mirarle a los ojos, invitarle a sentarse, orientarte hacia él...)? Si No NS/ NC A veces

¿Tienes en cuenta el utilizar palabras y frases correctas, fáciles de entender por el paciente inmigrante evitando extranjerismos , palabras técnicas,...) Si No NS/NC

¿Sueles tutear en general a los pacientes? Si No NS/ NC

¿Interrumpes cuando hablan y consideras que lo que dicen no es relevante para la comunicación? Si No NS/ NC A veces

¿Consideras que se comportan de una manera generalizada, casi todos de la misma forma? Si No NS/ NC

¿Te comportas generalmente tú igual con todos ellos? Si No NS/ NC

Cuando tú te encuentras a un paciente difícil en la consulta, que te da la sensación que no pone de su parte, tú y tu actitud como médico cambia? Si No NS/ NC A veces, depende del paciente....

¿Te consideras mayoritariamente un médico con **actitud**:

- negociadora(dialogas, llegas a acuerdos)
- paternalista (dando órdenes)
- burócrata (hacer informes, recetas, ajustando el tiempo para ir a la hora)
- consumista (visita , pautar tratamientos, pedir pruebas y al siguiente)

¿Y ellos? **Mayoritariamente** qué actitud tienen en general: por favor especifica si hay algún grupo concreto de pacientes según su país de origen en cada grupo:

- neutral/ normal
- demandante
- victimista
- agresivo
- rumiante
- hay de todo por igual

¿Consideras que la dificultad de comunicación cuando se presenta, debe intentar resolverse por ti o por el paciente? Médico Paciente Ambos

¿Te consideras una persona racista? Si No NS/ NC

Gracias por tu colaboración.

9.4 ANEXO 4: Aceptación del Comité de Ética



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dr. Ramón Pla Poblador, como Presidente del Comité Ético de Investigación
Clínica del Hospital Universitari Mútua Terrassa

CERTIFICO:

Que ha sido sometido a este Comité en su reunión del día 28 de septiembre de 2011 (Acta 09/11) para su aceptación el Proyecto de investigación titulado: "Relación médico-paciente en atención primaria: comunicación no verbal en la atención a pacientes inmigrantes en una población del Vallés Occidental" .

Que una vez evaluado dicho estudio, así como la capacidad del equipo investigador y medios disponibles del Centro, este Comité considera adecuado el estudio y su realización por la Dra. María Eugenia Pérez Domínguez.

Terrassa a 28 de septiembre de 2011.

Dr. Ramon Pla
Presidente del CEIC