

ORIGINAL

Estudio sobre la calidad de vida en la población inmigrante atendida en la atención primaria

Study on quality of life in the immigrant population attended in primary care

Cristina Regata Cuesta^{a,*}

Recibido: 06 de febrero de 2018

Aceptado: 09 de mayo de 2018

PALABRAS CLAVE:

Servicio de salud;
Tratamiento médico;
Rehabilitación médica;
Persona desplazada.

RESUMEN

Objetivo: medir la calidad de vida en el colectivo inmigrante atendido en la consulta de atención primaria.

Ámbito: área básica de salud de Cassá de la Selva (Girona), en donde se atendió a la población inmigrante procedente de países de Europa del Este, del Sur y Centroamérica, así como de África Subsahariana.

Población: se atendió en las consultas de atención primaria de forma seriada y consecutiva durante junio a octubre de 2016.

Intervención: se realizó de manera personalizada y anónima las encuestas COOP/WONCA Charts, que abordan diversos aspectos de la salud en esta población. Dichas viñetas, validadas para la atención primaria, permiten una fácil comprensión y la adaptación transcultural de los ítems o cuestiones seleccionadas.

Resultados: la población africana del estudio presenta mejores ítems en ejercicio físico y dolor, mientras que la proveniente de países del este de Europa y centro y Sudamérica presenta una mejor interacción social. La sensación de calidad de vida global es intermedia en todos los grupos.

Conclusiones: en general, a mejor nivel de estudios y menor patología crónica, la percepción de la calidad de vida mejora. Los niveles de relación social son, generalmente, adecuados, pues los pacientes han emigrado con amigos o familiares, mientras que el colectivo africano presenta un nivel inferior en interacción social. La calidad de vida subjetiva depende en esta población del acceso al mercado laboral.

^a Hospital Clínic Barcelona, España.

* Autor para correspondencia: cregatta@gmail.com

KEY WORDS:

Health service;
Medical treatment;
Medical
rehabilitation;
Displaced persons.

ABSTRACT

Aim: measure the quality of life in the immigrant group attended in the primary care consultation.

Scope: basic health area of Cassá de la Selva (Girona), where immigrant population is taken, especially from eastern European countries, southern and Central America, as well as sub-Saharan Africa.

Population: population of the aforementioned origin attended in the primary care consultations serially and consecutively from June 2016 to October 2016.

Intervention: personalized and anonymous completion of COOP/WONCA Charts surveys that address various aspects of health in this population. These vignettes, validated for primary care, allow an easy understanding and allow cross-cultural adaptation of the selected items or issues.

Results: the African population of the study presents better items in physical exercise and pain while the population of the countries of Eastern Europe and Central and South America presents a better social interaction. The feeling of global quality of life is intermediate in all groups.

Conclusions: in general, at a higher level of education and less chronic pathology, the perception of quality of life improves. The levels of social relation are in general adequate because the patients have emigrated with friends or relatives, while the African collective presents a lower level in social interaction. The subjective quality of life in this population depends on access to the labor market.

INTRODUCCIÓN

La aplicación de instrumentos como las viñetas COOP/WONCA trata de evaluar la calidad de vida y salud en colectivos en los que culturalmente es difícil aplicar otras metodologías.¹ Se trata de medir la *qualitas*, es decir, aquello que convierte al individuo en lo que es (*cúal*) y le diferencia del resto.²

Intentamos saber cómo viven en sociedad, si están contentos con su vida y su salud valorando individualmente la visión y experiencia acerca de las condiciones de vida que presentan. La calidad de vida está ligada a múltiples facetas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1945): “la salud es un esta-

do de completo bienestar físico, psicológico^{3,4} y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad”.

Por ello, médicos investigadores en salud, de New Hampshire, diseñaron este sistema de medición a través de la obtención de datos válidos que recabarán información sobre la dimensión física, social y mental del individuo. Idearon escalas aplicables a la atención primaria y a diferentes individuos de forma que permitieran una fácil interpretación. Abordan la salud en el campo físico, emocional y social, a través de un concepto de salud global que mide la calidad de vida y además puede ser adaptada de forma transcultural.^{5,6}

OBJETIVO

Medir la calidad de vida de los inmigrantes atendidos en la consulta de atención primaria del servicio público de salud a través de un método validado (viñetas COOP), tomando en cuenta las variables descritas y aplicando de forma transcultural esta herramienta validada.

METODOLOGÍA

- Definición del factor de estudio y del criterio de evaluación: el primero corresponde a la calidad de vida en función de las vertientes consideradas por el COOP/WONCA Chart (actividad física, sentimientos, actividad diaria, relaciones sociales, cambios en la salud, dolor, calidad de vida global) en la población de origen inmigrante atendida en nuestras consultas (Anexo 1). En el criterio de evaluación, según los resultados, se establecen conclusiones en función de si se encuentra bien/mejor, si no hay cambio o si se encuentra mal/peor. Cada pregunta tiene 5 ítems de respuesta (de mejor o más actividad a menor; el nivel medio es el 3).
- Selección y definición de las variables: sexo (H/M), estado civil (S/C), trabajo (A/P: activo, pasivo, no trabaja o realiza labores del hogar), escolarización (S/N: sabe leer y escribir en su lengua natal o en la del lugar de residencia o no), forma física,⁷ sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, cambios saludables introducidos, educación sanitaria, dolor y calidad de vida global. Se excluirán los pacientes terminales con menos de 6 meses de esperanza de vida. Se incluirá toda la población de origen inmigrante atendida en la consulta de entre 18 y 65 años (Muestreo consecutivo por captación oportunista).⁸
- Fuentes de información/Técnicas y escalas de medida: COOP/WONCA Charts (ver Referencias).

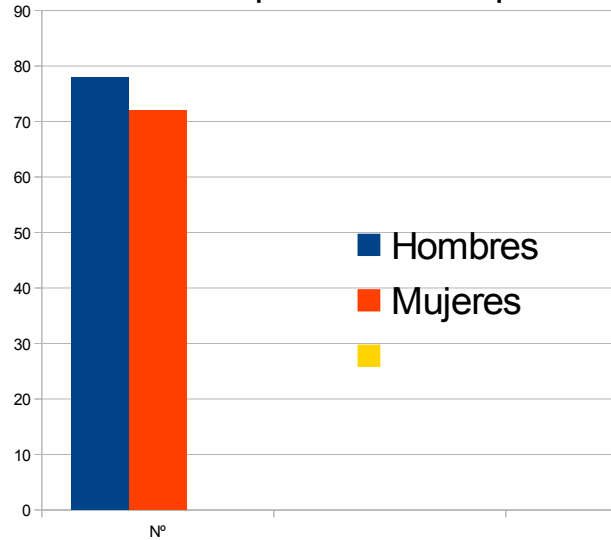
RESULTADOS

Resultados generales

- 52% de los pacientes de sexo masculino –78 del total– (gráfico 1).
- 148 (99%) tenían, al menos, estudios básicos.
- 65% activos laboralmente –97 pacientes– (gráfico 2).
- A mayor edad se percibe peor estado funcional.

- Las mujeres tienen peor percepción de su salud.
- A mayor número de patologías peor calidad de vida.
- A mayor ingreso económico y mayor nivel de estudios mejor calidad de vida.

Gráfico 1. Sexo de los inmigrantes incluidos en la consulta de atención primaria del servicio público



Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la escala de medidas.

Gráfico 2. Actividad laboral de los inmigrantes incluidos en la consulta de atención primaria del servicio público



Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la escala de medidas.

Resultados por grupo poblacional:

Características específicas de la población de origen africano (tabla 1).

- Estudio de 50 pacientes inmigrantes de origen africano: 32 mujeres (64%) y 18 hombres (media de edad: 35 años);
- 1 paciente sin escolarización, 49 con estudios. La mayoría tenía estudios básicos en su país de origen (sabían leer y escribir). Procedentes en su mayoría de Magreb;
- 34 sin trabajo (68 desempleados) y 16 con trabajo;
- Forma física: 26 pacientes ítem 3 (intermedio), 11 pacientes ítem 5 (muy buena forma física);
- Sentimientos: 19 pacientes ítem 3 (intermedio), 13 pacientes ítem 1 (mal nivel emocional);
- Actividad cotidiana: 35 pacientes ítem 1 (mala o nula) y 11 pacientes ítem 2;
- Actividad social: 40 pacientes ítem 1 (casi nula actividad social);
- Cambios de vida saludables: 21 pacientes ítem 3, 13 pacientes ítem 4;
- Dolor: 13 pacientes ítem 1 y 13 pacientes ítem 3; y
- Calidad de vida global: 21 pacientes ítem 3, mientras que 18 pacientes ítem 2.

Resumen de los resultados en este grupo de pacientes: los parámetros de forma física, sentimientos, cambios saludables y calidad global de vida fueron valorados por la mayoría de pacientes con el ítem 3 (intermedio). El dolor y la actividad social tuvieron un ítem de 1 (bajo o nulo) en la mayoría de los pacientes.

Características específicas de la población procedente de Centro-Sudamérica (tabla 2).

- 50 inmigrantes de origen sudamericano: 39 hombres (78%) y 11 mujeres;
- El 100% contaba con estudios básicos (escolarización hasta los 12 años), y 3 con estudios superiores;
- 9 estaban en paro, aunque muchos de los activos laboralmente no tenían contratación legal;
- La nacionalidad predominante fue la hondureña (seguida de Colombia, República Dominicana y Brasil);
- La mayoría de los pacientes no realizaban actividad física y tenían una actividad cotidiana intensa (25 pacientes con ítem 4);
- Presentaban ítems intermedios (3-4) en sus emociones y presentaban una buena actividad social (ítem 3 de media);

- La mayoría no presentaba buenos conocimientos en educación sanitaria y la mayor parte (ítem 2) no realizaban importantes cambios en su salud; y
- Acudían a consulta por motivos relacionados con dolor agudo/crónico (ítems 3-4) y su calidad de vida global era de 2-3 sobre 5, según su percepción.

Características específicas de la población procedente de Europa del Este (tabla 3).

- La mayoría procedían de países como Rumanía, Ucrania, Eslovenia y Bulgaria;
- El 100% cuenta con estudios básicos;
- 80% de los pacientes tiene trabajo;
- En este grupo la actividad física registraba un ítem bajo (la mayoría 1), a nivel de sentimientos predominaba el ítem 3;
- En cuanto a la actividad cotidiana la actividad media era de 3-4, mientras la social de 2. El cambio de vida hacia estilos saludables era baja (ítem 2), así como la educación sanitaria (la mayoría 1); y
- En cuanto a su concepción global de calidad de vida el ítem más valorado era el 3 (25 pacientes).

Tabla 1. Población de inmigrante de origen africano

Variables	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5
Forma física	3	5	26	5	11
Sentimientos	13	12	19	3	3
A. Cotidiana	35	11	2	2	0
A. Social	40	4	4	1	1
Cambios salud	3	10	21	13	3
Educación sanitaria	3	10	21	13	3
Dolor	13	11	13	6	9
Calidad de vida	7	18	21	4	0

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la escala de medidas.

Tabla 2. Población inmigrante procedente de Centro-Sudamérica

Variables	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5
Forma física	27	11	7	5	0
Sentimientos	0	15	25	9	1
A. Cotidiana	0	5	20	25	0
A. Social	3	18	16	8	5
Cambios salud	7	30	10	2	1
Educación sanitaria	21	16	7	6	0
Dolor	9	10	15	16	0
Calidad de vida	0	22	23	5	0

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la escala de medidas.

Tabla 3. Población inmigrante procedente de países de Europa del Este

Variables	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5
Forma física	36	8	3	3	0
Sentimientos	2	13	21	13	1
A. Cotidiana	0	5	23	22	0
A. Social	4	20	13	11	2
Cambios salud	9	27	13	1	0
Educación sanitaria	27	18	5	0	0
Dolor	13	5	20	12	0
Calidad de vida	2	18	25	5	0

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la escala de medidas.

CONCLUSIONES

- En el grupo de pacientes africanos se encuentra una percepción del dolor inferior al resto de los grupos. La actividad social es intermedia en todos los grupos.
- Destaca una baja forma física en el grupo de pacientes de los países de Europa del Este y Centro-Sudamérica.
- Los sentimientos se expresan en rango intermedio en todos los grupos y la actividad cotidiana es intensa en todos.
- La educación sanitaria es baja en general y la propuesta de cambio de vida hacia hábitos saludables es intermedia en todos.
- En general, la percepción de la calidad de vida global tiene de media el ítem 3.
- No se aprecian diferencias significativas entre los grupos, salvo en percepción del dolor (más bajo en africanos), la interacción social (también más baja en africanos) y, en general, la poca actividad física en los grupos procedentes de Europa del Este y de Centro-Sudamérica.

Es importante tomar en cuenta cómo perciben los pacientes su propia salud y calidad de vida, para que desde los servicios sanitarios se establezcan programas de mejora que abarquen un concepto globalizador de salud.

Considerar las diferencias socioculturales y la educación sanitaria de estos colectivos ayudaría a incidir en cuestiones preventivas y psicológicas que mejorarían su percepción sobre el bienestar físico y mental.

Financiamiento:

El estudio no ha recibido ninguna fuente de financiación externa.

Conflicto de intereses:

La autora declara la ausencia de conflicto de intereses.

Se ha cumplido con la LOPD y todos los requisitos éticos requeridos, respetando el consentimiento informado para cada paciente.

Agradecimiento:

a todos los participantes del estudio.

REFERENCIAS

1. E Andres, M Temme, B Raderschatt, J Szecsenyi, H Sandholzer and M M Kochen. COOP-WONCA charts: a suitable functional status screening instrument in acute low back pain? *Br J Gen Pract.* Diciembre 1995; 45(401): 661-664.
2. P Kinnersley, T Peters, N Scott. Measuring functional health status in primary care using the coop-wonca charts: acceptability, range of scores, construct validity, reliability and sensitivity to change. *Br J Gen Pract.* Diciembre 1994; 44(389): 545-549.
3. Masahiko Yamada, Kenji Ishii, Yasumoto Oda, Sei Emura, Shunzo Koizumi, FACS. The Role of coop/wonca Charts in Predicting Psychological Distress in Patients with Medically Unexplained Symptoms and Doctor-shopping Behavior. *General Medicine.* 2006; 7(1): 9-14.
4. Peter M. Lindegaard, Niels Bentzen, Terkel Christiansen. Reliability of the coop/wonca charts: Test-retest completed by patients presenting psychosocial health problems to their general practitioner. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* Octubre 1999; 17(3): 145-148.
5. Paterson C. Seeking the Patient's Perspective: A Qualitative Assessment of EuroQol, coop-wonca Charts and mymp. *Qual Life Res.* Junio 2004; 13(5): 871-881.
6. Pilar Serrano-Gallardo, Luis Lizán-Tudela, J.M. José Manuel Díaz-Olalla, A. Ángel Otero. Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas coop/wonca de calidad de vida en población adulta urbana. *Med Clin.* Marzo 2009; 132(9): 331-370.
7. Van Weel C. Functional status in primary care: coop/wonca charts. *Disabil Rehabil.* Abril-junio 1993; 15(2): 96-101.
8. L. Lizán Tudela, A. Reig Ferrer. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria.* Junio 1999; 24(2): 55-119.

Anexo 1. Viñetas Wonca

Forma física

Durante la 2 últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo corre deprisa)		1
Intensa (por ejemplo corre con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo caminar lentamente o no poder caminar)		5

Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Sentimientos

Durante la 2 últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades sociales






¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos, grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades cotidianas






Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no se ha podido hacer nada		5

Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Cambio el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	 ++	1
Un poco mejor	 +	2
Igual, por el estilo	 =	3
Un poco peor	 -	4
Mucho peor	 --	5

Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Estado Salud

Durante las 2 últimas semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Dolor

Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánto dolor ha soportado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Fuente: L. Lizán Tudelaa, A. Reig Ferrera, 1999 (Láminas en castellano disponibles en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000200003).