

MÁSTERES de la UAM

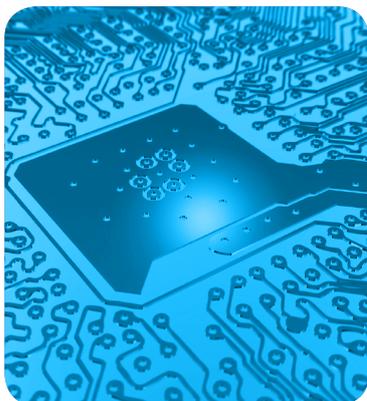
Facultad de Medicina
/ 14-15

Máster Universitario en
Investigación y Cuidados
de Enfermería en
Poblaciones Vulnerables



**Cronicidad
e inmigración:
control de hipertensión
arterial y diabetes
Mellitus**

Belén Mobley Martín





Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina

Máster Universitario en Investigación y
Cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables

CRONICIDAD E INMIGRACIÓN: CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

Trabajo de Fin de Máster

Autora: Belén Mobley Martín

Directora: Pilar Serrano Gallardo

Madrid, 2015

*A ti, que fuiste mi razón para volver y emprender esta
aventura. Este trabajo es por y para ti Manolita.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a Pilar Serrano Gallardo, la directora de este trabajo. Gracias Pilar por tu tiempo, esfuerzo y dedicación. Gracias por creer en mí y en mi trabajo.

A todos los profesores del Máster Universitario en Investigación y Cuidados de Enfermería en poblaciones vulnerables, gracias por vuestra dedicación. Espero, con este trabajo, poder reflejar la calidad de este nuevo proyecto, tan bonito como necesario.

A mis compañeras del máster, gracias por el apoyo y la compañía en este último esfuerzo.

A mi familia, amigas y amigos, gracias por vuestro interés y por vuestros ánimos, y en especial a mi madre, gracias por tu cariño y preocupación.

Y a ti, Jorge. Gracias por tu paciencia, tus palabras y tu apoyo. Gracias por creer en mí y por acompañarme en todo momento.

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	6
INTRODUCCIÓN	8
1. Inmigración	8
2. Enfermedades crónicas y cronicidad.....	12
3. Inmigración y salud	16
4. Inmigración y procesos crónicos	23
5. Justificación.....	29
OBJETIVOS	31
MÉTODO	32
1. Diseño de método mixto.....	32
2. Fase estudio cuantitativo	36
3. Fase estudio cualitativo.....	41
4. Análisis integrado diseño mixto	48
5. Consideraciones éticas.	49
RESULTADOS	50
DISEÑO DE FASE CUALITATIVA (integración de los resultados cuantitativos)....	61
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	82
Anexo 1 Guión para el grupo de discusión.....	82
Anexo 2 Documento de aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la UAM... 84	
Anexo 3 Consentimiento informado y hoja de información	85

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Objetivo: analizar el control de problemas crónicos (HTA y DM) en población inmigrante de la Comunidad de Madrid y la influencia de factores sociodemográficos y clínicos sobre dicho control, teniendo en cuenta la perspectiva de género, y comprender la percepción que la población inmigrante tiene sobre los procesos crónicos y sobre su manejo y control.

Método: estudio de método mixto explicativo secuencial. Fase cuantitativa: estudio analítico transversal a partir de las historias clínicas electrónicas de Atención Primaria. Fase cualitativa: grupos de discusión desde la perspectiva de Ibáñez. Población: personas inmigrantes, mayores de 14 años, procedentes de países de renta baja, con tarjeta sanitaria y diagnóstico de HTA y/o DM, residentes en las zonas noroeste y suroeste de la Comunidad de Madrid. Tratamiento de los datos (fase cuantitativa): análisis multivariante de regresión logística, desagregados por sexo y zona de residencia. Intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados (fase cuantitativa): Se analizaron 8742 inmigrantes. En HTA: 41,37% tenían mal control. En la zona noroeste existía peor control en las mujeres del Norte de África (OR= 1,70; IC95%:1,01-2,87) y Europa (OR= 1,65; IC95%:1,01-2,68) y en las de mayor edad (OR= 1,01; IC95%:1,00-1,02). En la zona suroeste el tabaquismo (OR=1,24; IC95%:1,08-1,43) y la procedencia de Europa (OR=2,35; IC95%:1,06-5,18) y África Subsahariana (OR=2,30; IC95%:1,06-4,97) aumentaba el mal control en las mujeres, y para los hombres, América Central (OR=3,26; IC95%:1,27-8,39), África Subsahariana (OR=2,33; IC95%:1,01-5,37) y Europa (OR=2,48; IC95%:1,06-5,77). En DM: 48,58% tenían mal control. En la zona suroeste aumentaba el mal control el tiempo de diagnóstico en hombres (OR=1,10; IC95%:1,01-1,19) y mujeres (OR=1,08; IC95%:1,01-1,16) y el tabaquismo en hombres (OR=1,37; IC95%:1,07-1,75).

Conclusiones (fase cuantitativa): existen desigualdades de género en el control de HTA y DM en la población inmigrante y según la región de origen y la situación socioeconómica de la zona de residencia. Edad, tiempo de diagnóstico y hábito tabáquico se asociaron al control de HTA y DM de forma desigual según sexo y zona de residencia.

Palabras clave: enfermedades crónicas; Hipertensión arterial; Diabetes Mellitus; inmigración, control.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Aim: (1) To examine hypertension and diabetes control and sociodemographic and clinical related factors in the immigrant population in Madrid, from a gender perspective. (2) To explore migrant's perceptions of chronic disease awareness, management and control.

Method: explanatory sequential mixed method design. Quantitative phase: cross-sectional study using the clinical records from primary specialists consults. Qualitative phase: focus groups from Ibañez perspective. Population: immigrants > 14 years old, from low income countries, with health insurance card and hypertension or diabetes diagnostic, residing in Madrid's northwest and southwest areas. Data analysis (quantitative phase) multivariate logistic regression models, desaggregated by gender and place of residence. 95% Confidence Intervals (95%CI).

Results: (quantitative phase): data from 8742 immigrants was analysed. Hypertension: 41,37% had poor control. In northwest, poorer control was found in women from the north of Africa (OR= 1,70; 95% CI:1,01-2,87) and Europe (OR= 1,65; 95%CI:1,01-2,68) and older women (OR= 1,01; 95%CI:1,00-1,02). In southwest, smokers (OR=1,24; 95 CI:% 1,08-1,43), Europeans (OR=2,35; 95%CI:1,06-5,18) and Sub-saharan africans (OR=2,30; 95%CI:1,06-4,97) women, had poorer control. Poorer control was also found in central american (OR=3,26; 95% CI:1,27-8,39), Sub-saharan africans (OR=2,33; 95%CI:1,01-5,37) and european men (OR=2,48; 95%CI:1,06-5,77). DIABETES: 48,58% had poor control. In southwest, poorer control was associated with longer time from the diagnosis in men (OR=1,10; 95%CI:1,01-1,19) and women (OR=1,08; 95%CI:1,01-1,16) and smoker men (OR=1,37; 95%CI:1,07-1,75).

Conclusions: (quantitative phase): gender inequalities in hypertension and diabetes management exist. These inequalities are associated, as well, with the place of residence and origin. Age, place of origin and socioeconomical situation are hypertension and diabetes control related factors.

Keywords: chronic disease, hypertension; diabetes mellitus, emigrants and immigrants, disease management.

1. INMIGRACIÓN

INTRODUCCIÓN

Las migraciones son, junto con los nacimientos y defunciones, uno de los tres componentes demográficos del cambio poblacional¹. Actualmente, los movimientos migratorios, son considerados un fenómeno global, de gran relevancia, que está creciendo en múltiples dimensiones. Por un lado, las migraciones internacionales están creciendo más que en cualquier época anterior². Se estima que hay unos 232 millones de migrantes internacionales. Por otro lado, las migraciones están aumentando en complejidad, los patrones migratorios han ido variando a lo largo de las últimas décadas, de forma que, han dejado de ser un movimiento permanente, para convertirse en un complejo proceso de “idas y venidas”. Por último, cabe destacar el aumento del impacto que las migraciones están teniendo en los países de origen y destino en diferentes ámbitos. Las consecuencias más destacables se han descrito en el ámbito demográfico, con cambios en las estructuras poblacionales (cambios en la estructura por edad, en los patrones de mortalidad, natalidad, etc.), a nivel económico y laboral (con la transferencias de remesas, salida o llegada de trabajadores altamente cualificados o manuales según la demanda, etc.) y a nivel sociopolítico (con la creación de políticas migratorias para regular la salida, entrada y estancia de los migrantes)^{1,3}.

La relevancia que los movimientos migratorios han adquirido en los últimos años ha contribuido a bautizar al siglo XXI como la era de las migraciones, fenómeno que se ha convertido en uno de los aspectos prioritarios a abordar por la comunidad internacional².

Como consecuencia, en los últimos años, se ha mejorado la cantidad y calidad de la información sobre los movimientos migratorios. Estos datos son clave para generar información sobre los flujos migratorios y para monitorizar el número y características de los migrantes y permiten, además, el desarrollo de políticas basadas en el conocimiento, así como en el debate social. Sin embargo, la información sobre las migraciones y migrantes es todavía escasa e irregular^{1, 4}. Este hecho se debe a la gran complejidad que, como se mencionó anteriormente, engloban las migraciones y, de forma

concreta, a la gran diversidad de concepciones, definiciones, tipologías y matices que existen entorno a ellas⁵.

Actualmente, no existe una definición aceptada de forma universal para el término migrante. La definición de la ONU considera migrante al individuo que ha residido en un país extranjero durante al menos un año, aunque también se incluyen ciertos tipos de migrantes con periodos de estancia en el país más breves, como los trabajadores estacionales del campo⁵. Esta definición engloba un gran número de posibilidades, haciéndose muy complejo poder distinguir entre aquellos que dejan su país por voluntad propia o por causas externas relacionadas con persecución política, conflictos, problemas económicos, problemas medioambientales o una combinación de varias de ellas⁶.

Para llevar a cabo dicha diferenciación se han establecido ciertas categorías, que varían de un país a otro, para definir a la persona que migra en función de la causa o motivación para migrar y de la situación legal y administrativa del individuo en el país de destino⁵.

Según la causa o motivación para migrar se distingue entre los migrantes económicos, que son aquellos que migran para mejorar su calidad de vida o la de su familia y los desplazados y refugiados, cuya migración es forzada por situaciones de violencia, guerras, conflictos, etc⁵.

Según la situación administrativo-legal del individuo, podemos distinguir entre los migrantes documentados, que son aquellos que entran y permanecen en el país receptor bajo las condiciones legales de dicho territorio y los migrantes indocumentados, que son aquellos cuya entrada o situación en el país de destino se considera irregular en los términos legales del territorio⁵.

La migración, por su parte, se define como el movimiento de una persona o grupo de personas a través de las fronteras internacionales o regionales y va a estar definida por la motivación o causa para iniciarla pero también por la duración de la misma, pudiendo ser permanente o temporal⁵. El movimiento migratorio se considera un ciclo que está definido también por las diferentes fases que lo componen³:

- La salida hace referencia a la etapa que transcurre en el país de origen y comienza con la decisión de la persona o de la familia de emigrar.
- El tránsito se define por el viaje, el movimiento desde el lugar de origen al de destino.

- La llegada hace referencia a los acontecimientos que transcurren en el lugar de destino, comenzando por el ingreso y pasando por fases de asentamiento, adaptación e incluso adquisición de la nacionalidad del país de destino.
- El retorno, fase que no siempre se lleva a cabo, se produce cuando el migrante decide volver al país de origen.

Los datos internacionales, estiman que, en el año 2013 había unos 232 millones de migrantes en todo el mundo, de los cuales el 48% eran mujeres (con grandes diferencias entre las distintas regiones del mundo), las tres cuartas partes tenían entre 18 y 64 años y la cifra de migrantes con 65 años o más era de unos 25 millones (13% mujeres, 9% hombres)⁴. Estos datos se corresponden con una de las escasas generalizaciones que se pueden hacer sobre las migraciones: en su mayoría, aquellos que migran son adultos jóvenes¹.

Las regiones que han experimentado un mayor incremento en la llegada de inmigrantes internacionales han sido Norte América y Europa. El continente europeo, entre 1990 y 2013, recibió unos 23 millones de migrantes internacionales, una media de un millón por año, siendo Rusia, Alemania, Reino Unido, Francia y España los principales países receptores⁴.

España, a nivel migratorio, vivió una gran transformación a finales del siglo XX principio del siglo XXI, pasando de ser un país tradicionalmente emigrante a convertirse en un país receptor. El porcentaje de extranjeros sobre la población total se incrementó de un 2,14% en 1990 al 14,07% (algo más de 6 millones de habitantes) en 2010, convirtiéndose en la economía europea que más aumentó el número de ciudadanos extranjeros residentes durante la década 2000⁷.

El comienzo de la crisis económica en 2008 frenó la tendencia creciente de los flujos de inmigración en España, aunque se han mantenido niveles relativamente elevados (en torno a 500.000 personas en 2009, hasta reducirse hasta 342.000 entradas según los últimos datos disponibles en 2013). Estas cifras, junto con el aumento de las salidas al extranjero (más de medio millón de personas en 2013)⁸ y la adquisición de la nacionalidad española por parte de residentes extranjeros⁹ han provocado que, desde el año 2010, el saldo migratorio en España sea negativo⁸. Los datos definitivos más recientes, correspondientes al año 2014, cifran la población extranjera en España en unos cinco millones de habitantes y un saldo negativo de 256.849 personas⁹.

En relación al lugar de origen de los inmigrantes económicos residentes en España, destacan los procedentes de Rumanía (797.054; 15,9%), Marruecos (749.274; 15,4%), Ecuador (218.883; 4,4%), China (186.031; 3,7%) y Colombia (181.875; 3,6%)⁹.

La Comunidad de Madrid, junto con Cataluña y la Comunidad Valenciana, son las comunidades que más inmigrantes han recibido¹⁰. Los datos correspondientes al año 2014, sitúan la población extranjera en la Comunidad de Madrid en 891.675 habitantes, el 13,71% de la población total¹¹. Esta comunidad, al igual que ha ocurrido en el resto del país, ha visto modificada su dinámica migratoria, convirtiéndose junto con Cataluña, en la comunidad con el saldo migratorio más desfavorable en valores absolutos, según los datos correspondientes al año 2014⁹. El descenso en la llegada de inmigrantes desde el año 2010 junto con la emigración y la adquisición de la nacionalidad española por parte de residentes extranjeros ha dado como resultado un crecimiento neto igual a -38.691 (junio 2014)¹¹.

Los datos del año 2014 relativos a las características de la población inmigrante de la Comunidad de Madrid, señalan que un 51,21% del total de inmigrantes son mujeres, la edad media es de 33,3 años y los lugares de origen más frecuentes son Rumania (23,56%), Marruecos (9,24%) y Ecuador (6,43%). Al agrupar los países en regiones, los más numerosos son aquellos procedentes de países latinoamericanos, que suponen casi el 26% de la población total extranjera^{9, 11}.

2. ENFERMERDADES CRÓNICAS Y CRONICIDAD

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud define las enfermedades crónicas, también denominadas enfermedades no transmisibles, como “enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta”¹².

La cronicidad, por su parte, hace referencia a una situación en la que convergen diferentes procesos crónicos, que conlleva importantes limitaciones en la calidad de vida y que tiene una estrecha relación con situaciones de dependencia^{13,14,15}.

Uno de los aspectos más relevantes de los procesos crónicos y la cronicidad lo constituye la estrecha relación que hay en su aparición, progreso y control con los determinantes sociales de la salud. Partiendo desde la esfera más alejada del individuo, cobran especial importancia en los problemas crónicos, los determinantes relacionados con las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y los factores individuales de la persona¹⁶.

Dentro de las condiciones socioeconómicas, las condiciones de vida y trabajo, el nivel de ingresos y el acceso a los servicios sanitarios juegan un papel clave en los procesos crónicos¹⁶. El tipo y condiciones del trabajo puede generar por sí mismo problemas crónicos (altos niveles de estrés se relaciona con problemas cardiovasculares) pero también condiciona, según el nivel de ingresos, el resto de condiciones de vida de la persona. Un bajo nivel socioeconómico está directamente relacionado con mayores cifras de morbimortalidad en procesos crónicos ^{17, 18}.

Los estilos de vida, han sido tradicionalmente, uno de los determinantes sociales más explorados y relacionados con los procesos crónicos. La aparición de enfermedades crónicas se relaciona estrechamente con determinados hábitos como el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada e inactividad física que, a su vez, están estrechamente ligados a las condiciones socioeconómicas de la persona¹⁶.

Por último, hay que tener en cuenta los aspectos individuales de cada persona, ya que los problemas crónicos están también determinados por aspectos genéticos, edad, sexo, etc.

Las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte a nivel global. Se estima que, en el año 2012, fueron responsables de 38 millones de muertes (68% de las muertes totales). La mayor parte de esas muertes (un 82% aproximadamente) tuvieron como origen problemas cardiovasculares (46,2%), cáncer (21,7%), problemas respiratorios (10,7%) y diabetes (4%)³⁴.

Por otro lado, hay que añadir que más del 40% de las muertes por enfermedades crónicas (16 millones) fueron muertes prematuras (por debajo de los 70 años), siendo las principales causas los problemas cardiovasculares (37%), el cáncer (27%) y los problemas respiratorios crónicos (8%)³⁴.

Las enfermedades crónicas tienen consecuencias sociales y económicas que están afectando de forma importante a nivel global, sin embargo, dichas consecuencias, contrariamente a lo que podría pensarse, son particularmente devastadoras en las poblaciones más pobres y vulnerables. Esto se evidencia al comprobar que, casi las tres cuartas partes de todas las muertes por enfermedades crónicas (28 millones aproximadamente) y la mayoría de las muertes prematuras (un 82%) se produjeron en países de renta media/ baja³⁴.

Las cifras de mortalidad relacionadas con las enfermedades crónicas ha ido aumentando en los últimos años y, con el envejecimiento y el aumento de la población, se espera que, las muertes anuales por estas enfermedades alcancen los 52 millones en 2030³⁴.

En España concretamente, en el año 2011, las primeras cuatro causas de muerte se atribuyeron a enfermedades crónicas (cáncer, procesos cardiacos, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores) y fueron causa del 60% de las muertes totales¹⁹. Además, los datos relativos a la morbilidad de la Encuesta Europea de Salud de 2009, muestran que, en España, el 45,6% de la población mayor de 16 años padecía al menos un proceso crónico (46,5 hombres, 55,8% mujeres) y el 22% de la población dos procesos o más¹⁶.

Las enfermedades crónicas, además de quedar reflejadas en altas cifras de morbimortalidad, se traducen en limitaciones importantes en la calidad de vida de los afectados y de sus cuidadores^{20, 21}. Además, su impacto trasciende a las comunidades, a la sociedad en general y a los servicios sanitarios en particular. Las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de atención primaria y de un número importante de

las hospitalizaciones y se estima que el 75% del gasto sanitario público está dirigido a su abordaje¹⁶.

Las consecuencias sociales y económicas que, a nivel global, están teniendo las enfermedades crónicas, han generado una llamada internacional para la elaboración y ejecución de planes de acción inminentes. Estos planes, se han concebido desde la evidencia de que los efectos de las enfermedades crónicas pueden ser reducidos con acciones costo-efectivas de prevención y teniendo en cuenta que, aunque la morbilidad y mortalidad ocurre en la edad adulta, la exposición a factores de riesgo se da en la infancia²². Las estrategias planteadas, se han diseñado también desde la complejidad que han ido adquiriendo los problemas crónicos en los últimos años y que han derivado en situaciones de cronicidad mal abordadas por el sistema biologicista que impera en los sistemas de salud actuales. Como consecuencia, las nuevas propuestas hacen referencia a una importante transformación para dar respuesta a los múltiples frentes que la cronicidad está planteando^{13, 14, 15}.

En España se creó, en el año 2012, la “*Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*”, cuya función es la de fijar objetivos y proporcionar recomendaciones para que cada Comunidad Autónoma cree su propia estrategia adaptada a las necesidades locales¹⁶.

La Comunidad de Madrid ha creado la “*Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas*” cuya base reside en la estratificación de la población con enfermedades crónicas según el nivel de riesgo, con el objetivo de adaptar los profesionales, los servicios y las herramientas a las necesidades de cada estrato²³.

La estrategia de la Comunidad de Madrid incorpora, además de innovaciones en servicios y herramientas, el desarrollo de nuevos roles tanto para pacientes como para profesionales²³.

El abordaje de los problemas crónicos de forma efectiva pasa por un cambio en el rol de los pacientes. Las nuevas estrategias apuestan y reclaman un papel activo de las personas afectadas, de forma que los pacientes pasen de un rol pasivo, a lo que se conoce como paciente activo e incluso, en algunos casos, paciente experto. Se trata, por lo tanto, de pacientes empoderados, comprometidos con su salud y que tienen las habilidades y conocimientos necesarios para hacerse responsables de su salud^{23, 24}.

Los cambios entorno al rol profesional se plantean desde el objetivo de situar al paciente y sus necesidades como eje central. La naturaleza de las necesidades de los pacientes crónicos (educación, atención domiciliaria, seguimiento y continuidad, etc.), ha posicionado a los profesionales de enfermería en un lugar clave en las estrategias de abordaje de la cronicidad²⁵. Son cada vez más los estudios que evalúan y reconocen como eficaces y costo-efectivas las estrategias e intervenciones que las enfermeras realizan, principalmente desde la prevención y el control en ámbitos comunitarios^{25,26}. La estrategia planteada desde la Comunidad de Madrid apuesta por el desarrollo de equipos multidisciplinares en los que aparezcan figuras como la del especialista consultor, el especialista hospitalario de referencia y diversos profesionales de enfermería con roles diferentes: enfermera educadora/entrenadora de autocuidados, enfermera de enlace y enfermera gestora de casos²³.

3. INMIGRACIÓN Y SALUD

INTRODUCCION

Como ya se señaló anteriormente, la información sobre la salud de los migrantes, a pesar de los intentos por mejorar la recogida de datos, es aún escasa e irregular²⁷. Entre las dificultades para llevar a cabo dicha tarea se encuentran las diferentes definiciones de migrante que maneja cada país, la gran heterogeneidad y variabilidad interna del colectivo y la dificultad que supone la captación de aquellos migrantes con situaciones administrativas irregulares^{27,28}.

La evidencia disponible hasta el momento ha mostrado que, de forma general, los inmigrantes presentan un mejor estado de salud en comparación con la población autóctona. Este hecho, se explica en parte, porque la acción de migrar requiere de aquellos con mejor salud. Debido a que la migración tiene, en el caso de los migrantes económicos, objetivos fundamentalmente laborales, aquellos que viajan son los que están mejor preparados para superar el tránsito y poder trabajar una vez llegan al país receptor²⁹. Este fenómeno se conoce como el “efecto del inmigrante sano” y se traduce en que, al menos a su llegada, los inmigrantes tienen un estado de salud mejor que el de la población autóctona. Sin embargo, cada vez más trabajos confirman que, cuando se tiende a comparar a la población inmigrante con la nativa, se obvian los factores relacionados con el proceso migratorio y cómo estos afectan a su salud. Los migrantes, se enfrentan a problemas de salud específicos que solo son detectables tras un largo periodo de tiempo en el país receptor²⁷.

La migración, por si misma, constituye un determinante social para la salud de los migrantes. La acción migratoria, no se considera un riesgo para la salud, pero las condiciones que rodean el proceso migratorio pueden incrementar la vulnerabilidad de enfermar a lo largo de sus distintas fases³⁰. Por lo tanto, se torna clave considerar toda la trayectoria migratoria de la persona, desde el país de origen, en la fase de salida, pasando por el tránsito y llegada al país de destino^{29,31}.

En la fase de salida, los determinantes de la salud de la persona que migra están ligados al país de origen. En esta fase, la salud de los migrantes, está determinada por la condición física y socioeconómica previa al tránsito y por los patrones de morbilidad y mortalidad del país de origen. Los países en vías de desarrollo son, en muchos casos,

países endémicos, con altas tasas de procesos infecciosos que varían según el área geográfica, así por ejemplo, la enfermedad de Chagas, es característica de los países del Sur de América^{29,31}. Las enfermedades infecciosas, pueden derivar en procesos que en países desarrollados serían fáciles de tratar pero que, al no ser abordados precozmente progresan y, al llegar al país de destino, el tratamiento no resulta tan eficaz como debería de ser en un principio³⁰.

El tránsito comprende una fase del proceso que afecta especialmente a aquellos que viajan por vías irregulares, refugiados y desplazados. Durante el viaje, el modo y las condiciones, así como la duración del mismo, aparecen como factores que determinan la salud del inmigrante. Viajes largos, condiciones de hacinamiento o de riesgo, eventos traumáticos, violencia, etc., son algunos de los factores de riesgo para la salud de los inmigrantes que los experimentan^{30,32}.

En la llegada al país de destino, como fase final del proceso (si no existe retorno), los determinantes sociales de la salud del migrante están asociados al nuevo país, donde la persona se enfrenta a un nuevo ambiente físico y socioeconómico en el que convergen diversos factores que afectan a su salud²⁹.

En una primera etapa en el país de destino, la salud de inmigrante va a estar condicionada por la forma de entrada al país (por vía regular o irregular), las desigualdades económicas y sociales entre el país de origen y el de destino y las consecuencias de la etapa del tránsito. En esta primera fase es donde se puede manifestar el ya mencionado “efecto del inmigrante sano”^{29,33}.

Una vez transcurrida la fase de entrada al país de destino, adquieren especial importancia, los determinantes sociales asociados a las políticas migratorias del nuevo país, las nuevas condiciones de vida y trabajo, el acceso a los servicios de salud, las redes sociales y los estilos de vida^{29,30}.

Las políticas migratorias del nuevo país condicionan, entre otras cosas, la situación administrativa del migrante y configuran, según sea la situación regular o irregular, el resto de determinantes sociales, especialmente el acceso al mercado de trabajo o a ciertos servicios como la educación y, por supuesto, los servicios de salud²⁹.

En lo que respecta a las condiciones de vida y trabajo, los inmigrantes económicos tienden a ocupar puestos en trabajos manuales, en ocasiones sin contrato y que conllevan intensas jornadas laborales y sueldos bajos. Esto limita el resto de características de las

vidas de dicho colectivo y se traduce en viviendas con condiciones poco favorables y hábitos de vida limitados a las posibilidades económicas³⁴.

El acceso a los servicios de salud, está vinculado a diversos factores. Una situación administrativa irregular y políticas muy restrictivas del país receptor, son las grandes barreras para garantizar el derecho a la salud de este colectivo. Las diferencias en relación al idioma o la falta de información sobre el acceso al sistema sanitario tienen como resultado también dificultades para abordar los problemas de salud de los inmigrantes³⁰. Además, los sistemas sanitarios tienen muchas debilidades estructurales para atender a este grupo poblacional debido a la falta de adaptación y al escaso conocimiento y formación de los profesionales en relación a las problemáticas que afectan su salud^{27,30}.

Por otro lado, disponer de redes sociales, se relacionan con grandes beneficios, especialmente en el ámbito de la salud y, en el caso de la población inmigrante, dichas redes se ven seriamente disminuidas con el cambio de país²⁹.

Por último, los estilos de vida en la población inmigrante, como determinante social más próximo al individuo, van a tener una relación directa con los aspectos culturales y con las diferencias con el país de destino. Las diferentes concepciones y creencias de salud y enfermedad, ligadas a la cultura y/o religión de la persona inmigrante, moldean sus hábitos de vida. Las diferencias en los comportamientos de los inmigrantes suponen, en ocasiones, un factor protector de su salud, al ser más saludables que las del país de acogida. Sin embargo, existe también la posibilidad de que esas diferencias actúen como factores de riesgo³⁰.

A las situaciones descritas hay que añadir que, en la última etapa, “el inmigrante ya instalado en el nuevo país, tiende a identificarse desde una perspectiva de salud con la situación de la población del país”³³.

Desde el marco conceptual de Determinantes sociales de la salud^{35,36} (figura 1), en la población inmigrante, la interacción entre los determinantes intermedios, clase social, etnia y género, tiene especial relevancia. La población inmigrante, específicamente aquellos procedentes de países con una situación socioeconómica peor que la del país de destino, se sitúa en las clases sociales más bajas, convirtiéndose en un grupo de especial vulnerabilidad debido a la asociación inversa entre clase social y morbimortalidad. Por otra parte, la condición de inmigrante está en la gran mayoría de las ocasiones vinculada

a la pertenencia a un grupo étnico diferente al de la población autóctona, lo que se convierte en fuente de discriminación y estigmatización, derivando todo ello en un mayor riesgo de exclusión social^{30,37}. Por último, y en lo que al género respecta, se observa que las mujeres inmigrantes tienen una situación socioeconómica, laboral y de salud peor que la de los hombres inmigrantes³⁸.

Figura 1. Marco conceptual de los Determinantes sociales de la salud (Solar e Irwin, 2009).



La salud de la población inmigrante está sujeta a múltiples factores de riesgo en el contexto de estos determinantes sociales y ejes de desigualdad, colocando a la persona en situación de vulnerabilidad y, en consecuencia, en una mayor probabilidad de aparición de problemas de salud³⁹. La evidencia disponible hasta el momento señala que, a nivel europeo, los problemas de salud de la población inmigrante más prevalentes se relacionan con problemas infecciosos, salud laboral, salud materno-infantil y salud mental²⁷.

Las enfermedades infecciosas, por su parte, han sido tradicionalmente el foco de atención de los estudios relacionados con la salud de la población inmigrante, al considerar las migraciones como una importante vía de transmisión y propagación²⁸. Sin embargo, las prevalencias de enfermedades infecciosas en población inmigrante no están relacionadas únicamente con los países de procedencia. El proceso migratorio y las condiciones de vida y trabajo en los países de destino engloban múltiples factores de

riesgo para la aparición de problemas de carácter infeccioso^{27,28}. Los datos relativos a estos problemas de salud, apuntan a que en el año 2008 más del 20% de los casos de tuberculosis se dieron en personas de origen extranjero⁴⁰. El 43% de las transmisiones de VIH (heterosexual) se produjo en inmigrantes⁴¹ y se evidenciaron prevalencias de Hepatitis B muy elevadas en las poblaciones inmigrantes de las zonas del este de Europa⁴².

La población inmigrante, por otro lado, parece enfrentarse a mayores problemas relacionados con la salud laboral que la población autóctona. Esto se explica tanto por la tendencia a ocupaciones que conllevan mayores riesgos de lesiones, como por las condiciones en las que trabajan. Los trabajos con contratos temporales o sin contrato, de baja cualificación y con jornadas intensivas son algunas de las situaciones que actúan como factores de riesgo para la salud de la población inmigrante^{28,43}.

Las prevalencias en problemas relativos a la salud materno-infantil son también otra de las grandes preocupaciones en la salud de los inmigrantes en Europa. Las mujeres inmigrantes presentan mayores riesgos de padecer problemas en salud reproductiva, hecho que se traduce en mayores prevalencias de mortalidad perinatal²⁹. Por otro lado, las investigaciones señalan que las mujeres inmigrantes tienen, de forma general, un menor control ginecológico con sus correspondientes cribados de cáncer de cérvix y mama, y un acceso muy limitado a los servicios de planificación familiar y contracepción⁴⁴.

Por último, el colectivo inmigrante presenta prevalencias elevadas en problemas de salud mental e importantes factores de riesgo para su aparición: el duelo migratorio, la adaptación al país de destino, la pérdida de redes de apoyo, etc. Concretamente, aquellos con mayores factores de riesgo son los inmigrantes refugiados, desplazados y con situaciones administrativas irregulares⁴⁵.

En España, al igual que en Europa, el incremento de la llegada de inmigrantes a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI, produjo un aumento en la investigación centrada en salud e inmigración. Los estudios centrados en la salud de la población inmigrante en España se han limitado, tradicionalmente, a investigaciones epidemiológicas, siendo muy recientes las investigaciones que profundizan en el proceso migratorio y sus consecuencias en el estado de salud de los inmigrantes⁴⁶.

De forma general, los estudios muestran peores situaciones de salud en aquellos inmigrantes nacidos en países de renta media-baja⁴⁷. Además, los resultados al explorar indicadores como la salud percibida concluyen, en la mayoría de los estudios, con peores resultados en la población inmigrante, especialmente en las mujeres⁴⁸.

Por otro lado, al igual que los datos europeos, la salud mental aparece como una de las áreas más afectadas en la salud de la población inmigrante. Las prevalencias elevadas de problemas de salud mental (depresión, ansiedad...) se vinculan a las condiciones sociales, a los aspectos relacionados con la inmigración por causas económicas y a los duelos complicados³³.

Las enfermedades infecciosas han sido, como ocurre en el resto de países europeos, el área más estudiada dentro de la salud de la población inmigrante⁴⁶. Los datos relativos a la tuberculosis reflejan cifras más bajas que en el resto de Europa y, en cuanto al VIH-sida, la epidemiología en España no ha sufrido modificaciones con la llegada de inmigrantes. Además, las notificaciones que se producen sobre casos en población extranjera son muy limitadas debido a la imposibilidad de conocer si la infección se produjo antes o después de llegar al país³³.

En relación a la salud materno-infantil, los estudios destacan una mayor tasa de natalidad en las mujeres inmigrantes, mayor prevalencia de embarazos adolescentes y déficit bucodentales y en las coberturas vacunales en la población infantil³³.

Por último, dentro de la salud de la población inmigrante, su utilización de los servicios sanitarios, constituye una corriente importante de investigación. El uso de los servicios sanitarios varía considerablemente dentro del colectivo inmigrante. Se han evidenciado diferencias según el lugar de origen, aunque de forma general, con algunas excepciones, se describe una menor frecuentación en el uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en los hombres⁴⁹. Por otro lado, se han descrito menor frecuentación y adherencia a las actividades preventivas y se ha determinado que, de forma general, la población inmigrante requiere una media de cinco años hasta su adaptación y conocimiento del sistema sanitario, lo que explicaría la menor utilización de los mismos en ese tiempo⁴⁷.

A pesar del incremento de la producción científica en los últimos años, la salud de la población inmigrante se reconoce como poco estudiada y con grandes lagunas aún por abordar²⁸. Además, el abordaje de este tema se ha definido como de gran complejidad

y, en muchos casos, con información contradictoria debido a la gran variabilidad interna del colectivo. Los resultados de las investigaciones apuntan a la necesidad de considerar variables más específicas en los estudios centrados en poblaciones no nativa: país de origen, país de destino, tiempo de residencia, tipo de migración^{27,50}.

4. INMIGRACIÓN Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

INTRODUCCION

Las investigaciones que abordan las enfermedades crónicas en la población inmigrante han señalado que, de forma general, las prevalencias son menores que en la población autóctona. Además, dicha afirmación se justifica en cierta medida, por el efecto del inmigrante sano y, como consecuencia, el abordaje de la cronicidad en la población inmigrante ha quedado relegado a un segundo plano^{27,47,51}. Sin embargo, recientemente, diversos autores están poniendo en duda los datos obtenidos hasta ahora. Estos autores señalan una gran laguna de conocimiento en dicho tema y afirman que existe un infradiagnóstico importante en las prevalencias de los problemas crónicos en los inmigrantes^{50,51}.

Existen diversos factores asociados a las migraciones que sitúan al colectivo inmigrante en una posición muy vulnerable para la aparición de enfermedades crónicas. Por un lado, hay que tener en cuenta que, a medida que transcurre tiempo de estancia en el país receptor, tienden a equipararse las prevalencias de problemas de salud entre nativos e inmigrantes, y esto es también así en los que a la cronicidad se refiere. Por otra parte, también hay que tener en cuenta que una gran mayoría de los países de origen tienen problemas infecciosos de alta endemia, y en consecuencia las personas que de ellos provienen tienen una mayor probabilidad de tener algunas infecciones como puede ser la tuberculosis^{27,33}.

También, hay que considerar que las cifras de morbilidad y mortalidad aumentan con el envejecimiento⁵² y, a pesar de que la población inmigrante actual sea en su mayoría joven, se prevé que las cifras de personas mayores de origen extranjero aumenten considerablemente en los próximos treinta años, con el consiguiente aumento de problemas crónicos⁵³.

Por último, es necesario señalar que las consecuencias de las enfermedades crónicas son particularmente devastadoras en las poblaciones más pobres y vulnerables. Esto se pone de manifiesto en un informe de la OMS en el año 2014, donde se señala que casi las tres cuartas partes de todas las muertes por enfermedades crónicas y la mayoría de las muertes prematuras (un 82%) se produjeron en países de renta media/ baja y, dentro

de los países desarrollados, en las poblaciones más afectadas por situaciones de pobreza y vulnerabilidad, incluidos los migrantes económicos, refugiados y desplazados¹⁷.

Aunque aún es un fenómeno escasamente explorado, ya están apareciendo trabajos que reflejan que la población inmigrante presenta prevalencias elevadas en determinados problemas crónicos como algunos tipos de cáncer, problemas cardiovasculares (relacionados principalmente con hipertensión, HTA) y diabetes mellitus (DM). Además, dichos estudios están poniendo de manifiesto desigualdades sociales en salud, especialmente atendiendo al género, al lugar de procedencia y a la clase social^{27,51}.

Los estudios centrados en los procesos oncológicos en la población inmigrante, indican tasas especialmente elevadas en procesos cancerígenos relacionados con problemas infecciosos como cáncer de estómago o de cérvix²⁷. Sin embargo, los cánceres cuya etiología se asocia a los estilos de vida occidentales, como el cáncer de pulmón, aparecen con menores prevalencias en este colectivo⁵⁴.

Las cifras relacionadas con los problemas cardiovasculares, por su parte, indican grandes diferencias entre los diferentes grupos de migrantes. De forma concreta, destacan las altas prevalencias de accidente cerebrovascular en aquellos procedentes de países africanos y se asocian especialmente a cifras elevadas de HTA. La HTA aparece como uno de los problemas más prevalentes en la población inmigrante de forma general y, a su vez, se asocia a las desigualdades en salud que se originan desde los determinantes sociales^{27,55}.

Por último, cabe destacar el impacto que la DM tiene en la población inmigrante. Los estudios, están mostrando prevalencias de mortalidad y morbilidad muy elevadas en colectivos inmigrantes en comparación con la población autóctona, especialmente en aquellos procedentes de países en vías de desarrollo^{27,54,56}. El abordaje de DM en población inmigrante se ha convertido, como consecuencia, en una prioridad en salud pública en muchos países europeos⁵⁶. De forma general, la explicación de dicho fenómeno se relaciona con una combinación de factores genéticos, cambios medioambientales e insuficiente control de salud^{27,57}. Se ha identificado cifras de mortalidad más elevadas en los migrantes porcedentes del Sur de Asia, norte de África, caribeños y mujeres turcas⁵⁶.

En España, son muy escasos los estudios que profundizan en el impacto que las enfermedades crónicas están teniendo en la población inmigrante⁵⁸. Los datos indican, al

igual que en el resto de Europa, que las prevalencias de problemas crónicos son menores en el colectivo inmigrante en comparación con la población autóctona. Sin embargo, los estudios que han contemplado la gran heterogeneidad interna del colectivo, en relación con el lugar de origen y la etnia, han evidenciado la susceptibilidad étnica que abarcan los problemas crónicos⁵¹.

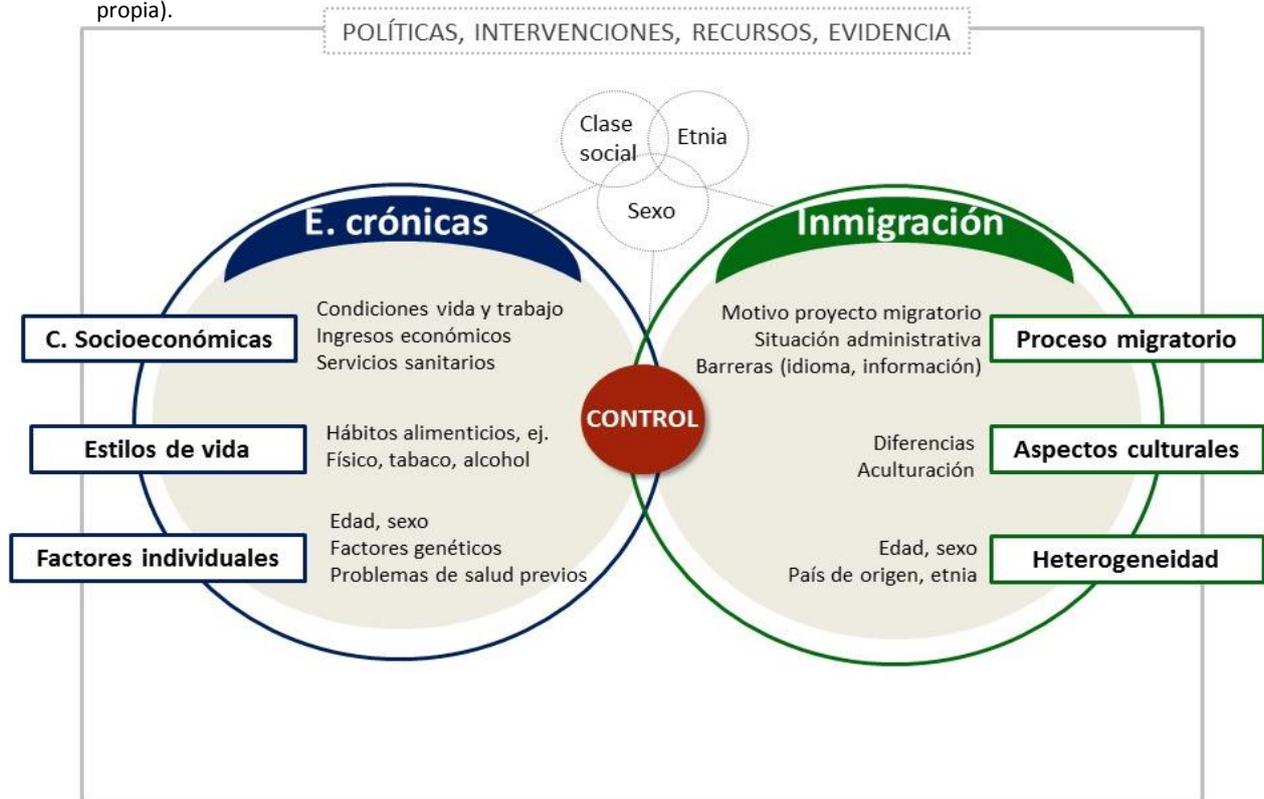
En el estudio realizado Esteban Vasallo, se identificaron mayores tasas de problemas crónicos en poblaciones procedentes de África y Latinoamérica y se señalan los problemas crónicos más frecuentes en la población de estudio: alergia, lumbalgia, problemas dermatológicos y trastornos mentales⁵¹.

Las prevalencias de problemas crónicos específicos en función del lugar de origen y sexo varían en los distintos estudios. Por un lado, se han identificado mayores prevalencias de HTA en migrantes mujeres procedentes de África⁵¹, aunque también en aquellos procedentes de Asia y Europa occidental⁵⁸. Por otro lado, se han descrito mayores prevalencias de DM en los hombres asiáticos y mayores prevalencias de obesidad en las mujeres en general y en aquellos procedentes de América en particular⁵⁸.

Además de desigualdades en las prevalencias, se han evidenciado desigualdades en el control que la población inmigrante tiene sobre sus procesos crónicos⁵⁵. De forma que, a la vulnerabilidad para la aparición y desarrollo de enfermedades crónicas en el colectivo inmigrante, hay que añadir las limitaciones que se presentan para poder manejar de forma efectiva un problema de salud con una gran carga social y de estilos de vida¹⁶.

El control que el colectivo inmigrante tiene sobre sus procesos crónicos está determinado, tal y como se muestra en la figura 2, por la interacción que se produce entre los factores propios del control de la enfermedades crónicas (condiciones socioeconómicas, estilos de vida y características individuales)¹⁶ y las características derivadas de la condición de ser migrante (proceso migratorio, aspectos culturales y heterogeneidad interna)³⁰. Como consecuencia, para poder profundizar en el control que el inmigrante tiene sobre su proceso crónico, es necesario comprender las situaciones que derivan de la interacción de ambas esferas de la persona.

Figura 2. Factores determinantes del control de los procesos crónicos en la población inmigrante (elaboración propia).



En primer lugar, dentro de las condiciones socioeconómicas, las condiciones de vida y trabajo de los inmigrantes, determinadas a su vez por la situación administrativa y motivación para migrar, conllevan situaciones como trabajos manuales, con altos niveles de estrés (contratos precarios, alta actividad física, elevado número de horas, ingresos bajos), viviendas con condiciones poco favorables, etc., que van a tener una repercusión negativa en los estilos de vida aumentando el riesgo de mal control de los procesos crónicos³⁴.

Por otro lado, las barreras relacionadas con el acceso a los servicios de salud (determinadas por la situación administrativa, la política del país al respecto, aspectos idiomáticos y el conocimiento sobre el acceso al sistema sanitario) tienen un gran impacto en el control de los procesos crónicos ya que dificultan cualquier posibilidad de iniciar y mantener actividades y procesos de prevención, promoción y seguimiento³⁰.

Los estilos de vida están determinados por las condiciones de vida y trabajo y, de forma especial, por los aspectos culturales y las diferencias entre el lugar de origen y destino. El efecto de la aculturación ha sido descrito como un factor específico que influencia la aparición y manejo de los procesos crónicos en la población inmigrante. Al

adoptar hábitos alimenticios y patrones del país receptor, en muchas ocasiones por imposibilidad de mantener sus costumbres, asumen estilos de vida que pueden derivar en elevado riesgo de obesidad, diabetes y problemas cardiovasculares^{27,30}.

Por último, es necesario tener en cuenta el componente de la heterogeneidad del colectivo inmigrante debido a la gran variabilidad interna en cuanto al país de origen, la etnia, edad, etc. Dentro de las enfermedades crónicas, factores individuales como la edad, el sexo, la situación basal de salud y la genética juegan un papel importante, no solo en la aparición, también en el desarrollo y manejo de las mismas¹⁶. El colectivo inmigrante se caracteriza por una gran diversidad interna en relación al lugar de origen, etnia, sexo, edad, etc. Como consecuencia, son cada vez más investigaciones las que apuntan a la necesidad de considerar variables más específicas de los inmigrantes en los estudios centrados en poblaciones no nativas y poder así identificar los factores que determinan el control de los problemas crónicos en los distintos grupos de migrantes^{27,51}.

A lo anterior, hay que sumar los tres ejes de desigualdad, descritos anteriormente, que operan en la salud de la población inmigrante y que, en lo referente a los procesos crónicos acentúan las dificultades para su manejo: la etnia (fuente de discriminación y estigmatización), la clase social (la población inmigrante se sitúa en los estratos sociales más bajos de la comunidad, convirtiéndose en un grupo de especial vulnerabilidad debido a la relación proporcional que se establece entre clases sociales más bajas y mayores cifras de morbilidad por procesos crónicos)³⁰ y el género (las mujeres inmigrantes tienen por lo general una situación socioeconómica, laboral y de salud peor que la de los hombres inmigrantes)³⁸.

Las desigualdades en el control de los problemas crónicos en la población inmigrante han sido recogidas en diferentes estudios a nivel global. De forma general, se ha evidenciado un peor manejo de HTA, DM e hiperdislipemia en el colectivo inmigrante en comparación con la población autóctona, señalando diferencias según el país de origen/etnia y sexo^{55,59}.

En relación al control de la DM, los estudios han revelado peores cifras en la población inmigrante en comparación con la autóctona^{27,59}. De forma más concreta, algunos estudios han señalado que los hombres controlan peor este problema crónico, siendo las mujeres más propensas a presentar mejores niveles de hemoglobina glicosilada y mayor número de revisiones oculares⁶⁰. Por otro lado, los inmigrantes procedentes de África han sido identificados como aquellos con peores datos en cuanto al manejo de DM

coincidiendo con los resultados referentes al control de las cifras de presión arterial (PA)⁵⁵.

Por otro lado, el control lipídico aparece asociado al país de origen, los inmigrantes africano-caribeños presentan los mejores resultados⁵⁵ y al sexo, siendo las mujeres las que presentaron un menor control⁶⁰.

A pesar de los diferentes resultados, la asociación de la etnia y el género con el control de la cronicidad aparece como una constante en las investigaciones⁶⁰ y los autores asocian las desigualdades encontradas con las dificultades que algunos inmigrantes tienen para explicar los síntomas, comprender las instrucciones, diferencias culturales...demostrando, en todos los casos, la falta de adaptación de las estrategias para abordar la cronicidad al colectivo inmigrante^{55,59}.

En España, son muy escasos los estudios que abordan de forma específica el manejo de la cronicidad por parte del colectivo inmigrante. En relación a los estilos de vida sí que se han evidenciado hábitos más saludables en relación al alcohol y al tabaco, pero otros como el sedentarismo y su consecuente obesidad aparecen con mayor frecuencia que la población autóctona. Además, se ha evidenciado que los inmigrantes tienen una menor adherencia a las actividades de prevención y promoción debido a las barreras descritas anteriormente⁴⁷.

De forma concreta, se ha evaluado el control que algunos grupos de inmigrantes tienen sobre la DM⁶¹ e HTA⁵⁸. En relación a la DM, se ha evidenciado un peor control por parte de la población inmigrante, haciendo visible además que a los pacientes diabéticos de origen inmigrante se les determinan los parámetros de calidad asistencial con menor frecuencia que a los autóctonos⁶¹.

En cuanto al control de PA, se han descrito factores que afectan directamente a un mejor o peor resultado. Se han descrito peores resultados en aquellos inmigrantes que llevaban 3 o más años en España con respecto a los que llevaban menos de 3 años, en aquellos con más edad y en los procedentes de Asia y Europa⁵⁸.

5. JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo se plantea desde los siguientes elementos justificadores:

En primer lugar, abordar la cronicidad y los procesos crónicos en la población inmigrante conlleva sumergirse en dos fenómenos de alta sensibilidad social y que tienen un gran impacto e interés político y económico. Por un lado, las enfermedades crónicas, son las grandes protagonistas del panorama epidemiológico internacional. Como consecuencia, abordar la cronicidad de forma efectiva se ha convertido en prioridad en las políticas sanitarias con el fin de paliar las graves consecuencias que dichos procesos están teniendo en la salud de la población y en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. El fenómeno migratorio, por su parte, constituye uno de los temas actuales de mayor impacto y preocupación social y ocupa los primeros puestos en las agendas económicas y políticas, especialmente en el ámbito de la regulación de la atención sanitaria.

Las estrategias marcadas por los organismos internacionales para garantizar el derecho a la salud del colectivo inmigrante apuestan, no solo por eliminar las barreras legales, sino también por crear políticas para adaptar los sistemas sanitarios a los nuevos retos que conlleva este grupo poblacional. Dichas estrategias requieren, como pilar fundamental, una buena monitorización y recogida de datos. En el caso de la población inmigrante, hay todavía un vacío de conocimiento entorno a su salud en general y a su situación y conductas de salud relacionadas con las enfermedades crónicas en particular. Como consecuencia, el desarrollo y adaptación de estrategias y herramientas para su cuidado es aún insuficiente. En las estrategias para el abordaje de la cronicidad, la inmigración no se contempla como determinante social, ni se hacen referencia a las consecuencias que el proceso migratorio tiene en el resto de determinantes, ni cómo abordarlos.

Es necesario tener en cuenta, también, que la cronicidad y la inmigración continúan creciendo en cifras y complejidad, acaparando cada vez más recursos del sistema sociosanitario. Conocer la situación de los inmigrantes en relación a la cronicidad permitirá adaptar las estrategias y recursos para garantizar el correcto manejo de un fenómeno que está teniendo un gran impacto y que, se prevé, continuará creciendo. De

esta forma, se podrá asegurar la óptima utilización de los recursos sociosanitarios y, a largo plazo, rediseñar las políticas de salud en relación a la inmigración.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que los resultados disponibles hasta el momento en relación a la salud de la población inmigrante y, concretamente, a su situación en torno a la cronicidad, proceden de investigaciones que tienden a considerar al colectivo inmigrante como una población homogénea. Se hace imprescindible observar con mayor precisión las variables que definen a las poblaciones no nativas (país de origen, país de destino, tiempo de residencia, tipo de migración, etc.) para poder comprender la etiología de las desigualdades en la aparición, desarrollo y manejo de los procesos crónicos.

Tanto inmigración como cronicidad, por si mismas, actúan como importantes fuentes de desigualdades en salud. El inmigrante inmerso en un proceso crónico se sitúa en una situación cuyo control está limitado por los efectos que la interacción cronicidad-inmigración tiene en sus determinantes sociales de salud. Profundizar en el control que los inmigrantes tienen en sus procesos crónicos y en los factores que lo determinan se torna clave para poder visibilizar una situación inexplorada en un colectivo especialmente vulnerable.

OBJETIVOS GENERALES

1. Analizar el control de problemas crónicos (HTA y DM) en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid y la influencia de factores sociodemográficos y clínicos sobre dicho control, teniendo en cuenta la perspectiva de género.
2. Comprender la percepción que la población inmigrante tiene sobre los procesos crónicos y sobre su manejo y control.

Objetivos específicos para el objetivo general 1

1. Identificar las características clínicas y sociodemográficas de la población inmigrante diagnosticado de HTA/DM.
2. Determinar la prevalencia de mal control de HTA y DM en la población inmigrante según el contexto socioeconómico en el que viven.
3. Identificar las diferencias en el mal control de HTA y DM atendiendo al lugar de origen.
4. Determinar las variables sociodemográficas y clínicas que influyen en el control de HTA y DM.

Objetivos específicos para el objetivo general 2

1. Explorar las ideas y/o creencias que la población inmigrante tiene sobre los problemas crónicos en general y su proceso en particular.
2. Identificar las dificultades que perciben para el control de su proceso crónico.
3. Analizar la influencia de las características socioculturales de la zona de origen sobre el control de los procesos crónicos.
4. Profundizar en los determinantes sociales que repercuten del manejo y control de los procesos crónicos.

MATERIAL Y MÉTODO

La diferencia en la naturaleza de los objetivos planteados requiere aproximaciones metodológicas diferentes pero que, a su vez, se puedan integrar con el fin de obtener una mejor comprensión del objeto del estudio. Esta idea enmarca el estudio en un diseño de método mixto⁶².

1. DISEÑO DE MÉTODO MIXTO

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de método mixto no ha sido aún definido de forma oficial y consensuada, siendo muchas las definiciones que se han ido proponiendo en los últimos años. Johson, Onwueegbuzie y Turner llevaron a cabo un análisis de 19 definiciones acuñadas por autores como Creswell, Greene, Morse, Sandelowski, etc. Tras dicho análisis y con el objetivo de integrar todas las propuestas, los autores plantearon la siguiente definición⁶³:

“La investigación de método mixto es un tipo de investigación en la que el investigador o el equipo de investigadores combinan elementos tanto de metodología de investigación cuantitativa como cualitativa (ej. Uso de perspectivas cualitativas y cuantitativas, recogida de información, análisis, técnicas de inferencia) con el propósito de ampliar y profundizar en la comprensión y corroboración del objeto de estudio⁶³.

A la definición de investigación de método mixto, hay que añadir además una serie de características que delimitan las bases de este tipo de diseño de investigación⁶⁴:

- Conlleva la recogida tanto de datos cualitativos como cuantitativos según respondan a las preguntas de investigación o hipótesis.
- Incluye el análisis de ambos tipos de datos.
- Los procedimientos para la recogida y análisis de ambos tipos de datos deben llevarse a cabo de forma rigurosa.
- Ambos tipos de datos están incorporados en un diseño de método mixto que debe incluir la temporalización de la recogida de los mismos (concurrente o secuencial) y el énfasis que se le va a dar a cada uno de ellos (equivalente o no).

Este tipo de investigación se denomina también con términos como multi-método, metodología mixta, integración, etc. Sin embargo, la etiqueta “método mixto” es la que, recientemente, se emplea con mayor aceptación en la literatura⁶⁴.

Es necesario tener en cuenta que la consideración del método mixto como una nueva metodología de investigación es relativamente reciente. La literatura fecha este acontecimiento a finales de los 80, principios de los 90⁶⁴. Sin embargo, durante los años 60 ya se llevaban a cabo trabajos, especialmente en el campo de la sociología, en los que se mezclaban enfoques cuantitativos y cualitativos. De hecho, en la literatura sobre metodología en ciencias sociales, el artículo de Campbell y Fiske de 1959 se considera como la formalización de la práctica del uso integrado de múltiples métodos de investigación⁶³.

La investigación de diseño de método mixto ha vivido múltiples periodos de desarrollo: el periodo formativo (de los años 50 a los 80), el período del debate paradigmático (de los años 70 a los 90 tardíos), el período del desarrollo procedimental (de los años 80 tardíos al 2000) y el periodo de promoción, como un periodo separado del diseño (del 2000 en adelante). Actualmente, aún envuelto en debates y controversia, el método mixto está viviendo una gran expansión entre múltiples países y disciplinas^{62,65}.

Las investigaciones de método mixto comenzaron con investigadores y metodólogos que creyeron que ambos puntos de vista y formas de investigación, cuantitativa y cualitativa, son útiles y válidas en la medida en la que aborden las preguntas de investigación⁶³. En 1973 Sieber determinó de manera formal las ventajas de la combinación de la perspectiva cualitativa y cuantitativa en cada fase de la investigación⁶³. Desde entonces, son muchos los autores y estudios que siguen ampliando y verificando las ventajas y criterios para el uso de dicha combinación. Entre las mayores fortalezas y razones para la elección del método mixto destacan las siguientes⁶⁶:

- Conllevan un diseño más complejo que permite, a su vez, abordar fenómenos de gran complejidad.
- Son una opción dinámica para expandir el alcance y mejorar el poder analítico de los estudios.
- Cuando están bien hechos los estudios de método mixto potencia el ingenio y la versatilidad de los diseños de investigación.

- La operacionalización de las investigaciones de método mixto incluye una variedad casi ilimitada de combinaciones de muestreo, recogida de información y técnicas de análisis.

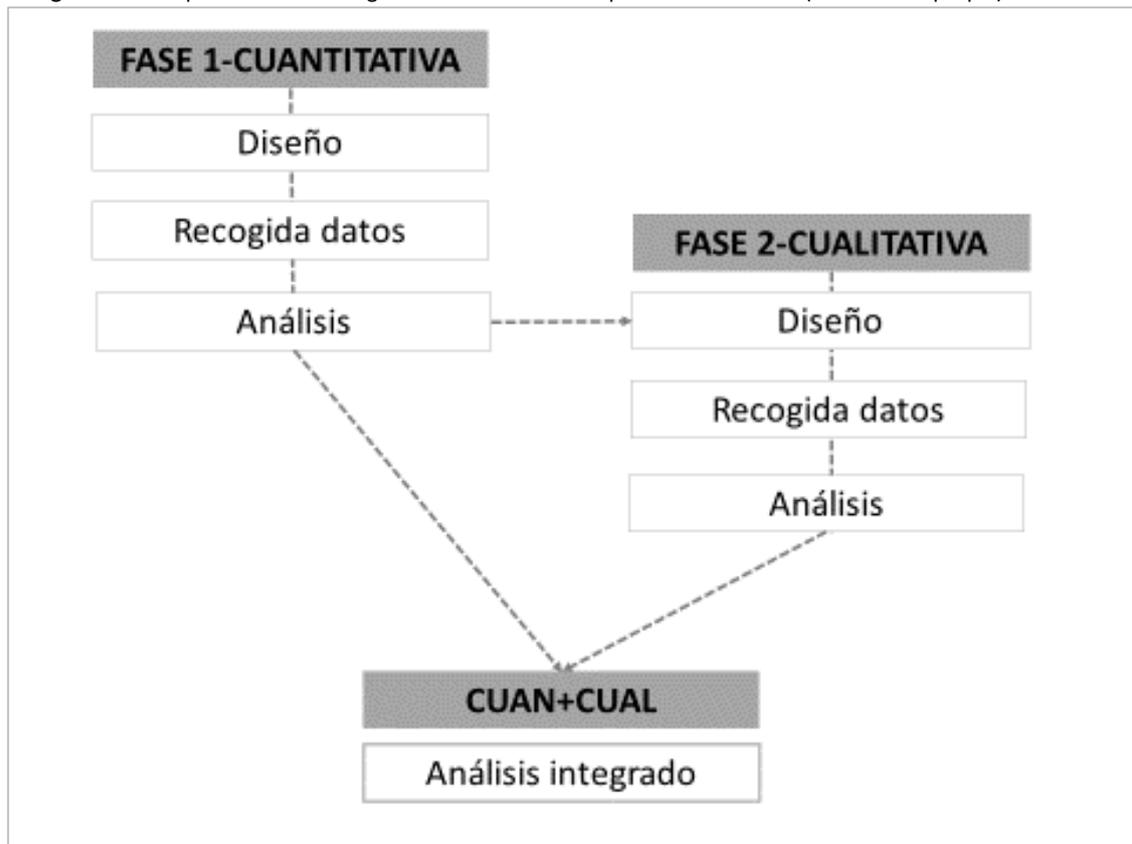
De forma concreta, la elección de un diseño de método mixto en este estudio, viene determinada por varios factores. En primer lugar, la elección de un diseño de método mixto, viene determinada por la naturaleza de los objetivos planteados. El primer objetivo, “analizar el control de problemas crónicos (HTA y DM) en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid y la influencia de factores sociodemográficos y clínicos sobre dicho control, teniendo en cuenta la perspectiva de género”, marca un diseño cuantitativo, mientras que el segundo, “Comprender la percepción que la población inmigrante tiene sobre los procesos crónicos y sobre su manejo y control” solo puede ser abordado de forma correcta con un diseño cualitativo⁶².

El diseño de método mixto en este estudio permite, en el nivel técnico del estudio, que los resultados obtenidos de los datos cuantitativos guíen el diseño de la fase cualitativa, especialmente en el muestreo⁶⁶.

Por último, el criterio con más peso para el diseño de método mixto, se presenta en la fase de interpretación de los resultados. La combinación de perspectivas permite, dar sentido a datos y resultados que, por separado, carecerían de sentido. El diseño escogido permite, además, abordar diferentes aspectos de la realidad a estudiar, una realidad que, además, se presenta como poco estudiada y, por lo tanto, un abordaje con varias perspectivas permitirá arrojar una visión más amplia del fenómeno^{64, 66}.

Dentro de los estudios de método mixto, existen diversos tipos y clasificaciones según el autor y campo de estudio. Considerando la clasificación descrita por Creswell, el estudio se enmarca en un *diseño explicativo secuencial*. Este tipo de diseño conlleva un proyecto de dos fases en las que, en primer lugar, se recoge la información cuantitativa (fase 1), se analiza y se emplea para diseñar la recogida de datos cualitativos, que se llevará cabo en una segunda fase (fase 2). De esta forma, la información recogida en la fase cualitativa permite dar sentido e interpretar la información obtenida en la fase cuantitativa^{62,64}. A continuación se presenta el esquema que describe la estrategia del estudio (figura 3):

Figura 3. Descripción de la estrategia de estudio: diseño explicativo secuencial (elaboración propia).



2. FASE CUANTITATIVA

MATERIAL Y METODO

DISEÑO

Estudio analítico transversal.

La naturaleza transversal viene dada porque no se han realizado varias mediciones de las variables de estudio, no obstante, el estudio tiene un carácter analítico vinculado a que los valores de la gran mayoría de las variables independientes que se han medido se ubican temporalmente con antelación a la variable de resultado, el control de la HTA y la DM.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del estudio abarca a todos los inmigrantes mayores de 14 años, cuyo país de origen sea de renta baja (según la clasificación del banco mundial y OCDE) ^{67,68}, diagnosticados de HTA y/o DM (el diagnóstico se basa en los protocolos de Atención primaria para el diagnóstico de ambos procesos y se identifican con los códigos de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2)) ⁶⁹, con tarjeta sanitaria y que fuesen atendidos en el servicio público de salud de dos de las antiguas áreas de salud de la Comunidad de Madrid (área 6 y 9), correspondientes actualmente, a la región noroeste y suroeste.

Hasta el año 2009, la zonificación de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, se organizaba en 11 áreas de salud definidas en función de Distritos Sanitarios y Zonas Básicas de Salud. En el año 2010 con la Ley de Libertad de elección en la Sanidad de Madrid, se establece el Área única de salud, de la que dependen 7 direcciones asistenciales y cuya estructura básica es la zona básica de salud, siendo esta, el marco territorial de la Atención Primaria donde desarrolla su actividad sanitaria el centro de salud (actualmente existen 310 zonas básicas de salud) ⁷⁰.

Las regiones noroeste y suroeste de la Comunidad de Madrid presentan un gran contraste a nivel socioeconómico y sanitario. La zona noroeste se caracteriza por ser una de las zonas de la Comunidad de Madrid que abarca distritos con uno de los mayores niveles de renta per cápita. La zona suroeste, presenta una situación socioeconómica menos favorable ^{70,71}. En la zona noroeste, 21% de la población pertenece al grupo I

(según el nivel socioeconómico planteado desde la clasificación del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) mientras que en la zona suroeste, solo el 3% de los habitantes se clasifican en ese mismo grupo⁷².

A nivel sanitario, en estas dos zonas existe una gran diferencia en cuanto a la naturaleza de la cobertura sanitaria. Mientras que en la zona noroeste el 59% es solo pública, el 38% mixta y 3% solo privada, en la zona suroeste 93% es solo pública, el 7% es mixta y el 1% solo privada⁷². En cuanto al estado de salud percibido, en la zona noroeste un 19% los identificaba como muy bueno, mientras que en la zona suroeste la cifra es del 11% (existiendo en ambos casos diferencias entre hombres y mujeres)⁷³.

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

Las variables dependientes fueron control de HTA y control de DM, se categorizaron, a partir de la media anual obtenida, en buen control, mal control o no registrado, teniendo en cuenta las últimas recomendaciones de las guías clínicas, si bien, para algunos análisis, que especifican más adelante, la categoría de no registrado se eliminó. Para HTA se estableció como buen control una media anual de la Presión Arterial menor de 140 mm Hg de presión arterial sistólica y de 90 mm Hg de presión arterial diastólica⁷⁴. Para DM se estableció como buen control una media anual de la cifra de hemoglobina glicosilada menor de 7 %⁷⁵.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Como variables independientes se incluyeron variables clínicas y variables sociodemográficas.

Las variables clínicas que se incluyeron fueron:

- Hábito tabáquico (sí fuma/no fuma).
- Tiempo desde el diagnóstico (en años).

Las variables sociodemográficas incluidas en el estudio fueron:

- Zona de origen (categorizada en regiones según el país de procedencia en: Europa del Este, América central, América del sur, norte de África, África Subsahariana, Asia y otros).
- Edad (en años)
- Sexo.
- Zona de residencia (según la zona básica de salud a la que estuviesen asociados. Área 6: noroeste. Área 9: suroeste).
- Situación socioeconómica de la zona de residencia, medida a través del índice de privación socioeconómica (IP).

La privación se define como un estado de desventaja observable y demostrable en relación con la comunidad, la sociedad o la nación a la cual pertenece un individuo, una familia o un grupo. El IP, variable sintética contextual a nivel de la zona básica de salud, fue calculado originalmente a partir de cinco indicadores obtenidos de los datos censales del año 2001. Los cinco indicadores fueron: trabajadores manuales, desempleo, asalariados eventuales, instrucción insuficiente e instrucción insuficiente en jóvenes. El IP puede tomar valores positivos y negativos, siendo peor la situación socioeconómica cuanto mayor sea el valor⁷⁶. Recientemente, se ha actualizado el IP a partir de los datos del censo de 2011 aunque aún no se han hecho público los resultados. Las variables recogidas el censo de 2011 fueron diferentes a las recogidas en el año 2001, como consecuencia, los indicadores para calcular el índice de privación se redujeron a cuatro, descartando (por la falta de datos) la instrucción insuficiente en jóvenes. Para este trabajo se utilizó el IP con datos del 2011 (proporcionado por los creadores del índice) y se operacionalizó en cuartiles, siendo el cuartil 1 el grupo con mejor situación y el cuartil 4 el grupo con peor situación socioeconómica.

INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se llevó a cabo mediante el uso de fuentes documentales, concretamente de la historia clínica de atención primaria. Para este propósito se utilizó una base de datos que se generó en el año 2010, para otros fines investigativos, con datos de las historias clínicas de atención primaria de las áreas de la Comunidad de Madrid que engloban la población de estudio.

La Historia clínica de Atención Primaria, especialmente desde su informatización, constituye una de las fuentes principales de información sobre asistencia sanitaria en el ámbito comunitario. La información que se integra en la Historia clínica permite conocer indicadores relaciones con las consultas realizadas, el porcentaje de población atendida en el año, la presión asistencial, la cobertura de promoción en las distintas etapa vitales, planes de cuidado de enfermería, etc. Esta fuente, permite un acceso rápido y fácil a una gran cantidad de datos con muestras muy amplias y con unos datos de razonable fiabilidad. Además, una de sus mayores fortalezas es la codificación a la que se somete a la mayor parte de la información integrada en la Historia^{77,78}.

TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Primeramente, se realizó un análisis de estadística descriptiva en función del tipo de variable: medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión para las variables cuantitativas; y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas.

En los análisis bivariantes (cada una de las variables independientes con las dependientes), la comparación de proporciones se realizó mediante la prueba de Ji Cuadrado considerando significativas las diferencias con una $p < 0,05$. Para el cálculo de las prevalencias de mal/buen control y los análisis bivariantes, las variables dependientes control DM y control HTA se recategorizaron, eliminando la categoría no registrado (en esta categoría se ubicaban los sujetos que no tenían registrada durante el periodo de estudio -2010- ninguna medición de la tensión arterial teniendo diagnosticada HTA, o ninguna medición de la HbA1c teniendo diagnosticada DM), con el fin de poder obtener una perspectiva más focalizada en el grado de control.

Asimismo se efectuó un análisis multivariante de regresión logística. Con el fin de disminuir la probabilidad de no incluir en el modelo final algún factor de confusión relevante se incluyeron en el análisis aquellas variables asociadas con el control de DM o HTA a nivel bivalente con una $p \leq 0,20$ ⁷⁹. Se incluyeron además las variables de ajuste edad, tiempo desde el diagnóstico y situación socioeconómica de la zona de residencia.

Se realizaron análisis separados para la HTA y la DM. Además, todos los análisis (univariantes, bivariantes y multivariantes) realizados fueron desagregados por sexo y área de residencia, con la intención de hacer un avance comprensivo sobre los

determinantes socioculturales y demográficos que están detrás o que caracterizan el control de los procesos crónicos de los hombres y de las mujeres con diferentes contextos socioeconómicos. Se calcularon intervalos de confianza al 95% de seguridad.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata 12.0.

3. FASE CUALITATIVA

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO

La fase cualitativa del estudio se ha planteado bajo la perspectiva de Jesús Ibáñez, teórico y práctico de la investigación social en España y uno de los fundadores de la Escuela Cualitativa de Madrid. Desde esta corriente, la metodología cualitativa adquiere una perspectiva multidisciplinar con el fin de “*conocer una realidad social dada*” y, como consecuencia, para plantear un buen diseño, análisis e interpretación son “*necesarios conocimientos sobre la subjetividad y el inconsciente (psicoanálisis), los significantes y los significados de las palabras y los signos (lingüística, semiología), el sentido de los mismos (semántica), la interpretación de los símbolos (hermenéutica), la cultura (antropología), la percepción de la realidad (fenomenología) y sobre la sociedad (sociología)*”^{80,81}.

Diseñar esta segunda fase de la investigación bajo los planteamientos de Ibáñez, supone integrar todas las disciplinas que configuran la investigación cualitativa para conocer la realidad social que se aborda^{80,81}.

ÁMBITO DE ESTUDIO

Esta fase del estudio se realizará en el área noroeste y suroeste de la Comunidad de Madrid, cuyas principales características se describieron en el capítulo de material y método de la fase cuantitativa. La elección de estas dos áreas viene determinado por la fase anterior del estudio y, al igual que se perseguía en la fase cuantitativa, tiene como objetivo explorar la influencia del contexto socioeconómico en el control del proceso crónico.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Al hablar de criterio de inclusión en investigación cualitativa, es necesario hacer referencia al concepto de *muestra estructural*. Este concepto de muestra, hace referencia al propósito de seleccionar a los sujetos con el fin de reproducir a nivel micro la estructura

social macro que se pretende investigar. Bajo este propósito se describen los principales criterios para la selección muestral: heterogeneidad, equilibrio, factibilidad y accesibilidad y tiempo y recursos⁸². En la presente investigación, los criterios para la selección de la muestra tienen como base los resultados obtenidos en la fase cuantitativa, dando como resultado los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Inmigrantes⁵, procedentes de América del Sur (Colombia, Ecuador, Perú y Argentina).

La procedencia de América del Sur está determinada como criterio de representatividad y accesibilidad.

Por un lado, en la base de datos utilizada para la primera fase del estudio, casi la mitad procedía de países pertenecientes a dicha región (48,48% n=7.461). Colombia, Ecuador, Perú y Argentina son los países con mayores porcentajes. Estas cifras son consistentes con la descriptiva de la población inmigrante de España en general y de la Comunidad de Madrid en particular que, junto con la población Romana y Marroquí, tiene una población de origen hispanoamericano muy elevada⁹.

Además, para la elección de esta región se han tenido en cuenta aspectos de accesibilidad, concretamente en el ámbito de la comunicación. La procedencia de los países citados permite llevar a cabo el grupo de discusión en castellano, facilitando la comprensión del discurso sin necesidad de mediadores culturales.

- 2) Diagnosticados de HTA o DM.

Al igual que en la primera fase del estudio (fase cuantitativa) el diagnóstico se basa en los protocolos de Atención primaria para el diagnóstico de ambos procesos y se identifican con los códigos de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2).

- 3) Que lleven residiendo en España al menos 3 años.

La literatura, señala el tiempo de residencia como un factor clave a tener en cuenta en la salud de la población inmigrante³³. La decisión de los tres años tiene como objetivo evitar captar participantes que se encuentren en la primera etapa de proceso migratorio, cuya situación de salud está determinada aún por el país de origen y el tránsito. Al llevar este tiempo en el país, los participantes estarán

además mejor adaptados al nuevo sistema sanitario, que se estima que requiere entre 3 y 5 años. Por último, se ha considerado que este criterio es posible comenzar a observar los efectos de la aculturación en los participantes, muy ligados a la aparición, progreso y control de los procesos crónicos^{27,33}.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Se considerará motivo de exclusión una situación aguda o descompensada derivada de una patología psiquiátrica o un trastorno cognitivo que imposibilite la participación en un dispositivo como el grupo de discusión.

TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS: GRUPOS DE DISCUSIÓN

La técnica de recogida de datos en la etapa cualitativa será los grupos de discusión. La técnica del grupo de discusión, en palabras de Ibáñez, *“investiga el proceso de producción de sentido, que no es más que la reproducción de la unidad social de sentido, y en ello reside su valor técnico”*⁸¹.

El grupo de discusión *“consiste en una reunión de siete a diez personas entre las que no existe conocimiento ni relación previa, las cuales han sido seleccionadas y convocadas en base a ciertos perfiles específicos acordes al objeto de investigación, para conversar en grupo sobre uno o más temas a partir de una provocación inicial, propuestas por quien desempeña el rol de moderador”*⁸².

Este instrumento de investigación ha adquirido gran importancia y popularidad en los últimos tiempos en los estudios en salud y cuidados y, más específicamente, en la investigación en atención primaria, gracias a sus excelentes resultados en la esfera de los estudios de mercado^{83,84}.

La elección de esta técnica de recogida de datos permitirá conocer el posicionamiento del grupo a través de un discurso que ordene y de un sentido social al tema que nos ocupa. Por otro lado, con los grupos de discusión se podrán obtener conocimiento que sea punto de partida para generar otras hipótesis y abrir nuevas líneas de investigación⁸².

DISEÑO DE LOS GRUPOS

El diseño de los grupos de discusión, como se comentó anteriormente, se enmarcará desde la perspectiva de Jesús Ibáñez⁸¹ y se nutrirá de los datos procedentes de la primera etapa de la investigación (fase cuantitativa).

NÚMERO DE GRUPOS A REALIZAR

El número de grupos de discusión a realizar se calculará en función de los criterios de segmentación. Estos criterios, se determinarán a partir de los resultados procedentes de la etapa cuantitativa y, por lo tanto, el número de grupos y sus características se presentarán de forma posterior a la presentación de los resultados cuantitativos.

TAMAÑO DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

La literatura, marca el número de participantes en un grupo de discusión entre cinco y diez. A partir de cinco, el grupo puede funcionar pero, según aumenta el número de participantes, el número de canales crece y, a partir de diez informantes el grupo de fragmenta en subgrupos. Bajo estas premisas, los grupos a realizar se compondrán de un mínimo de cinco informantes y un máximo de ocho⁸³.

CAPTACIÓN DE LOS INFORMANTES

La captación de participantes se realizará en el ámbito de estudio descrito (zonas noroeste y suroeste de la Comunidad de Madrid) a partir de terceras personas (“porteros”), no involucradas en la investigación y que estén asociadas de alguna manera a los ámbitos comunitarios de las zonas de estudio (Centros de Atención Primaria, por ejemplo). También se empleará la captación por “bola de nieve” con el fin de captar participantes a partir de las redes sociales preexistentes en las zonas de estudio.

A los porteros o captadores se les hará entrega de una consigna con los requisitos para la búsqueda de perfiles (incluyendo la necesidad de que los informantes no se conozcan entre sí) y la información mínima necesaria que deben conocer de antemano los participantes.

DINÁMICA DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

EL MODERADOR

Según Ibáñez, la persona encargada de dirigir el grupo o “preceptor”, ejerce dos funciones: por una parte, “*actúa a cuerpo descubierto, provocando la emergencia del tema de discusión y catalizando su discusión; por otra parte actúa, como sujeto invisible, mediante dobles escindidos de él, personales (observador) y no personales (grabadora)*”⁸¹.

Bajo esta idea, los grupos de discusión, contarán con un/a moderador/a y con un/a observador/a. El moderador/a enmarcará su actividad en el grupo con las siguientes funciones: promover la emergencia de un discurso libre, proponer el tema y suscitar el deseo de discutir, no participar en la discusión, trabajar sobre esta y tener una intervención como pantalla que refleja⁸³. El papel del moderador es clave, principalmente, en el primer momento ya que, el inicio del grupo se considera un momento crítico. Bajo esta idea, se han descrito lo que se conoce como *consignas para el despegue del grupo*. La presentación del grupo debe ser por lo tanto, un *despegue “después del cual puede lograrse planear hasta el final de los objetivos”*⁸⁵.

La persona encargada de llevar a cabo la observación será la encargada de captar y registrar por escritos los aspectos del grupo que no puedan ser grabados, esencialmente aquellos relacionados con la comunicación no verbal: posturas físicas, posición con respecto al resto de participantes, aspectos gestuales, etc⁸².

LUGAR DE ENCUENTRO

El espacio elegido para las reuniones seguirá las recomendaciones señaladas en la literatura para facilitar el desarrollo de la reunión de la manera más óptima. La elección del lugar de encuentro se llevará a cabo tras la captación de los participantes, intentando facilitar, en la medida de lo posible, que sea un lugar de conveniencia de los mismos. Además, se intentará evitar cualquier relacionado con el contexto sanitario donde los participantes tienen el rol de paciente⁸³.

DURACIÓN DEL GRUPO

La duración de la reunión se fijará inicialmente, según acuerdan los autores, en una hora y media, siempre teniendo en cuenta la dinámica de cada grupo⁸³.

REGISTRO

La reunión, se registrará únicamente en audio. Además, tanto el moderado como el observador realizarán las anotaciones que estimen pertinentes con el fin de completar las grabaciones en audio.

OBSEQUIO

A los participantes se les hará entrega de un pequeño obsequio que sirva como “*signo de intercambio debido a su participación en la reunión*”. Dicho obsequio, se pensará para que mantenga el equilibrio entre un regalo y un pago⁸³.

DESARROLLO: GUIÓN DE LA REUNIÓN

El guión de la reunión (anexo 1), no tiene como objetivo prefijar preguntas que conviertan el encuentro en una entrevista semiestructurada. Los temas y preguntas planteados en dicho guión no tienen más objetivo que el de ayudar al moderador a dirigir el discurso en base a los objetivos de investigación y a plantear posibles temas o preguntas en el caso de que se produzca un silencio en el grupo que requiera de la participación del moderador. Los temas y preguntas para la reunión se plantean desde los objetivos específicos de la investigación y se están estructuradas desde los tres momentos de la reunión: inicio (despegue), desarrollo y clausura.

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez transcritas las grabaciones de los grupos y recopiladas las anotaciones realizadas durante los mismos, se procederá a la interpretación y análisis, entendiendo ambos procesos como la lectura y decodificación de los discursos generados⁸¹.

El análisis, se llevará a cabo a través de los conjuntos de procedimientos propuestos en la literatura para el análisis de los datos cualitativos: pensar, trabajar y reconstruir los datos⁸². El análisis del discurso se iniciará con la lectura de las transcripciones literales de los discursos grabados, para pasar a identificar unidades de sentido (contenido latente) mediante una reducción semiológica, y posteriormente

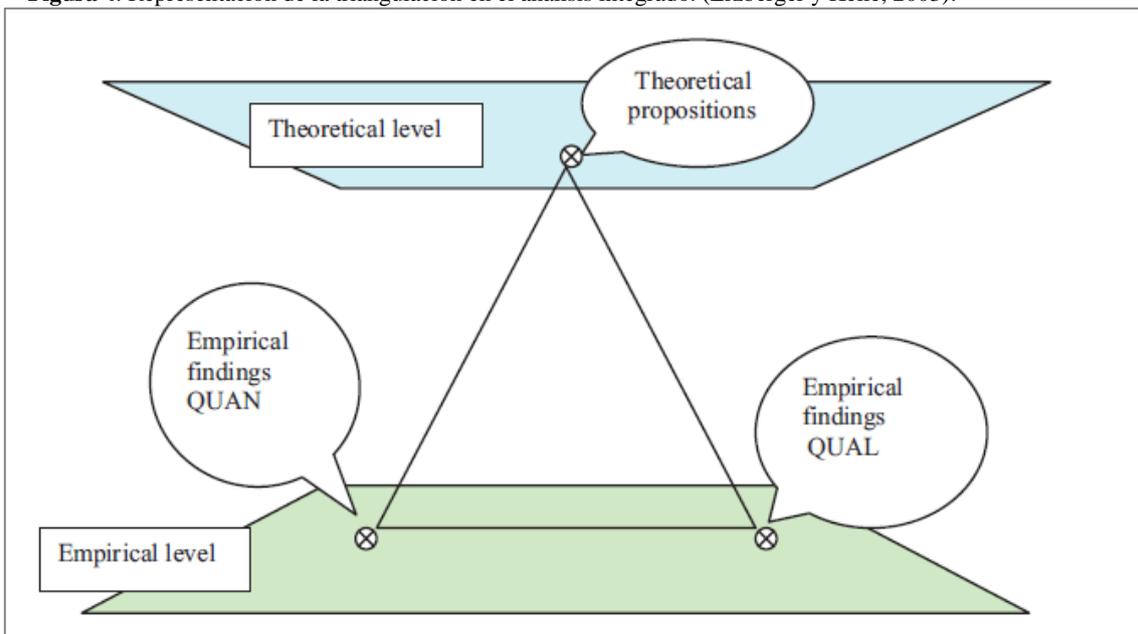
a realizar una interpretación, enmarcada en el contexto social desde el que emanan dichos discursos y desde la configuración simbólica y semántica que encierran^{81,83,86}.

4. ANÁLISIS INTEGRADO

MATERIAL Y MÉTODO

El análisis integrado en el diseño de método mixto, continúa siendo objeto de debate y controversia. Erzberger y Kelle proponen la triangulación como “metáfora metodológica” para describir las relaciones entre los resultados cuantitativos y cualitativos⁸⁷. El modelo presentado por Erzberger y Kelle, representado en la figura 4, sitúa en los vértices del triángulo la proposición o construcción teórica (en el nivel teórico) y los resultados cuantitativos y cualitativos (en el nivel empírico). Los lados del triángulo, representan las relaciones que se establecen y que puede tener naturaleza divergente, convergente y complementaria⁸³.

Figura 4. Representación de la triangulación en el análisis integrado. (Erzberger y Kelle, 2003).



La presente investigación, al plantearse con un diseño explicativo secuencial, persigue que los resultados del análisis de los datos cuantitativos y cualitativos se combinen en el nivel interpretativo de la investigación, de forma que los datos cualitativos ayuden a dar sentido a los resultados cuantitativos^{84,66}). Como consecuencia, las relaciones que se establecen en el modelo de triangulación planteado por Erzberger y Kelle son de tipo complementario y los resultados cuantitativos y cualitativos se suplementan⁶².

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

MATERIAL Y METODO

El diseño y el desarrollo de la propuesta de investigación, se han realizado teniendo en cuenta los principios éticos de beneficencia, autonomía y justicia, descritos en el informe Belmont para la protección de sujetos humanos de investigación⁸⁸. En todas las fases de la investigación, se han tomado medidas para asegurar la protección de los participantes y el cumplimiento de todos los principios éticos. La presente propuesta de investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid (ver anexo 2).

Para la fase cuantitativa, es necesario explicar que la base de datos utilizada fue generada en el año 2010 con otros fines investigativos y ha sido cedida por la investigadora Principal, Pilar Serrano. Dicha base de datos forma parte de otro proyecto ya aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda y su uso ha sido autorizado por la gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. El acceso a las Historias clínicas contenidas en dicha base de datos está regulado por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad. Como consecuencia, el acceso a las historias clínicas con fines de investigación obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencias, de manera que queda asegurado el anonimato.

En la etapa cualitativa de la investigación, los datos identificativos de los participantes en los grupos de discusión serán codificados (disociación reversible) y, en las transcripciones de los grupos de discusión, se modificará los datos con lo que pudiesen ser posible reconocer a la persona (se realizará una codificación reversible de los datos en el marco de la ley de Protección de Datos, Ley Orgánica 15/1999 13 Diciembre). Para esta fase, además, se ha desarrollado un documento de consentimiento informado e información para el paciente (Anexo 3) con el fin de garantizar y certificar por escrito la participación voluntaria e informada de los participantes en los grupos de discusión.

Se obtuvo información de 15.391 sujetos, de los cuales 8742 (56,79%) cumplían el criterio de inmigrante procedente de país de renta baja, mayor de 14 años y diagnosticado de DM o HTA.

Del total de la muestra, 7788 estaban diagnosticados de HTA (tabla 1) y 3125 (tabla 2) de DM. A continuación se exponen los resultados obtenidos, presentando por un lado aquellos correspondientes a la muestra diagnosticada de HTA y por otro lado aquellos relacionados con la muestra diagnosticada de DM.

DESCRIPTIVA DE LOS PACIENTES CON HTA

Para HTA, el porcentaje de mujeres (58,2%, n=4530) fue mayor que el de hombres. La edad media fue de 55,92 años (DE= 14,04), siendo la de las mujeres de la zona noroeste la más elevada (59,05 años, DE=14,36). El grupo de edad que presentaba mayores porcentajes fue el de mayores de 60 años (27,86%, n=878) (Tabla 1).

En cuanto a la situación socioeconómica (índice de privación), en todos los casos, en el área noroeste más de la mitad de la muestra pertenecía al cuartil 1 (mujeres 60,87%, n=1842; hombres 59,50%, n=1262). En el área suroeste, los mayores porcentajes se presentaron en el cuartil 4 (mujeres 65,56%, n=986; hombres 65,35%, n=743), mientras que ningún sujeto de la muestra de este área residía en una zona con cuartil 1 (Tabla 1).

En relación al hábito tabáquico, el porcentaje de fumadores era mayor en los hombres (5,25%, n=171). Del total de la muestra, un 71,17% (n=5543), no tenía registrado dicha información (Tabla 1).

El mayor porcentaje de la muestra, en todos los casos, procedía de América del Sur (42%, n=3271). En la zona noroeste, las mujeres procedían, en segundo lugar, de América central (16,23%, n=491) y los hombres del Este de Europa (15,46%, n=335); en la zona suroeste fueron mayores los porcentajes de los hombres (21,28%, n=242) y mujeres (23,67%, n=356) procedentes de África Subsahariana (Tabla 1).

Tabla 1.

Descriptiva de la muestra por sexo y zona de residencia para HTA.

Variables	CATEGORIAS	Mujeres			Hombres			Total
		Zona Noroeste (n= 3026) # (%)	Zona Suroeste (n= 1504) # (%)	Total (n= 4530) # (%)	Zona Noroeste (n=2121) # (%)	Zona Suroeste (n= 1137) # (%)	Total (n= 3258) # (%)	N=7788 # (%)
Grupos de edad	<40	225 (7,44)	241 (16,02)	466 (10,29)	268 (12,64)	239 (21,02)	507 (15,56)	973 (12,49)
	40-50	662 (21,88)	385 (25,60)	1047 (23,11)	537(25,32)	372 (32,72)	909 (27,90)	1956 (25,12)
	50-60	904 (29,87)	399 (26,53)	1303 (28,76)	600(28,29)	297 (26,12)	897(20,53)	2200 (28,25)
	>60	1235 (40,81)	479 (31,85)	1714 (37,89)	716(33,76)	229(20,14)	945(29,01)	2659 (34,14)
Índice de privación	Cuartil 1	1842 (60,87)	-	1842 (40,66)	1262(59,50)	-	1262 (38,74)	3104 (39,86)
	Cuartil 2	1115 (36,05)	169 (11,24)	1284 (28,34)	803(37,86)	141 (12,40)	944 (28,97)	2228 (28,61)
	Cuartil 3	34 (1,12)	349 (23,20)	383 (8,45)	29(1,37)	253 (22,25)	282(8,66)	665 (8,54)
	Cuartil 4	35 (1,16)	986 (65,56)	1021 (22,54)	27(1,27)	743 (65,35)	770(23,63)	1791 (23)
Tabaquismo	Sí fuma	100 (3,30)	47 (3,13)	147 (3,25)	95(4,48)	76 (6,68)	171 (5,25)	318 (4,08)
	No fuma	564 (18,64)	618 (41,09)	1182 (26,09)	370(17,44)	375 (32,98)	745 (22,87)	1927 (24,27)
	No registrado	2362 (78,06)	839 (55,78)	3201 (70,66)	1656(78,08)	686 (60,33)	2342(71,88)	5543 (71,17)
Procedencia	América del Sur	1508 (49,83)	421 (27,99)	1929 (42,58)	1027(48,42)	315 (27,70)	1342 (41,19)	3271 (42)
	América Central	491 (16,23)	221 (14,69)	712 (15,72)	239(11,27)	107 (9,41)	346 (10,62)	1058 (13,59)
	Norte de África	287 (9,48)	223 (14,83)	510 (11,26)	292(13,77)	187 (16,45)	479 (14,70)	989 (12,70)
	Áf Subsahariana	50 (1,65)	356 (23,67)	406 (8,96)	51(2,40)	242 (21,28)	293 (8,99)	699 (8,98)
	Asia	203 (6,71)	51 (3,39)	254 (5,61)	163(7,69)	59 (5,19)	222 (6,81)	476 (6,11)
	Europa del Este	443 (14,64)	231 (15,36)	674 (14,88)	335(15,46)	227 (19,96)	562 (17,65)	1236 (15,87)
	Otros	44 (1,45)	1 (0,07)	45 (0,99)	14(0,66)	-	14 (0,73)	59 (0,76)
		Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Tiempo diagnóstico (años)		4,60 (4,11)	4,51 (4,44)	4,57 (4,22)	4,5(3,80)	3,91 (3,82)	4,29 (3,81)	4,45 (4,06)
Edad (años)		59,05 (14,36)	54,38 (13,62)	57,50 (14,29)	55,51 (13,61)	50,43 (12,35)	53,73 (13,40)	55,92 (14,04)

El tiempo medio desde el diagnóstico de HTA fue de 4,45 años (DE=4,06).

DESCRIPTIVA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DM

En la muestra diagnosticada de DM el 58,8% (n=1721) fueron mujeres. La media de edad fue de 52,66 años (DE=14,40). El grupo de edad que presentaba mayores porcentajes fue el de 50-60 años para los hombres (30,05%, n= 519) y mayores de 60 años para las mujeres (31,09%, n=443). Las mujeres de la zona suroeste presentaron mayores porcentajes en el grupo de menores de 40 años (30,26%, n=187) (tabla 2).

En relación a la situación socioeconómica, más de la mitad de la muestra de la zona noroeste se clasificaba en el cuartil 1 del Índice de privación, tanto para mujeres (53,92%, n=598) como para hombres (50,41%, n=429). En la zona suroeste no había sujetos que residieran en zonas muestra con cuartil 1, y los mayores porcentajes se observaron en el cuartil 4 (mujeres 62,46 %, n= 386; hombres 64,81%, n=372) (tabla 2).

El porcentaje de fumadores era mayor en los hombres (6,08%, n=86). Del total de la muestra, un 70,97% (n=2237), no tenía registrado dicha información (Tabla 2).

En cuanto a la región de origen, en la zona noroeste procedían mayoritariamente de países suramericanos (mujeres: 42,02%, n=466; hombres: 41,60%, n=354). En la zona suroeste, los porcentajes fueron mayores para aquellos procedentes del norte de África (mujeres: 30,91%, n=191; hombres: 35,19%, n=202) (Tabla 2).

El tiempo de diagnóstico medio de la DM fue de 3,98 años (DE=3,34) (Tabla 2).

Tabla 2.

Descriptiva de la muestra por sexo y zona de residencia para DM.

Variables	CATEGORIAS	Mujeres			Hombres			Total
		Zona Noroeste (n= 1109) # (%)	Zona Suroeste (n= 618) # (%)	Total (n= 1727) # (%)	Zona Noroeste (n=851) # (%)	Zona Suroeste (n= 574) # (%)	Total (n= 1425) # (%)	N=3152 # (%)
Grupos de edad	<40	273 (24,62)	187 (30,26)	460 (20,64)	92 (10,81)	104 (18,12)	196 (13,75)	656 (20,81)
	40-50	240 (21,64)	146 (23,62)	386 (22,35)	255 (29,96)	172 (29,97)	427 (29,96)	813 (25,79)
	50-60	236 (21,28)	126 (20,39)	362 (20,96)	251 (29,49)	192 (33,45)	443 (31,09)	805 (25,54)
	>60	360 (32,46)	159 (25,73)	519 (30,05)	253 (29,73)	106 (18,47)	359 (25,19)	878 (27,86)
Índice de privación	Cuartil 1	598 (53,92)	-	598 (34,63)	429 (50,41)	-	429 (30,11)	1027 (32,58)
	Cuartil 2	464 (41,84)	67 (10,84)	531 (30,75)	386 (45,36)	73 (12,72)	459 (32,21)	990 (31,41)
	Cuartil 3	24 (2,16)	165 (26,70)	189 (10,94)	11 (1,29)	129 (24,47)	140 (9,82)	329 (10,44)
	Cuartil 4	23 (2,07)	386 (62,46)	409 (23,68)	25 (2,94)	372 (64,81)	397 (27,86)	806 (25,57)
Tabaquismo	Sí fuma	26 (2,34)	19 (3,07)	45 (2,61)	51 (5,99)	35 (6,10)	86 (6,04)	131 (4,16)
	No fuma	202 (18,21)	250 (40,45)	452 (26,17)	158 (18,57)	174 (30,31)	332 (23,30)	784 (24,87)
	No registrado	881 (79,44)	349 (56,47)	1230 (71,22)	642 (75,44)	365 (63,59)	1007 (70,67)	2237 (70,97)
Procedencia	América del Sur	466 (42,02)	173 (27,99)	639 (37)	354 (41,60)	155 (27)	509 (35,72)	1148 (36,42)
	América Central	141 (12,71)	75 (12,14)	216 (12,51)	70 (8,23)	46 (8,01)	116 (8,14)	332 (10,53)
	Norte de África	275 (24,80)	191 (30,91)	466 (26,98)	253 (29,73)	202 (35,19)	455 (31,93)	921 (29,22)
	Áf Subsahariana	19 (1,71)	83 (13,43)	102 (5,91)	16 (1,88)	82 (14,29)	98 (6,88)	200 (6,35)
	Asia	86 (7,75)	35 (5,66)	121 (7,01)	68 (7,99)	41 (7,14)	109 (7,65)	230 (7,30)
	Europa del Este	106 (9,56)	61 (9,87)	167 (9,67)	85 (9,99)	48 (8,36)	133 (9,33)	300 (9,52)
	Otros	16 (1,44)	-	16 (0,93)	5 (0,59)	-	5 (0,35)	21 (0,67)
		Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Tiempo diagnóstico (años)		3,98 (3,25)	3,67 (3,33)	3,87 (3,28)	4,36 (3,62)	3,73 (3,02)	4,11 (3,41)	3,98 (3,34)
Edad (años)		53,40 (16,34)	50,05 (14,66)	52,20 (15,84)	54,66 (12,71)	51,07 (11,63)	53,21 (12,41)	52,66 (14,40)

DESCRIPTIVA DEL CONTROL DE HTA

En la tabla 3 se muestran los resultados para la descriptiva del control de HTA. De forma general, se observó que los porcentajes más elevados hacían referencia a la falta de medición (para HTA 47,88 % de mujeres, n=2169 y 52,42% de hombres, n=1708). Dichos porcentajes fueron más elevados en la zona noroeste (mujeres: 56,99%, n=1664; hombres: 58,18%, n=1234) frente a la suroeste (mujeres: 33,58%, n=505; hombres: 41,69%, n=474) (tabla 3).

Tabla 3.
Descriptiva del control de HTA.

	Mujeres			Hombres			Total (n= 7788) # (%)
	Noroeste (n=3026) # (%)	Suroeste (n= 1504) # (%)	Total (n= 4530) # (%)	Noroeste (n= 2121) # (%)	Suroeste (n= 1137) # (%)	Total (n= 3258) # (%)	
Buen control	816 (26,97)	616 (40,96)	1432 (31,61)	506 (23,86)	355 (31,22)	861 (26,43)	2293 (29,44)
Mal control	546 (18,04)	383 (25,47)	926 (20,51)	381 (17,96)	308 (27,09)	689 (21,15)	1618 (20,78)
No registrado	1664 (54,99)	505 (33,58)	2169 (47,88)	1234 (58,18)	474 (41,69)	1708 (52,42)	3877 (49,78)

Los resultados para las prevalencias del control de HTA mostraron que un 41,37% (n=1618) de la muestra cumplía los parámetros de mal control del problema. Los hombres (44,45%, n=689) presentaron mayores porcentajes de mal control que las mujeres (39,35%, n=926) (tabla 4).

Tabla 4.
Prevalencias de buen control/mal control para HTA.

	Mujeres			Hombres			Total (n= 3911) # (%)
	Noroeste (n= 1362) # (%)	Suroeste (n= 999) # (%)	Total (n= 2361) # (%)	Noroeste (n= 887) # (%)	Suroeste (n=663) # (%)	Total (n= 1550) # (%)	
Buen control	816 (59,91)	616 (61,66)	1432 (60,65)	506 (57,05)	355 (53,54)	861 (55,55)	2293 (58,63)
Mal control	546 (40,09)	383 (38,34)	926 (39,35)	381 (42,92)	308 (44,57)	689 (44,45)	1618 (41,37)

DESCRIPTIVA DEL CONTROL DE DM

En el control de la DM (tabla 5), fueron mayores los porcentajes de falta de registro (63,23%, n=1993), existiendo mayores porcentajes en el área noroeste (mujeres: 71,24%, n=790; hombres: 70,51%, n=600) frente al suroeste (mujeres: 53,56%, n=331; hombres: 47,39%, n=272) (tabla 5).

Tabla 5.
Descriptiva del control de DM.

	Mujeres			Hombres			Total (n= 3152) # (%)
	Noroeste (n=1109) # (%)	Suroeste (n= 618) # (%)	Total (n= 1727) # (%)	Noroeste (n= 851) # (%)	Suroeste (n= 574) # (%)	Total (n= 1425) # (%)	
Buen control	162 (14,61)	161 (26,05)	323 (18,70)	117 (13,75)	156 (27,18)	273 (19,16)	596 (18,91)
Mal control	157 (14,16)	126 (20,39)	283 (16,39)	134 (15,75)	146 (25,44)	280 (19,65)	563 (17,86)
No registrado	790 (71,24)	331 (53,56)	1121 (64,91)	600 (70,51)	272 (47,39)	872 (61,19)	1993 (63,23)

Las prevalencias relacionadas con el control de la DM (tabla 6) mostraron que un 48,58% (n=563) de la muestra diagnosticada de dicho proceso tenía mal control. El 50,63% (n=280) de los hombres y el 50,27% (n=283) de las mujeres presentaron mal control. Se observaron diferencias en las prevalencias de mal control según la zona de residencia siendo mayores las del área noroeste (mujeres: 53,95%, n=157; hombres: 53,39%, n=134) frente al área suroeste (mujeres: 43,90%, n=126; hombres: 48,34%, n=280) (tabla 6).

Tabla 6.
Prevalencias de buen control/mal control para DM.

	Mujeres			Hombres			Total (n= 1159) # (%)
	Noroeste (n=319) # (%)	Suroeste (n=287) # (%)	Total (n= 606) # (%)	Noroeste (n=251) # (%)	Suroeste (n=302) # (%)	Total (n= 553) # (%)	
Buen control	162 (58,06)	161 (56,10)	323 (53,30)	117 (46,61)	156 (51,66)	273 (49,37)	596 (51,42)
Mal control	157 (53,95)	126 (43,90)	283 (50,27)	134 (53,39)	146 (48,34)	280 (50,63)	563 (48,58)

CONTROL DE HTA SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN

Las diferencias en el control de la hipertensión según el origen fueron estadísticamente significativas en la zona noroeste ($p=0,001$) y en la suroeste ($p=0,010$). La mayor prevalencia de mal control para las muestra de la zona noroeste la presentaron los hombres procedentes de Europa (55,55%) y la menor las mujeres procedentes de América del Sur (34,65%) (Figura 5).

En la zona suroeste, las mayores prevalencias de mal control de HTA la presentaron los hombres procedentes de Europa (53,65%) y América central (53,57%).

Las mujeres asiáticas presentaron las prevalencias más bajas de mal control (25%) (Figura 6).

Figura 5. Prevalencia de mal control de HTA en la zona Noroeste.

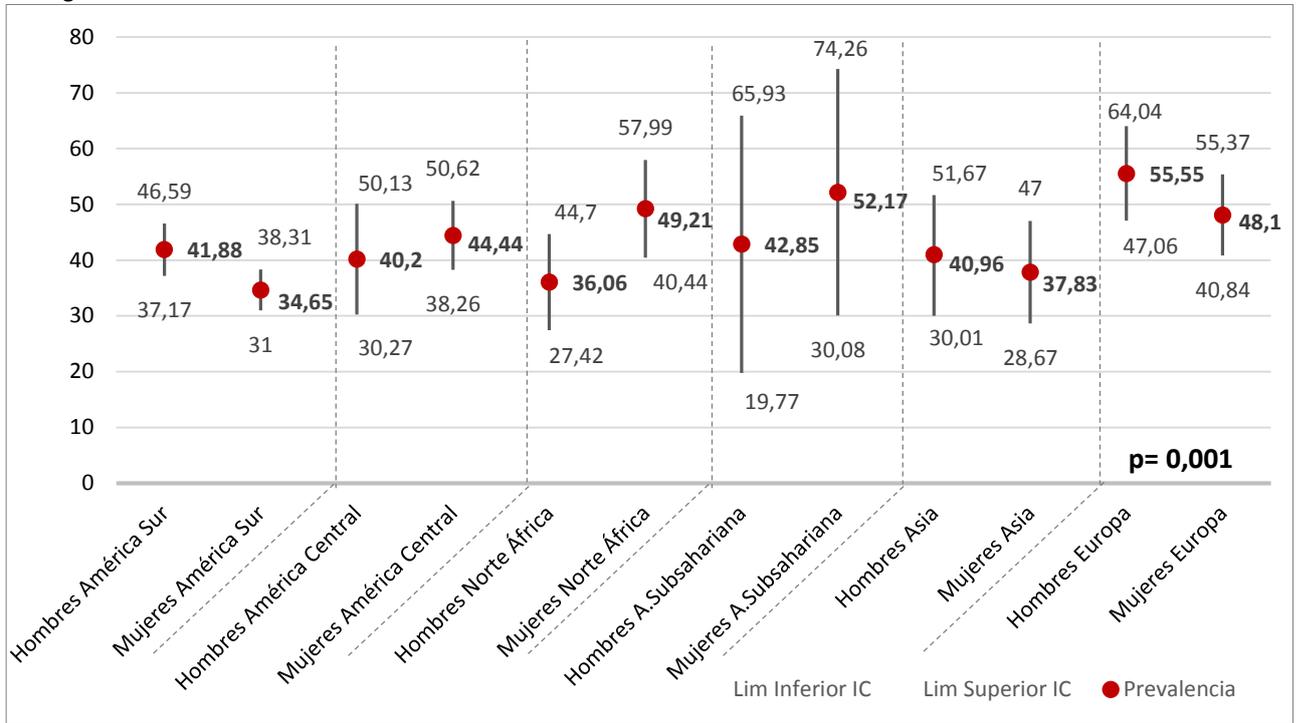
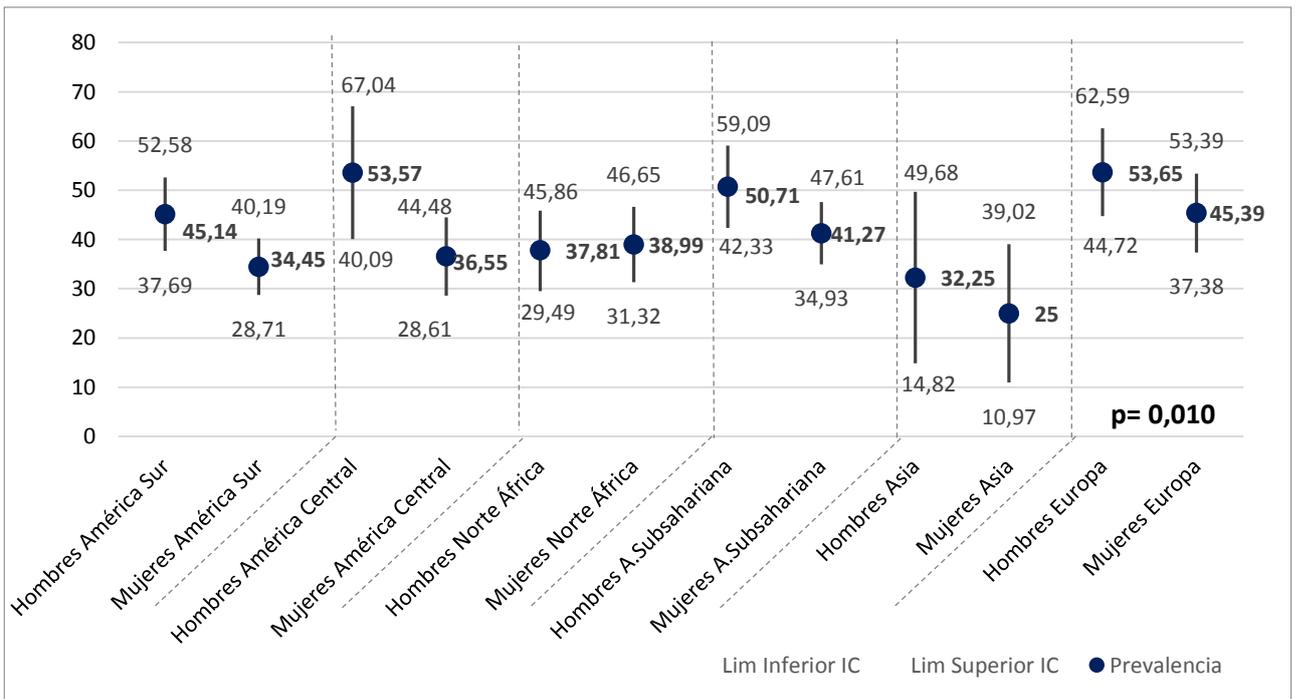


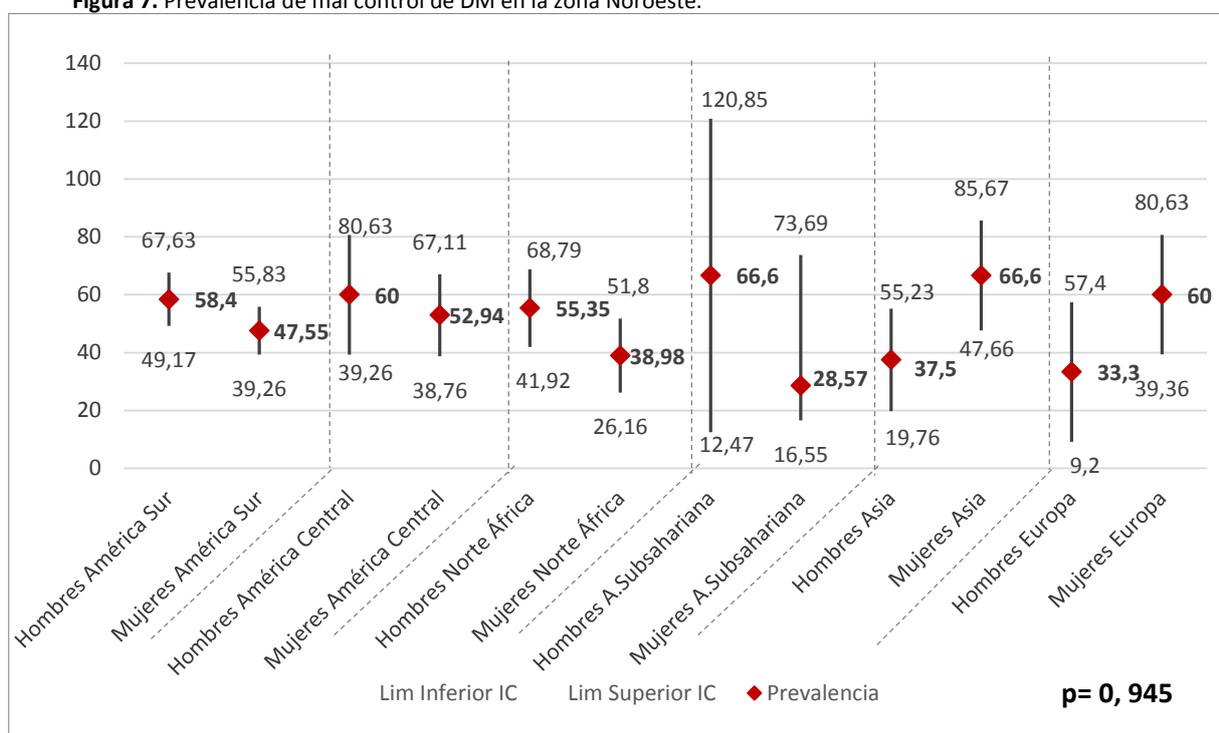
Figura 6. Prevalencia de mal control de HTA en la zona Suroeste.



CONTROL DE DM SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN

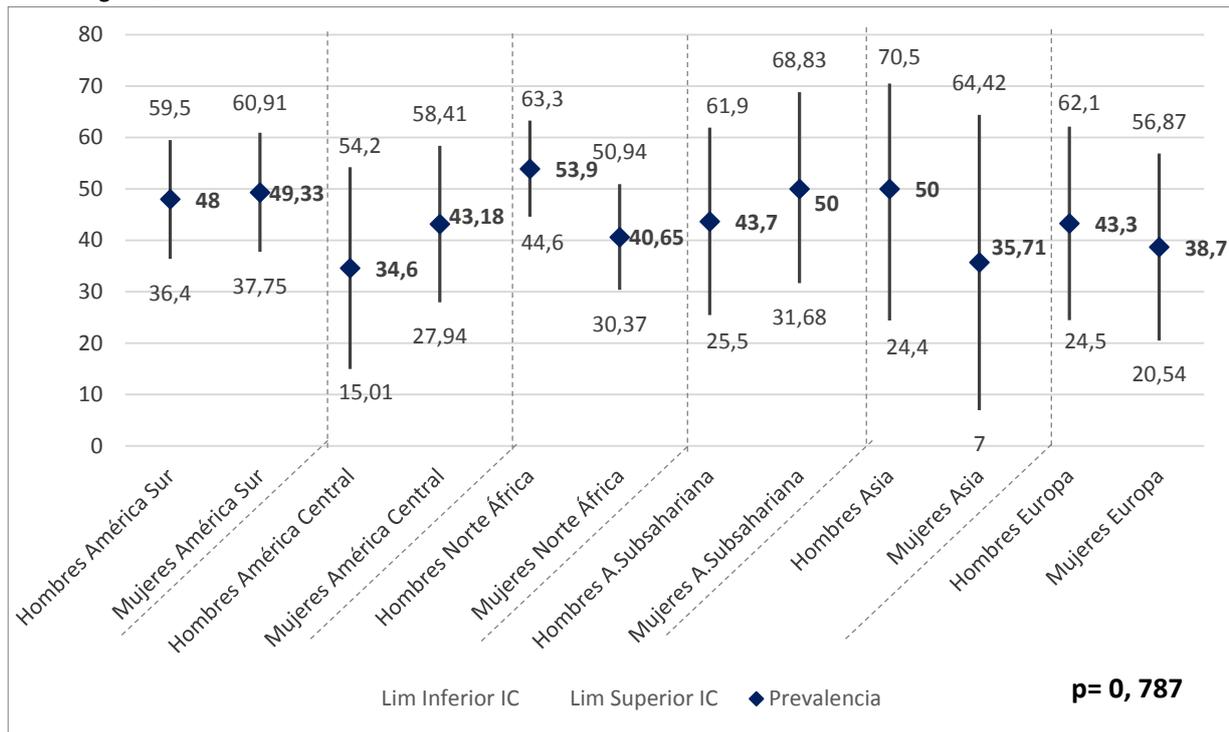
En el análisis bivalente para el control de DM asociado a la zona de origen, se observaron diferencias pero no fueron significativas ($p= 0,945$ en el área noroeste y $p= 0,787$ en el área suroeste). En la zona noroeste, los mayores porcentajes de peor control se observaron los hombres procedentes de África Subsahariana (66,6%) y en las mujeres asiáticas (66,6%). Los menores porcentajes los presentaron los hombres europeos (33,3%) (figura 7).

Figura 7. Prevalencia de mal control de DM en la zona Noroeste.



En la zona suroeste, el mayor porcentaje de mal control los presentaron los hombres procedentes del Norte de África (53,9%), mientras que el menor porcentaje se observó en los hombres procedentes de América central (34,6%) y en las mujeres asiáticas (35,7%) (Figura 8).

Figura 8. Prevalencia de mal control de DM en la zona Suroeste.



ANÁLISIS MULTIVARIANTE PARA HTA

Los resultados del análisis de regresión logística para el control de la HTA en la zona noroeste (tabla 7) mostraron el tiempo de diagnóstico como factor protector en hombres (OR=0,95; IC95:% 0,92-0,99) y en mujeres (OR=0,95; IC95:% 0,92-0,98). Como factor de riesgo, en esta zona, se asoció ser mujer procedente de Norte de África (OR=1,70; IC95:% 1,00-2,87) y de Europa (OR=1,65; IC95:% 1,01-2,68) (tabla 7).

En la zona suroeste, se mostró como factor protector para el control de la HTA el tiempo de diagnóstico en hombres (OR=0,90; IC95:% 0,85-0,95) y en mujeres (OR=0,95; IC95:% 0,92-0,98) (tabla 8).

El hábito tabáquico se comportó como factor de riesgo en las mujeres (OR=1,24; IC95:% 1,08-1,43). Las regiones de procedencia que se asociaron a un mayor riesgo de peor control (considerando como región de referencia Asia, OR=1) fueron, para los hombres, América Central (añadir región de referencia) (OR=3,26; IC95:% 1,27-8,39) África Subsahariana (OR=2,33; IC95:% 1,01- 5,37) y Europa (OR=2,48; IC95:% 1,06-5,77). Para las mujeres, se asociaba a mayor riesgo de peor control, la procedencia de

África Subsahariana (OR=2,30; IC95:% 1,06- 4,97) y Europa (OR=2,35; IC95:% 1,06- 5,18) (región de referencia Asia, OR=1) (tabla 8).

Tabla 7
Modelo multivariante para mal control de HTA en zona noroeste.

Variables	Hombres		Mujeres		
	Odds Ratio	(95% IC)	Odds Ratio	(95% IC)	
Edad	0,98	(0,97- 1,00)	1,01	(1,00- 1,02)	
Tiempo de diagnóstico	0,95	(0,92- 0,99)	0,95	(0,92-0,98)	
Índice Privación**	Cuartil 1	1,67	(0,29-9,45)	2,76	(0,30-25,16)
	Cuartil 2	1,38	(0,24-7,88)	1,98	(0,21-18,19)
	Cuartil 3	-	-	1,90	(0,10-33,09)
Región origen*	América Sur	1,00	(0,61- 1,62)	0,88	(0,58-1,34)
	América Central	0,98	(0,53- 1,79)	1,33	(0,84- 4,03)
	Norte África	0,84	(0,47- 1,50)	1,70	(1,00- 2,87)
	A. Subsahariana	1,17	(0,43- 3,13)	1,73	(0,69- 4,32)
	Europa	1,59	(0,89- 2,82)	1,65	(1,01- 2,68)
	Otros	1,87	(0,24- 14,52)	0,15	(0,01-1,39)

*Región de referencia: Asia. LR chi2(3) = 25,45
 **Cuartil de referencia: 4. Prob > chi2 = 0,0046
 Number of obs = 886

LR chi2(3) = 37,14
 Prob > chi2 = 0,0000
 Number of obs = 1362

Tabla 8
Modelos multivariantes para el mal control de HTA en zona Suroeste.

Variables	Hombres		Mujeres		
	Odds Ratio	(95% IC)	Odds Ratio	(95% IC)	
Edad	0,98	(0,97- 1,00)	1,002	(0,99- 1,01)	
Tiempo de diagnóstico	0,90	(0,85- 0,95)	0,95	(0,92-0,98)	
Tabaco (sí fuma)	1,13	(0,95- 1,34)	1,24	(1,08-1,43)	
Índice Privación**	Cuartil 1	-	-	-	
	Cuartil 2	1,49	(0,92-2,41)	0,95	(0,61-1,48)
	Cuartil 3	0,93	(0,95-1,34)	0,84	(0,61-1,16)
Región origen*	América Sur	2,15	(0,95- 4,91)	1,57	(0,73-3,38)
	América Central	3,26	(1,27- 8,39)	1,81	(0,81- 4,02)
	Norte África	1,69	(0,73- 3,95)	2,11	(0,95- 4,67)
	A. Subsahariana	2,33	(1,01- 5,37)	2,30	(1,06- 4,97)
	Europa	2,48	(1,06- 5,77)	2,35	(1,06- 5,18)

*Región de referencia: Asia. LR chi2(3) = 38,73
 **Cuartil de referencia: 4. Prob > chi2 = 0,0000
 Number of obs = 662

LR chi2(3) = 27,44
 Prob > chi2 = 0,0022
 Number of obs = 998

ANÁLISIS MULTIVARIANTE PARA DM

Los análisis de regresión logística para el control de la DM dieron como resultado que la edad actuaba como factor protector en los hombres tanto en la zona noroeste (tabla 9) (OR=0.96; IC95:% 0,94-0,99), como en la suroeste (OR=0,97; IC95:% 0,95-0,99). El

tiempo de diagnóstico se asoció con mayor riesgo de peor control en la zona suroeste en hombres (OR=1,10; IC95:% 1,01-1,19) y en mujeres (OR=1,08; IC95:% 1,01-1,16), así como el hábito tabáquico en los hombres de esa misma zona (OR=1,37; IC95:% 1,07-1,75) (Tabla 9 y 10).

Tabla 9

Modelo multivariante para mal control de DM en zona noroeste.

Zona Suroeste		Hombres		Mujeres	
Variables		Odds Ratio	(95% IC)	Odds Ratio	(95% IC)
Edad		0,96	(0,94- 0,99)	0,99	(0,98- 1,01)
Tiempo de diagnóstico		1,08	(0,99- 1,17)	1,00	(0,93-1,07)
Tabaco		0,90	(0,69- 1,19)	0,91	(0,72-1,15)
Indice Privación**	Cuartil 1	0,80	(0,46-1,19)	0,40	(0,03-4,62)
	Cuartil 2	-	-	0,52	(0,04-6,01)
	Cuartil 3	-	-	-	-

*Región de referencia: Asia. LR chi2(3) = 11,01 Prob > chi2 = 0,0265 Number of obs = 250

**Cuartil de referencia: 4. LR chi2(3) = 2,28 Prob > chi2 = 0,8085 Number of obs = 319

Tabla 10

Modelo multivariante para mal control de DM en zona suroeste.

Zona Suroeste		Hombres		Mujeres	
Variables		Odds Ratio	(95% IC)	Odds Ratio	(95% IC)
Edad		0,97	(0,95- 0,99)	1,00	(0,98- 1,02)
Tiempo de diagnóstico		1,10	(1,01- 1,19)	1,08	(1,01-1,16)
Tabaco		1,37	(1,07- 1,75)	1,05	(0,82-1,35)
Indice Privación**	Cuartil 1	-	-	-	-
	Cuartil 2	0,77	(0,38-1,56)	0,92	(0,64-1,94)
	Cuartil 3	0,69	(0,38-1,26)	1,22	(0,68-2,19)

*Región de referencia: Asia. LR chi2(3) = 15,27 Prob > chi2 = 0,0093 Number of obs = 302

**Cuartil de referencia: 4. LR chi2(3) = 6,85 Prob > chi2 = 0,2325 Number of obs = 302

DISEÑO FASE CUALITATIVA

INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS

NÚMERO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

El número y características de los grupos de discusión, se han determinado según los criterios de segmentación fijados, teniendo en consideración los conceptos de heterogeneidad excluyente y heterogeneidad inclusiva⁸³. Además, se ha tenido en cuenta los resultados obtenidos en la fase previa del estudio (fase cuantitativa). Los datos presentados anteriormente, muestran diferencias importantes en el control que la población inmigrante tiene sobre sus patologías crónicas (HTA y DM). Estas diferencias, se observan desde una perspectiva de género y en la zona de residencia de la muestra. Como consecuencia, se han determinado los siguientes criterios de segmentación: sexo (hombres/mujeres), patología crónica (DM/HTA) y zona de residencia (noroeste/suroeste).

Al combinar los criterios de segmentación, y teniendo en cuenta que, inicialmente, se realizará un grupo de cada combinación resultante, se llevarán a cabo 8 grupos de discusión con las siguientes características (cuadro 1):

Cuadro 1. Combinación de los criterios de segmentación para los grupos de discusión.

		PROCESO CRÓNICO	
		HTA	DM
ZONA DE RESIDENCIA	NOROESTE	Mujeres Hombres	Mujeres Hombres
	SUROESTE	Mujeres Hombres	Mujeres Hombres

Los resultados del estudio muestran que existen diferencias en el control que la población inmigrante tiene de sus problemas crónicos. Estas diferencias, están relacionadas con variables sociodemográficas y clínicas que, además, se comportan de diferente manera en función del problema, HTA o DM. De forma general, la literatura ha abordado estos dos problemas crónicos por separado, tanto en el estudio de sus prevalencias como del manejo y control de las mismas. Siguiendo esta línea, la discusión de los resultados del presente estudio, se presentarán de forma separada, posteriormente a algunas consideraciones comunes.

Los datos relativos al control tanto de HTA como de DM, muestran prevalencias muy elevadas de “no registro”. La falta de seguimiento, en este caso, no puede asociarse con barreras administrativo-legales de acceso a los servicios sanitarios descritas en otros estudios⁸⁹, debido a que todos los pacientes tenían tarjeta sanitaria. Además, la base de datos se generó con información del año 2010, previo al Real Decreto Ley del año 2012 que modificó el acceso universal a los servicios sanitarios⁹⁰. Existe la posibilidad de que la falta de registros se deba a que no se incorporaron los datos a los sistemas de información de forma adecuada y no a la falta de seguimiento. Sin embargo, estudios previos, han reflejado que el acceso universal a los servicios sanitarios no es garantía de una cobertura sanitaria completa y asocian la falta de seguimiento a otras barreras relacionadas con dificultades con el idioma, falta de conocimiento sobre las prestaciones o a la falta de redes de apoyo^{91,92}. Por otro lado, cabe destacar que las cifras de falta de registro fueron, en todos los casos, más elevadas en la zona noroeste. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo otros estudios que profundicen en esta realidad.

PACIENTES CON HTA

La elevada cifra de mal control de HTA, coincide con estudios como el de Zallman, en el que se han descrito también cifras muy elevadas de mal control de la HTA entre los pacientes inmigrantes en Estados Unidos⁹³. En España, los datos señalan que, en la población general, la cifra de hipertensos con buen control no alcanza el 40%⁹⁴ y,

estudios como el de Palacios Soler⁹⁵, en el que se ha tenido en cuenta la inmigración como variable, concluyen que el lugar de origen no se asocia a un mejor o peor control de la HTA. Sin embargo dicho estudio considera a la población inmigrante como un grupo homogéneo mientras que, en el presente estudio, se han encontrado asociaciones claras entre la región de origen y el control de la HTA, que serán discutidas más adelante.

Desde una perspectiva de género y sin atender a la región de origen, se observa que los hombres tienen mayores prevalencias de mal control que las mujeres. Estos datos son consistentes con otros estudios^{95,96} y, por lo general, se explican por la menor adherencia a los tratamientos que tienen los hombres con respecto a las mujeres. De forma específica, en la población inmigrante, los problemas con el manejo de los problemas de salud por parte de los hombres, se asocia también a factores como el tipo de trabajo que suelen ejercer: trabajos manuales y con jornadas muy largas que limitan la posibilidad de acudir a los centros de salud y, como consecuencia, a las actividades de promoción y prevención⁴⁹.

Las diferencias observadas en el control de la HTA, según la región de origen, son complejas de contrastar debido a que muy escasos los estudios que abordan el control de la HTA en inmigrantes especificando su país o región de procedencia. De forma general, los estudios abordan esta temática considerando a los inmigrantes como un solo colectivo^{93,95} o centrándose en inmigrantes de una nacionalidad o región específica^{97,98,99}.

En los resultados obtenidos, cabe destacar que, en ambas zonas de residencia y para ambos sexos, aquellos procedentes del Este de Europa y África subsahariana presentaron prevalencias de mal control situadas entre las más altas y la procedencia de estos países se asoció en los modelos multivariantes, en casi la totalidad de los casos, con un mayor riesgo de mal control.

En lo que respecta a la procedencia de los países de Europa del Este, la literatura señala que, de forma general, el manejo de la hipertensión es insatisfactorio y se considera uno de los grandes problemas a tratar en la población de más de 50 años^{97,100}. Podría pensarse, por lo tanto, que el control que los estos hombres y mujeres tienen sobre su proceso está condicionado por los mismos factores que dificultan el control en sus países de origen, confirmándose la necesidad de explorar los aspectos relacionados con el comportamiento en salud derivados del país de origen.

En relación a la muestra procedente de África Subsahariana, Agyemang⁵⁴ realizó una revisión sobre la situación de esta población en relación a la prevalencia y manejo de los problemas crónicos, entre ellos la HTA, en Europa. El control de la población subsahariana sobre la HTA se describe como insuficiente y, aunque concluye que no existe una respuesta clara sobre el porqué de dicho fenómeno, enumera alguna de las explicaciones que se han ido proponiendo: terapia farmacológica inadecuada, falta de adherencia, percepciones de los profesionales, etc. Otro factor importante recogido en la literatura son los aspectos culturales^{54,101}. El estudio realizado por Cooper, a través de entrevistas en profundizar, concluyó que la población africana puede tener menor preocupación por las enfermedades crónicas y más por las infecciosas debido a las características epidemiológicas de sus países de origen¹⁰¹.

En el área suroeste, los hombres procedentes de países de América central, presentaron elevadas prevalencias de mal control y se asoció la procedencia de dicha región a un riesgo elevado para el mal control de HTA. Estos resultados son consistentes con algunos estudios que analizaron los hábitos de vida de las personas inmigrantes de esta área geográfica y que son claves para el manejo de unas cifras de PA adecuadas^{54,58}. Los resultados de dichos estudios mostraron hábitos de vida perjudiciales en relación a la dieta, caracterizada por tener grandes cantidades de sal, y a la falta de ejercicio físico, con las consecuentes elevadas cifras de obesidad.

También se asoció a un peor control, la procedencia del Norte de África para las mujeres de la zona noroeste. No se han encontrado estudios que, de forma específica hagan referencial control de la HTA en estas mujeres. Sin embargo, en el estudio para conocer el uso de los servicios sanitarios de la población inmigrante en España⁵⁰ las mujeres africanas, de origen Marroquí en su mayoría, presentaron cifras elevadas en lo que la asistencia a los centros de salud se refiere. Los aspectos culturales y, principalmente idiomáticos, podrían ser una barrera importante para el buen manejo de la HTA, siendo necesario, en cualquier caso, una mayor monitorización y seguimiento de este fenómeno.

Dentro de las diferencias encontradas según la región de origen, se han identificado, a su vez, diferencias en cuanto a la zona de residencia y sexo. Llegar a entender dichas diferencias requiere, además de futuras investigaciones más focalizadas en el fenómeno, de la realización de la segunda fase del presente estudio.

Además de la región de procedencia, los resultados han mostrado que existen asociaciones entre el mal control de la HTA y otros aspectos sociodemográficos, como la edad, y clínicos, como el hábito tabáquico y el tiempo desde el diagnóstico.

Tener más edad aparece asociado a un mayor riesgo de mal control solo en el caso de las mujeres residentes en la zona noroeste. Otros estudios, han asociado también una mayor edad con un peor manejo de las cifras de PA⁹⁶. El hecho de que solo se haya asociado en las mujeres de la zona noroeste puede estar vinculado a que las mujeres de esta zona, tienen una edad media (59,05 años), superior a la edad media global (55,92 años) y, como consecuencia podrían tener una comorbilidad asociada mayor. Se trata, sin embargo, de un fenómeno que requiere mayor monitorización en el futuro para su comprensión.

El mayor tiempo de diagnóstico actuó en todos los casos, como factor protector para el mal control del problema. El mejor manejo de la HTA a lo largo del tiempo, se ha asociado principalmente al aumento de la conciencia del problema. Además el manejo farmacológico y dietético en la HTA, conlleva un tiempo de adaptación y comprensión que puede derivar en situaciones de descompensación en las fases más tempranas¹⁰².

El hábito tabáquico, solo apareció asociado a riesgo de mal control en las mujeres de la zona suroeste. El peor control de HTA en pacientes con hábito tabáquico ha sido ampliamente recogido en otros estudios⁹⁹.

PACIENTES CON DM

En relación a la DM, casi la mitad de muestra tenía mal control del problema. Otros estudios, tanto internacionales¹⁰³ como nacionales¹⁰⁴ han descrito cifras similares. Las cifras de mal control de DM fueron mayores en el área noroeste. Estos datos contradicen la realidad descrita en la literatura, que asocia una peor situación socioeconómica con un peor manejo de los problemas de salud³⁶. Como posible explicación, podría señalarse el elevado porcentaje de pacientes sin registros en este área, lo que daría lugar al interrogante, planteado al inicio de la discusión, de por qué, en los centros de salud de esta zona no se mantiene un adecuado registro de los procesos crónicos de los pacientes inmigrantes. Esta cuestión, invita a una mayor reflexión e indagación que clarifique el fenómeno reflejado por los resultados.

Para el control de DM, no se obtuvieron asociaciones con la región de origen aunque sí se observaron diferencias en las prevalencias de mal control de DM según la zona de origen. Los problemas para el manejo de la DM en la población inmigrante, atendiendo al país o región de origen están constituyendo una línea de estudio que, aunque reciente, está progresando rápidamente. Sin embargo, son pocos los estudios que, como este, incluyen inmigrantes de diversos lugares de origen. En el estudio de French-Nadal y su equipo¹⁰⁴, sí se incluyeron inmigrantes de diferentes regiones y entre sus resultados se observó un peor control en el grupo indostaní (en el que un 88% eran hombres). El mal control de la DM en personas procedentes de países asiáticos (especialmente China), ha sido documentado también en otros estudios^{105,106,107}. De forma general, los resultados obtenidos se asocian a los efectos que la aculturación tiene sobre dicha población^{105,106} y, concretamente en las mujeres inmigrantes Chinas se ha asociado la vivencia de eventos traumáticos con una mayor resistencia a la insulina¹⁰⁷. En este estudio, de la muestra procedente de Asia, los hombres de la zona suroeste y las mujeres de la zona noroeste, presentaron también altas prevalencias de mal control en comparación a otros grupos, sin embargo, al contemplar a todos los pacientes asiáticos en un mismo grupo, no es posible comprobar el control que tienen de forma concreta en cada país y, por lo tanto, es insostenible comparar dichos resultados con los de los estudios comentados.

Las elevadas prevalencias de mal control en los hombres de África subsahariana (zona noroeste) han sido recogidas en estudios como el de Chouken¹⁰⁸. Los resultados de este estudio, en el que se compara el desarrollo y manejo del problema entre la población subsahariana emigrada y la que permanece en el país de origen, indican que la occidentalización de los estilos de vida de aquellos que migran, es la base de las diferencias encontradas (aquellos que migran desarrollan antes diabetes).

En relación a los resultados que indican mayores prevalencias de mal control en los hombres de África (zona suroeste), mujeres del Este de Europa (zona noroeste) y mujeres de América del Sur (zona suroeste), se han encontrado también estudios^{109,110,111} que abordan la problemática que, las personas inmigrantes de estas regiones, tienen para controlar la DM y se asocian, principalmente, a los cambios en los estilos de vida derivados de la migración.

Las diferencias en las prevalencias de mal control entre hombres y mujeres y áreas de residencia, necesitan, para su explicación, una mayor profundización del fenómeno a

través de la siguiente fase del estudio. Las diferencias desde una perspectiva de género, recogidas en la literatura, hacen referencia a los roles de género asociados a cada cultura. Así por ejemplo, en las Mujeres del norte de África, al tener sus actividades asociadas al ámbito doméstico, suelen tener una menor actividad física y su consecuente sobrepeso y descompensación del problema¹¹¹. Los hombres, por su parte, al trabajar fuera de casa tienen mayor contacto con la cultura de país receptor¹⁰⁶ y, como consecuencia, tienden a adoptar hábitos perjudiciales, como el consumo de alimentos precocinados, más frecuentemente que las mujeres¹¹⁶.

Respecto a la otra variable sociodemográfica abordada, la edad, se comportó como factor protector para los hombres. El mejor control de los niveles de hemoglobina ha sido asociado con el aumento de la edad en la población general, tanto en estudios nacionales^{112,113,114}, como internacionales^{113,115}. Evidencia reciente, sugiere que la DM actúa de forma más agresiva cuanto más temprano es su inicio¹¹⁵. Hay que tener en cuenta, también, aspectos relacionados con los comportamientos en salud según la edad, los adultos más jóvenes, al no ver afectada su calidad de vida, no tienen la misma conciencia de la enfermedad¹¹⁷. La falta de asociación en el caso de las mujeres, puede deberse a la mayor cultura de autocuidado que se asocia al rol femenino y que es constata a su largo de la vida³⁸. Bajo esta idea, podría entenderse que la conciencia de autocuidado de los hombres aumenta con la edad y de ahí los mejores resultados en aquellos de más edad. En cualquier caso, en la fase cualitativa del estudio, desde una perspectiva de género, podrá profundizarse en este fenómeno, así como en futuras investigaciones.

El tiempo de diagnóstico aparece como factor de riesgo en hombres y mujeres del sur. Este dato es consistente con otros estudios que evidencian que, con la progresión de la enfermedad con los años, aumenta el daño de las células pancreáticas y, como consecuencia, dificulta el control que el paciente tiene sobre la misma^{115,117}. Por otro lado, el hecho de que el tiempo de diagnóstico, además del hábito tabáquico, esté asociado a un peor control solo para las personas inmigrantes residentes en el área suroeste, podría ser consecuencia de la peor situación socioeconómica que caracteriza esta zona de Madrid. Las desigualdades que se derivan de la situación socioeconómica, entorno a la aparición, progreso y manejo de la DM, han sido descritas en la literatura y advierten que, aquellos con peores situaciones, tienen cifras más desfavorables¹¹⁸. Como consecuencia, podría entenderse que, con el paso de los años desde el diagnóstico, una peor situación socioeconómica, actuaría factor sinérgico para controlar peor una situación de salud como

la DM. No obstante, y de cara a futuras líneas de investigación, sería necesario profundizar sobre este fenómeno para tener una mayor comprensión de una realidad poco explorada.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Entre las limitaciones que presenta el estudio, cabe señalar, en primer lugar, las derivadas del uso de fuentes documentales. La recogida de datos en la historia clínica de atención primaria, al no estar planificada específicamente para los objetivos de la investigación, va a tener como consecuencia que la información obtenida haya sido, en algunos casos, limitada en fiabilidad y/o insuficiente.

Por un lado, cabe señalar que, un gran número de pacientes no tenía registrado ítems como el hábito tabáquico o, el propio control del problema crónico diagnosticado. Como consecuencia, se han tenido que descartar datos de un gran número de pacientes (en ocasiones cercano al 50%), lo que conlleva tener una mirada parcial del fenómeno dado que no es posible aventurar como es el control en las personas de las que no se dispone de información.

Por otro lado, no se podido tener en cuenta todas la variables que, desde la literatura, se asocian al control de los procesos crónicos en la población inmigrante. Por ejemplo, no se ha podido analizar los efectos que, el tiempo de residencia en España, tiene sobre el control de los procesos crónicos y que ha sido recogido en estudios previos.

A pesar de los problemas de fiabilidad que derivan del uso de una fuente documental, es necesario contemplar que, desde la informatización de las historias clínicas de atención primaria, el registro de los datos es cada vez más riguroso y al estar codificado, no existen problemas derivados de las diferentes definiciones o nomenclaturas.

Otra de las limitaciones del estudio, deriva de que su diseño es transversal y, por lo tanto, no permite garantizar la premisa de precedencia temporal, necesaria para el análisis de relaciones causales. Sin embargo, en el presente estudio, la temporalidad de las variables no es cuestionable. Sexo, edad y condición migratoria anticipatorios al efecto (teniendo en cuenta que las bases de datos registran datos de 3/4años).

Una de las fortalezas del presente estudio es su tamaño muestral, que garantiza la precisión de las estimaciones y la elevada representatividad cualitativa de la población objeto de estudio, lo que contribuye a tener una mayor validez externa o generalizabilidad.

Por otro lado, en este estudio, se presentan resultados concretos para personas inmigrantes de diferentes regiones, atendiendo a la gran variabilidad interna del colectivo explorado. Se ha podido explorar también las diferencias relacionadas con la zona de residencia y su correspondiente situación socioeconómica, además de contemplar la perspectiva de género para una mayor comprensión y riqueza interpretativa al permitir atrapar la construcción de género.

Para finalizar, es necesario considerar que, los resultados obtenidos y analizados hasta el momento, corresponden únicamente a la primera etapa del presente estudio. En la segunda etapa (etapa cualitativa), se podrán contemplar, desde otra perspectiva, algunas de las incertidumbres derivadas de los resultados de esta primera aproximación al objetivo de investigación.

CONCLUSIONES

FASE CUANTITATIVA

1. Existe una gran variabilidad en los aspectos sociodemográficos y clínicos de la población inmigrante diagnosticada de HTA y DM de la Comunidad de Madrid. Los pacientes fueron, en su mayoría, mujeres y de procedencia suramericana, aunque en el área suroeste, aquellos diagnosticados de DM procedían principalmente del Norte de África. La situación socioeconómica fue peor en aquellos que residían en la zona suroeste. La edad media y el tiempo desde el diagnóstico fue ligeramente mayor en los diagnosticados de HTA, con diferencias por área y sexo.
2. Las prevalencias de mal control, atendiendo únicamente al área de residencia y sexo, fueron mayores en los hombres inmigrantes diagnosticados de HTA y en los hombres y mujeres de la zona noroeste diagnosticados de DM.
3. En los pacientes diagnosticados de HTA, el mal control se asoció al lugar de origen. Las mujeres Subsaharianas de la zona noroeste y los hombres de América Central y África Subsahariana de la zona suroeste, presentaron las mayores prevalencias de mal control. En los modelos de regresión se asoció con mal control, además de los anteriores, para la zona noroeste, la procedencia de Europa del Este en las mujeres y, para la zona suroeste, la procedencia de África Subsahariana para las mujeres y de Europa del este para hombres y mujeres.

En los pacientes diagnosticados de DM no se encontró asociación entre el control y la región de origen, aunque sí se encontraron diferencias en las prevalencias de mal control. Las prevalencias más elevadas de mal control, las presentaron los hombres de África Subsahariana y las mujeres asiáticas del área noroeste. En el área suroeste las cifras más elevadas las presentaron los hombres del Norte de África.

4. Existen diferencias según el sexo y la zona de residencia en los factores asociados a un peor control del problema crónico. En los pacientes diagnosticados de HTA se asoció con mal control mayor edad para las mujeres de la zona noroeste y el hábito tabáquico para las de la suroeste. Como factor protector se asoció, en todos

los casos el mayor tiempo de diagnóstico. En los pacientes diagnosticados de DM la edad se asoció con mejor control en los hombres. Se asoció con peor control el hábito tabáquico en los hombres de la zona suroeste y el mayor tiempo desde el diagnóstico en hombres y mujeres de esa misma zona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Skeldon R. Global Migration: Demographic Aspects and Its Relevance for Development. New York: United Nations; 2013.
2. United Nations. Population division [Internet]. United Nations 2015. International Migration. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/international-migration/>
3. Organización Internacional para las migraciones. La migración en un mundo globalización. Octogésima sexta Reunión del Consejo de la OIM. 2003.
4. United Nations, Department of Economics and Social Affairs. International Migration Report 2013. New York: United Nations; 2013.
5. International Organization for migration. Key Migration Terms [Internet]. IOM; 2015. Disponible en: <http://www.iom.int/key-migration-terms>
6. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). International Migration: migrant, migration [Internet]. UNESCO; 2014. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
7. Moral E, Martínez C. La inmigración en España 2000-2010: análisis comparativo. XIII Reunión de economía Mundial.
8. Izquierdo M, Francisco J, Lacuesta A.. Los flujos migratorios en España durante la crisis. Boletín Económico. 2014 Sept. 53–62.
9. Instituto Nacional de Estadística. Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Datos Provisionales. INE; 2015.
10. Rojas Mullor M. España después de la gran inmigración. Balance y perspectivas. Simposio internacional: Inmigración y Globalización. Fundación ciudadanía y valores; 2011
11. Informe de la población de origen extranjero empadronada en la comunidad de Madrid. Consejería de asuntos sociales. Comunidad de Madrid; 2014.
12. World Health Organization. Health topics. Noncommunicable disease 2015 [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [citado 17 marzo 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/

13. Morales Asencio JM. Cronicidad: sinfonía de estrategias y liderazgo. *Metas Enferm.* 2015 feb;18(1): 3
14. Melguizo Jiménez M. De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad. *Aten Primaria.*2011; 43 (26):67-8.
15. Bengoa Rentería R. El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. *Gac Sanit.* 2015.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
17. World Health Organization. Global status report on noncommunicable disease. WHO: Switzerland; 2014.
18. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. 2nd ed. Wilkinson R, Marmot, editor. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Patrones de mortalidad en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. [Citado 2 Abr 2015]. Disponible en : <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>
20. Torres Pérez LF, Morales Asencio JM, Jiménez Garrido M, Copé Luengo G, Sánchez Gavira S, Gómez Rodríguez JM. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. *Emergencias.* 2013;25:355-360
21. Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longevidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enferm Clin.* 2014;24(1):51-58
22. World Health Organization. Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. WHO: Switzerland; 2014.
23. Servicio madrileño de salud. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid. Madrid: consejería de sanidad; 2013.
24. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Pinera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit.* 2013;27(4):332–337.

25. Delamaire M. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54. OECD; 2010.
26. Griffiths P, Maben J, Murrells T. Organisational quality, nurse staffing and the quality of chronic disease management in primary care: observational study using routinely collected data. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(10):1199-1210.
27. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013 Apr; 6;381(9873):1235-1245.
28. Reyes-Uruena JM, Noori T, Pharris A, Jansà JM. New times for migrants' health in Europe. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014;16(2):48-58.
29. Llácer A, Zunzunegui MV, del Amo J, Mazarrasa L, Boluman F. The contribution of a gender perspective to the understading of migrant's health. *J. Epidemiol. Comunnity Helth* 2007;61;ii4-ii10.
30. Davies A, Basten A, Frattino C. Migration: A social determinant of the health of Migrants. IOM Migration Health Department: Geneva;2009.
31. Gushulak B, Macpherson D. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in desease prevalence. *Emerging Themes in Epidemiology.* 2006;3:3.
32. Oberoi P et al. International migration, health and human rights. World Health Organization: Geneva; 2013.
33. Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.*2004;18 Suppl 1:207-213.
34. World Health Organization. Health of migrants. The way Forward. Report of a global consultation. WHO: Madrid Spain; 2010.
35. Borrell C, Artazcoz L. Políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008;22(5):465-73.
36. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. April 2007. [Citado 10 sept 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
37. Serrano Gallardo P. Salud autopercebida y calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante y autóctona residente en Madrid desde una perspectiva de género [tesis]. Universidad Autónoma de Madrid; 2008.

38. Parella Rubio, S. *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Anthropos Ed: Barcelona; 2003.
39. Serrano Gallardo P. La vulnerabilidad, antesala de las desigualdades de Salud. *Metas Enferm* may 2015; 18(4): 3.
40. ECDC. *Tuberculosis surveillance in Europe 2008*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2010.
41. EuroHIV. *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006 No. 75*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2007.
42. Wörmann T, Krämer A. Communicable diseases. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, eds. *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: Open University Press; 2011: 121–38.
43. Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Benavides FG. Occupational health. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, eds. *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: Open University Press; 2011: 155–68.
44. Reske A, Razum O. Maternal and child health In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, eds. *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: Open University Press; 2011: 155–68.
45. Lindert J, Eh renstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2009; 69: 246–57.
46. Ronda-Pérez E, Ortiz-Barreda G, Hernando C, Vives-Cases C, Gil-González D, Casabona J. Características generales de los artículos originales incluidos en las revisiones bibliográficas sobre salud e inmigración en España. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88:675-685.
47. Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso Á. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit.*2010;24(2):136-144.
48. Serrano-Gallardo P, Díaz-Olalla J, Otero Á, Bolumar F. Self-perceived health among migrant and native populations in Madrid: a gender perspective. *IJMHS*. 2009 Dec; 5(4):43-57.
49. Sanz B et al. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int J Public Health*; 2011.

50. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2014 Ago; 88:1-15(4):467-481.
51. Esteban-Vasallo MD, Domínguez-Berjón MF, Astray-Mochales J, Gènova-Maleras R, Pérez-Sania A, Sánchez-Perruca L, et al. Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona. *Gac Sanit*. 2009; 23(6):548-552.
52. Chan M. Global status report on noncommunicable diseases. World Health Organization: Geneva; 2010.
53. Jansà JM. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gac Sanit*. 20 Suppl 1:10; 2006.
54. Kunst A, Stronks K, Agyemang C. Non-communicable diseases. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, eds. *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: Open University Press, 2011: 101–20.
55. Agyemang C, Addo J, Bhopal R, Aikins Ade G, Stronks K. Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. *Global Health*. 2009; 11: 7.
56. Vandenhede H, Deboosere P, Stirbu I, et al. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *Eur J Epidemiol* 2012; 27: 109–17.
57. Misra A, Ganda O P. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*. 2007; 23: 696–708.
58. Llisterri JL, Alonso FJ, Martincano JL, et al. Prevalencia de la hipertensión arterial en la población inmigrante asistida en atención primaria en España. *Med Clin*. 2007; 129: 209-12.
59. Buja A, Gini R, Visca M, Damiani G, Federico B, Francesconi P, et al. Prevalence of chronic diseases by immigrant status and disparities in chronic disease management in immigrants: a population-based cohort study, Valore Project. *BMC Public Health*. 2013; 24;13:504-2458-13-504
60. Chou AF, Brown AF, Jensen RE, et al. Gender and racial disparities in the management of diabetes mellitus among Medicare patients. *Womens Health Issues*. 2007; 17:150–61.

61. Soler-González J, Ramon Marsal J, Serna C, Real J, Cruz I, López A. La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona. *Gac Sanit.* 2013; 27(1):19-25.
62. Östlund U, Kidd L, Wengström Y, Rowa-Dewar N. Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: A methodological review. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(3):369-383.
63. Johnson B, Onwuegbuzie A J, Turner L A. Toward a Definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research.* 2007; 1, 1122.
64. Creswell J. *Research desing.* 4th ed. California: SAGE; 2014.
65. Pereira Pérez Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: una experiencia concreta. *Revista electronica Educare.* 2011; 15 (1):15-29.
66. Sandelowski M. Combining Qualitative and Quantitative Sampling, Data Collection, and Analysis Techniques in mix-Method studies. *Research in Nursing & Health.* 2000. 23: 246–255.
67. World bank list economies. World Bank; 2014.
68. OCDE. Country classification 2015 [Internet].OCDE; 2015. [Citado 18 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.oecd.org/trade/xcred/2015-ctryclass-as-of-16-july-2015.pdf>
69. CIAP-2 Español. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. Comité Internacional de Clasificación de la Wonca.
70. Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: <http://www.mssi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
71. Red de observatorios. Observatorio económico. Informe Madrid. Comunidad de Madrid.
72. Dirección General de Atención Primaria. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevección. Informe del Estado de la Salud de la población de la Comunidad de Madrid. Madrid; 2009.
73. Comunidad de Madrid. Salud general [Internet]. [Citado en 12 jul 2015]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142588851094&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro

74. Sociedad Española de Medicina Interna. Protocolos: Hipertensión Arterial. Barcelona: Elsevier; 2009.
75. International Diabetes Federation. Global guidelines for Type 2 Diabetes. 2012
76. Dominguez-Berjón et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit. 2008;22(3):179-87.
77. Baena Díez JM. El contexto de la investigación clínica en atención primaria. En: Diogène Fadini E. Guía de investigación clínica para atención primaria. Ediciones Mayo;2005.
78. Comunidad de Madrid. Observatorio de Resultados. Informe de Atención Primaria, años 2011-2013. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; 2014.
79. Silva Ayçaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
80. Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. Rev Esp Salu Pública.2002;76 (5):374-380.
81. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI; 2003.
82. Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar A. Investigación Cualitativa. Barcelona: Elsevier; 2014.
83. Buzzaqui Echevarrieta A, Sellés Uris J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. FMC. 1997 Ago;7 (4):422-433.
84. Twohig P, Putnam W. Group interviews in primary care research: advancing the state of the art or ritualized research? Family Practice. 2002; 19 (3): 278-284.
85. Gutiérrez Brito J. Consignas para el "despegue" de un grupo de discusión: un modelo de presentación. Revista de metodología de ciencias sociales [Internet]. 2002 Sep [citado 15 Sep 2015] 2:153-168. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/empiria/article/view/714/643>
86. Peiró R. El grupo de discusión en el entorno sanitario. Cuaderns 8 de Salut Pública i administració de serveis de salut. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1996.
87. Erzberger C, Kelle U. Making inferences in mixed methods: The rules of integration. In: Tashakkori A, Teddlie, editors. Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioural Research. Sage: Thousand Oaks. 2003; 457-488.

88. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1978.
89. Liao Y, et al. Surveillance of health status in minority communities-racial and ethnic approaches to community health across the U.S. Risk factor survey MMWR; 2001. 60(6).
90. Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud. Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012. 10 julio 2012. [Citado en 15 sept 2015](Consultado el 2/3/14.) Disponible en: http://aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento.pdf
91. Martin Y. et al. The lower quality of preventive care among forced migrants in a country with universal healthcare coverage. *Preventive Medicine*. 2014; 59: 19-24
92. Cornwell E, Waite R. 2012. Social Network Resources and Management of Hypertension. *Journal of Health and Social Behavior*. 2012; 53 (2): 215-231.
93. Zallman L et al. Undiagnosed and Uncontrolled Hypertension and Hyperlipidemia among Immigrants in the US. *J Immigrant Minority Health*. 2013; 15:858-856.
94. Coca A, Aranda P, Bertomeu V, Bonet A, Esmatjes, E. Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Revista Clínica Española*. 2006; 206 (10): 510-514.
95. Palacios Soler L, Camps Vila L, Fabregas Escurriola M, Vilaplana Coscolluela M, Daflo-Baqué A, Vilaplana Vilaplana X. Seguimiento y control de la hipertensión arterial. ¿Se efectúa igual en la población autóctona y en la inmigrante? *Aten Primaria*. 2007;39(12):651-4.
96. Li WW, Wallhagen M I, Froelicher ES. Factors predicting blood pressure control in older Chinese immigrants to the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(10), 2202–2212.
97. Grassi G. et al. Blood pressure control and cardiovascular risk profile in hypertensive patients from central and Eastern European countries: results of the BP-CARE study. *European Heart Journal*. 2011; 32, 218–225.
98. Hicks L, Fairchild D, Cook F, Ayanian J. Association of region of residence and immigrant status with hypertension, renal failure, cardiovascular disease, and stroke, among African-American participants in the third national health and nutrition examination survey (NHANES III). *Ethnicity & Disease*. 2003; 13:316-326

99. Ursura R et al. Awareness, treatment and Control of Hypertension Intern Med. 2003; 29(3):455–62.
100. Bielecka-Dabrowa, A., Aronow, W. S., Rysz, J., & Banach, M. The Rise and Fall of Hypertension: Lessons Learned from Eastern Europe. Current Cardiovascular Risk Reports. 2011;5(2), 174–179.
101. Cooper M. ‘A chronic disease is a disease which keeps coming back . . . it is like the flu’: chronic disease risk perception and explanatory models among French- and Swahili-speaking African migrants. Ethnicity & Health. 2012;17(6): 597-613.
102. Banegas J, et al. Trends in Hyperension Control Among the Older Population of Spain from 2000 to 2001 to 2008 to 2010. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2015; 8:67-76.
103. Grant R, Retnakaran R. Healthcare, self-care, and health status of immigrant and non-immigrants type 2 diabetes in the Canadian Community Health Surveys. Diabetes Research and Clinical Practice. 2012; 98:320-328.
104. Franch Nadal J, Martínez-Sierra MC, Espelt A, Segarra Busquets E, Ptitucci-Gómez F, Goday-Arno A. El diabético inmigrante: factores de riesgo cardiovascular y su control. Aportaciones del estudio IDIME. Rev Esp Cardiol. 2013;66(1):39-46.
105. Gholap N, Davies M, Patel K, Sattar N, Khunti K. Type 2 diabetes and cardiovascular disease in South Asians. Primary Care Diabetes. 2011; 5:45-56.
106. Deng F, Zhang A, Catherine C. Acculturation, dietary acceptability and diabetes management among Chinese in North America. Frontiers in endocrinology. 2013; 4 (108).
107. Fang C, Boden G, Siu P, Tseng M. Stressful life events are associated with insulin resistance among Chinese immigrant women in the United States. Preventive Medicine Reports. 2015; 2:563-567
108. Chouken SP, et al. Influence of migration on characteristics of type 2 diabetes in sub-Saharan Africans.. Diabetes and metabolism. 2014; 40:56-60.
109. Arshiya A. et al. The association of English Ability and Glycemic Control among Latinos with Diabetes. Ethn Dis. 2014;24(1): 28–34.

110. Roca Vilalta M, Castaño Pérez Á, López Moya C, López Olivares M. Diabetes en un centro de salud entre españoles e inmigrantes. *Pharmacy pract* [Internet]. 2006 Jun [Citado 14 sept 2015]; 4(2): 79-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2006000200005&lng=es.
111. Fosse-Edorh S, Fagot-Campana A, Detournay B, Bihan H, Gautier A, Dalichampt M, Druet C. Type 2 diabetes prevalence, health status and quality of care among the North African immigrant population living in France. *Diabetes and metabolism*. 2014; 40:143-150.
112. Graciani A, Rodriguez Artalejo F, Navarro-Vidal B, Benegas J. Control de la glucemia de pacientes diabéticos en España mediante objetivos individualizados: un estudio de base poblacional. *Revista Española de Cardiología*. 2014;67 (02): 151-153.
113. Tan NC et al. 5-Year longitudinal study of determinants of glycemic control for multi-ethnic Asian patients with type 2 diabetes mellitus managed in primary care. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2015. [citado 2 sept 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2015.07.010>
114. Hui J, Ping Liu Y, Luo N, How How C, Guan Tay E. Younger adult type 2 diabetic patients have poorer glycemic control: a cross-sectional study in a primary care setting in Singapore. *BMC Endocrine Disorders*; 2013.13:18.
115. Song SH, Hardisty CA: Early onset type 2 diabetes mellitus: a harbinger for complications in later years—clinical observation from a secondary care cohort. *QJM*. 2009;102(11):799–806.
116. Quah JH, Luo N, Ng WY, How CH, Tay EG: Health-related quality of life is associated with diabetic complications, but not with short-term diabetic control in primary care. *Ann Acad Med Singapore*. 2011;40(6):276–286.
117. Benoit SR, Fleming R, Philis-Tsimikas A, Ji M: Predictors of glycemic control among patients with Type 2 diabetes: a longitudinal study. *BMC Publ Health*; 2005. 5:36.
118. Espelt A, Borrell C, Roskam AJ, Rodríguez-Sanz M, Stirbu I, Dalmau-Bueno A, et al. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia*. 2008;51:1971–9.

Anexo 1: Guión del grupo de discusión

ANEXO 1: Guión para el grupo de discusión**INICIO DE LA REUNIÓN****Acogida**

Saludo inicial, agradecimientos

Presentación del equipo investigador

Presentación del moderador y el observador.

Introducción al proyecto y dinámica del grupo

Señalar objetivo del proyecto y del grupo.

Duración de la reunión (tiempo de inicio y finalización).

Recordar que la reunión será grabada en audio.

Explicación de la dinámica.

Pregunta/tema introductorio

Visitas al centro de salud: frecuencia, motivo, profesionales con los que tienen cita.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN (temas a abordar)**Los problemas crónicos: creencias e ideas**

Explicar, desde su conocimiento, el problema crónico del que están diagnosticado.

Contemplar factores como la etiología, el desarrollo de la enfermedad, las consecuencias en la vida de la persona diagnosticada.

El control de los problemas crónicos: ¿qué hago para cuidarme?

El diagnóstico: ¿qué cambios ha generado?

Estrategias para el manejo de los problemas crónicos: medicación, alimentación, ejercicio.

Prescripciones de los profesionales: seguimiento, razones para no llevarlas a cabo, cómo se entienden.

El control de los problemas crónico: ¿cómo se hace en mi país?

Diferencias en el manejo que se realiza en el país de origen.

Comportamientos derivados o relacionados con el país de origen: alimentos específicos, consideraciones sobre el ejercicio físico, el sobrepeso, el tabaco, el alcohol, la medicación.

Dificultades para el control del problema crónico diagnosticado

Percepción del control que tienen sobre su problema crónico.

Motivos o razones por los que perciben un mal control.

CLAUSURA DE LA REUNIÓN

Cierre

Informar sobre el fin del tiempo de la reunión.

Invitar a añadir alguna idea o comentario final.

Hacer un resumen final sobre los puntos clave tratados en la reunión.

Informar sobre la posibilidad de devolución de los resultados de investigación

Despedida

Agradecimiento por la participación.

Entrega de obsequio.

CEI 62 - 1092



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid, en su reunión del 6 de marzo de 2015, ha considerado las circunstancias que concurren en el proyecto "Cronicidad e inmigración: control de los problemas crónicos en la población inmigrante", dentro del Trabajo fin de Máster, que tiene como investigadora responsable a la Dra. Pilar Serrano Gallardo y como estudiante del Máster a D^a. Belén Mobley Martín.

A la vista de la documentación presentada este Comité ha acordado **informar favorablemente** el proyecto de investigación ya que cumple los requisitos éticos requeridos para su ejecución.

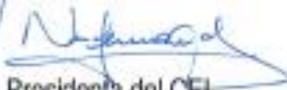
Y para que así conste se firma en Madrid a 11 de marzo de 2015.

ANEXO 1: Documento de aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la UAM

Isabel Martínez Cabañas

Secretaria del CEI



Nuria Fernández Monsalve

Presidenta del CEI



Facultad de Medicina
Departamento de Cirugía
Sección Departamental de Enfermería

Madrid, de 2015

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL GRUPO DE DISCUSIÓN

Desde el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid se está llevando a cabo la investigación "Cronicidad e inmigración: control de los problemas crónicos en la población inmigrante", cuyo objetivo principal es comprender la percepción que la población inmigrante tiene sobre las enfermedades crónicas y su control, y que tendrá como beneficio mejorar el conocimiento y el manejo de las enfermedades crónicas en este grupo poblacional. El estudio está aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de la Universidad Autónoma de Madrid.

En el marco de este proyecto se le solicita su participación voluntaria en un grupo de discusión compuesto por unas 6 u 8 personas. La duración estimada será de entre 60 y 90 minutos, y se le facilitará anticipadamente el acceso al lugar de celebración de la reunión grupal, de manera que no le produzca ningún inconveniente o molestia. Si decide participar en la mencionada reunión, tiene la libertad de abandonarla en cualquier momento si así lo decide. La reunión será grabada en audio y su registro se mantendrá en privacidad, custodiado (solo la investigadora responsable y la persona encargada de transcribir las grabaciones tendrán acceso a la información). Su nombre y toda la información que la identifique, se mantendrá confidencial, custodiada y no aparecerán en los resultados del estudio. Se realizará una codificación reversible de los datos y se manejarán de forma confidencial y siempre de acuerdo a los principios recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 13 Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

No hay ningún tipo de riesgo que se derive de su participación en el estudio.

Agradezco su participación anticipadamente

Nombre Investigadora Responsable: Pilar Serrano Gallardo

Dpto. de Cirugía
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Madrid
Telf.: 914975494
Correo: pilar.serrano@uam.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento

Investigador/a principal: Pilar Serrano Gallardo

Título proyecto: Cronicidad e inmigración: control de los problemas crónicos en la población inmigrante

Centro: Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

Datos del participante/paciente

Nombre:

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Nombre: Pilar Serrano Gallardo

1. Declaro que he leído y la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios que conllevaría, sin que mi participación conlleve ningún riesgo para la salud.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos, su privacidad y que solo tendrán acceso a ellos las personas que realizan la investigación.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi salud.
6. Doy mi consentimiento a la utilización de los datos obtenidos en congresos y/o publicaciones.

Consentimiento para participar en esta investigación

Nombre _____ del/la
participante: _____

DNI: _____ doy mi consentimiento para participar en este estudio. La investigación, los procedimientos, riesgos, y beneficios se me han explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cualquier aspecto del proyecto, y de recibir respuestas. Doy mi consentimiento voluntariamente y sin incentivo indebido. Entiendo que puedo dejar de participar en cualquier momento sin ninguna desventaja.

Firma del/la participante: _____



Facultad de Medicina
Departamento de Cirugía
Sección Departamental de Enfermería

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento:

Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina.

Máster Universitario en Investigación y cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables.

Trabajo de Fin de Máster. *Cronicidad e Inmigración: control de hipertensión arterial y diabetes Mellitus.*

Madrid, 2015.

Belén Mobley Martín

Estudiante del Máster Universitario en Investigación y cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables.

Pilar Serrano Gallardo

Profesora de la Sección Departamental de Enfermería. Facultad de Medicina. UAM

