



Qualitative study on mental health care in the Moroccan immigrant collective



Estudio cualitativo sobre la atención sanitaria de salud mental en el colectivo inmigrante marroquí

Rocío Sánchez Miguel^{1*}, Juan Navarro Guillén², M^a Cristina Alfaro Royo³, Carmen Natividad Cárdenas Beltrán⁴, Oscar Fernández Alquézar⁵, M^a Carmen Zaragoza Biot⁶

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Jorge, Zaragoza, España; rociosami94@gmail.com

² Facultad de Ciencias de La Salud, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España; jnavarro.investigacion@gmail.com

³ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Jorge, Zaragoza, España; cristinaalfaro161@gmail.com

⁴ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España; carminacarbel86@hotmail.com

⁵ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Jorge, Zaragoza, España; osferal@outlook.es

⁶ Facultad de Enfermería y Podología, Universitat de València, Valencia, España; macazabi@gmail.com

*Correspondence: rociosami94@gmail.com

ABSTRACT

Objectives: The objective of this article is to present a research protocol to explore mental health care in the Moroccan immigrant collective.

Methods: The study will be carried out through a qualitative perspective under a combination of the phenomenological approach and ethnomethodology. The selection of participants will be carried out by non-probabilistic sampling. Several types of profiles will participate in the study, both healthcare professionals and Moroccan patients, and semi-structured interviews will be conducted.

Findings: The application of this research protocol will increase the knowledge about mental health care in the Moroccan immigrant group. By having health professionals more knowledge about it, they can create more specific health promotion and prevention programs for the Moroccan

group, helping them in their adaptation process and reducing the stress and/or anxiety of the process.

Conclusions: It is recommended to carry out this research protocol in different health centers to obtain reliable conclusions about mental health care in the Moroccan immigrant collective.

KEYWORDS

Mental health; Migration; Moroccan population.

RESUMEN

Objetivos: El objetivo de este artículo es presentar un protocolo de investigación para explorar la atención sanitaria de salud mental en el colectivo inmigrante marroquí.

Métodos: El estudio se llevará cabo mediante una perspectiva cualitativa bajo una combinación del enfoque fenomenológico y la etnometodología. La selección de participantes se llevará a cabo mediante muestreo no probabilístico. En el estudio participarán varios tipos de perfiles, tanto profesionales sanitarios como pacientes marroquíes, y se realizarán entrevistas semiestructuradas.

Resultados: La aplicación de este protocolo de investigación permitirá aumentar el conocimiento acerca de la atención sanitaria de salud mental en el colectivo inmigrante marroquí. Al tener los profesionales sanitarios un mayor conocimiento al respecto, podrán crear programas de prevención y promoción de la salud más concretos y específicos para el colectivo marroquí, ayudándoles en su proceso de adaptación y disminuyendo el estrés y/o ansiedad propia del proceso.

Conclusiones: Se recomienda llevar a cabo este protocolo de investigación en diferentes centros sanitarios para obtener conclusiones fiables acerca de la atención sanitaria de salud mental en el colectivo inmigrante marroquí.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental; Migración; Población marroquí.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, en España habitan 4.663.726 personas de origen extranjero [1]. Las personas que cambian de país se ven en la necesidad de efectuar procesos burocráticos para adquirir la tarjeta sanitaria y podrían experimentar barreras sanitarias [2]. Hoy en día, el fenómeno migratorio

es algo habitual en el mundo debido a la búsqueda de las personas de lugares de residencia con mejor calidad de vida [3].

En las consultas de los centros de salud se han encontrado con la realidad de tener que atender a una numerosa población compuesta de personas desarraigadas de su comunidad, la mayoría de las veces sin familia cercana, con unas lenguas y culturas diferentes y con un modo distinto de entender la salud y la enfermedad [4]. Ante esta situación es necesaria una mayor formación del personal de los centros de salud [5].

Las personas que han realizado un proceso migratorio de forma no satisfactoria pueden presentar problemas como estrés, depresión, ansiedad o ataques de pánico. Además del factor de riesgo que es el proceso migratorio en sí, hay que tener en cuenta que es frecuente en esta población una situación socioeconómica precaria, un desarraigo social y un choque cultural y de costumbres [4,5].

En España existe un alto número de población de origen marroquí [6], por lo que conocer las vivencias y pensamientos tanto de la población marroquí, como de los profesionales sanitarios involucrados, permitirá realizar un análisis y una posterior creación de líneas concretas de mejora en varios colectivos y en distintos niveles asistenciales.

En primer lugar, el personal sanitario expresa que el atender a personal inmigrante les llega a provocar en algunas situaciones ansiedad y estrés, debido al desconocimiento que tienen sobre sus culturas y costumbres y a la barrera lingüística existente, además de la falta de respaldo por parte de las instituciones [4].

En muchas ocasiones los procesos migratorios se realizan de forma individual, pero también los pueden realizar familias completas. Si algún miembro de la familia desarrolla algún trastorno mental, esto supone una elevada carga también para los demás miembros de la familia [7]. Si el paciente es tratado correctamente y se dispone de sistemas de ayuda para el propio paciente y para su familia, todos obtendrán una mejor calidad de vida.

Uno de los parámetros que se evalúan para valorar el desarrollo de las sociedades modernas es el de la salud [8], haciendo referencia al equilibrio correcto de cuerpo y mente. Por tanto, es conveniente la detección temprana de los problemas de salud de cara a evitar en el futuro problemas sanitarios más graves y de mayor coste [9].

Se debe tener en cuenta que inmigrar supone establecerse en un país o región diferente del lugar de origen, implicando así un cambio de vida, de entorno social, político y económico [10]. Este proceso no es sencillo ya que lleva consigo un conjunto de etapas: la preparación del viaje, el acto migratorio, el asentamiento y la integración en el país receptor [11].

La última etapa es la más larga, compleja y costosa de alcanzar. En ella el individuo ya se encuentra inmerso e incorporado en la nueva cultura, sintiéndola como propia. No obstante, existe la posibilidad de que aparezca una nueva etapa: la acomodación. En ella, el sujeto no llega a concebir el sentimiento de incorporar la nueva cultura como algo propio, pero si la acepta con el fin de no entrar en conflicto con ella [11].

Todas estas etapas llevan consigo fuertes cargas emocionales que pueden desestabilizar psicológicamente al individuo si no está correctamente preparado [12,13]. Por ello, ante la situación de globalización e interculturalidad en la que se encuentra España es importante que exista un mayor conocimiento sobre el tema y se adopten medidas al respecto.

España se ha convertido en un gran receptor de población extranjera y, por esto, se han ido incorporando medidas para favorecer la situación de estos colectivos y proteger su salud [14-17]. Un campo de especial relevancia en la protección de la salud es el de la salud mental, la cual se refiere, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad [18].

Algunos estudios han mostrado que la población marroquí posee un número elevado de factores de riesgo para padecer trastornos mentales. Estos factores son la enorme carga emocional a la que se someten al verse envueltos en un proceso migratorio, las condiciones desfavorables en las que viven, el desconocimiento generalizado del país al que van, las situaciones socioeconómicas precarias a las que se enfrentan, la dificultad de aprender un nuevo idioma y comunicarse, las dificultades para regularizar sus papeles, el desarraigo familiar o el gran choque cultural existente [19,20].

Para un país es de gran importancia que su población disponga de una buena salud, tanto mental como física, para poder seguir con su crecimiento, en términos sociales y económicos. Por ello, es de gran interés crear planes de prevención y promoción de la salud específicos para el colectivo marroquí puesto que es una población de riesgo de sufrir algún tipo trastorno mental. Tanto a nivel nacional, como autonómico, provincial y municipal se crean programas de promoción y prevención de salud, ya que se ha demostrado su importancia y eficacia. Además, se pueden llevar a cabo en todos los niveles asistenciales, aunque el más efectivo es el nivel de atención primaria [21].

La OMS define prevención de salud como aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de enfermedades, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener

su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas. Esto implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, rehabilitarlo y evitar futuras complicaciones o secuelas [22].

Dentro de la prevención se diferencian tres niveles de actuación. El primario hace referencia al conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. El secundario busca eliminar la enfermedad en sus primeras fases. El terciario hace referencia a las actividades dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya establecida [23].

Hoy en día, la promoción de la salud hace referencia al proceso de salud integral que busca el cambio de las personas, para que orienten su forma de vida hacia un estado de salud óptimo. Para llevarla a cabo es necesario educar y asesorar a los colectivos que se encuentran en riesgo acerca de las condiciones favorables de vida que deben tomar. Para ello, el personal de enfermería tiene un papel fundamental, ya que crea un vínculo de comunicación con los pacientes [24].

Existen discrepancias respecto a si los inmigrantes tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades psicosomáticas por el hecho de realizar un proceso migratorio o, por el contrario, este proceso les hace personas psicológicamente más fuertes [25,26]. Algunos estudios han indicado que los factores determinantes de que padezcan algún trastorno mental son los psicosociales y los laborales, y que el factor protector es el capital social [27,28]. Otros han estudiado las barreras que existen para la población inmigrante a la hora de usar los servicios sanitarios, resaltando las complicaciones burocráticas y las diferencias lingüísticas y culturales [29,30].

Debido a la complejidad de esta situación y a la escasez de investigaciones al respecto, el objetivo de este artículo es presentar un protocolo de investigación para explorar la atención sanitaria de salud mental en el colectivo inmigrante marroquí. Este protocolo también pretende: identificar qué barreras y dificultades encuentra el colectivo inmigrante marroquí en el Sistema Sanitario Español y, en concreto, en el área de Salud Mental; conocer las percepciones, preocupaciones y actitudes del personal sanitario implicado y de los participantes marroquíes a la hora de interaccionar entre sí en las consultas; comprobar la eficacia de los programas de promoción de la salud mental existentes en el colectivo inmigrante marroquí.

2. MÉTODOS

2.1. Perspectiva teórico-metodológica

La finalidad del estudio es acercarse a la realidad de los pacientes marroquíes atendidos en los servicios de Salud Mental en España, para así, comprenderla y poder explicarla. Por ello, el estudio se llevará cabo mediante una perspectiva cualitativa bajo una combinación del enfoque fenomenológico y la etnometodología, contribuyendo ambos enfoques a desarrollar la totalidad de los objetivos planteados anteriormente [31,32]. Además, el estudio se realizará bajo el paradigma crítico-social, ya que se quiere dar respuesta a determinados procesos sociales partiendo de la acción-reflexión [33].

Con todo ello, se pretende realizar una aproximación sistemática que permita describir las experiencias vividas, tanto por los profesionales sanitarios implicados como por el colectivo marroquí. De ese modo, se les podrá dar un significado profundo, ya que la única fuente que puede proporcionar información fiable sobre el significado de una experiencia, es la persona que lo ha vivido. Ese significado estará íntimamente ligado a los propios patrones culturales de ambos colectivos [32].

2.2. Descripción y selección de participantes

La selección de participantes se llevará a cabo mediante muestreo no probabilístico. Se intentará captar al mayor número posible de informantes con las características más heterogéneas posibles, teniendo así la oportunidad de que surjan discursos distintos y se pueda absorber la máxima información.

En el estudio participarán varios tipos de perfiles, tanto profesionales sanitarios como pacientes marroquíes. En relación a los informantes profesionales, se contará con el personal sociosanitario de los Centros de Promoción de la Salud (CPS) y con el personal de enfermería de los Centros de Atención Primaria (CAP). Ambos lugares se seleccionan puesto que son dos puntos de acceso primario al sistema sanitario. Además, se contará con enfermeras de las Unidades de Salud Mental (USM), ya que son conocedoras del tema en profundidad y reciben a pacientes que requieren una atención más especializada.

Los criterios de inclusión para el personal sanitario serán: 1) Llevar más de un año trabajando en el sector. 2) Haber firmado el consentimiento informado. En relación al colectivo marroquí, los criterios de inclusión serán: 1) Ser mayores de edad. 2) Haber firmado el consentimiento

informado. El criterio de exclusión para el colectivo marroquí será: 1) Los profesionales sanitarios consideran peligrosa su participación para su rehabilitación.

2.3. Estrategias de acceso a los informantes

Una vez obtenidos los permisos para la realización del estudio en los CAP y USM, se solicitará una reunión informativa con las supervisoras de enfermería de los lugares donde se realizará el estudio y con los encargados de CPS. En esta reunión se expondrá verbalmente y por escrito el fundamento y finalidad del estudio. Las supervisoras de enfermería serán quienes introduzcan al equipo investigador en el contexto y escenario, y quienes les pongan en contacto con los correspondientes profesionales sanitarios [34].

Se realizará otra sesión informativa con el resto de profesionales sanitarios participantes, explicándoles en qué va a consistir el estudio y pidiéndoles su colaboración voluntaria. Una vez informados, a todos aquellos interesados en formar parte del proyecto se les dará un consentimiento que deberán firmar y una hoja que detalle los puntos más importantes del estudio. Además, se les explicará la necesidad de su ayuda a la hora de captar población marroquí. Esta captación se llevará a cabo mediante un muestreo discrecional, ya que se elegirán basándose en lo que se cree que pueden aportar al estudio.

Los profesionales sanitarios informarán a los inmigrantes de su cupo de trabajo de la existencia del estudio e informarán a los investigadores de las personas cuya participación podría ser interesante. Cabe la posibilidad de que algún sanitario que no quiera participar tenga en su cupo a algún marroquí que considere que puede cumplir los criterios de inclusión del estudio; en ese caso, aunque el profesional no quisiera participar directamente, podría hacerlo indirectamente proporcionando informantes.

Una vez localizados e informados los participantes del colectivo marroquí, se concertará una cita informativa en la que se les explicará en profundidad la finalidad y el funcionamiento del estudio. Si quieren participar y aceptan las condiciones, se les proporcionará una hoja explicativa y el consentimiento informado para su firma. Además, en esa reunión se les expondrá que, si son conocedores de alguna persona de origen marroquí cuya participación puede ser interesante para el estudio, se puede concertar una cita para valorarle e informarle sobre el estudio, pudiendo así participar en este. Gracias a esto, mediante un muestreo de bola de nieve [35], se pueden llegar a captar más informantes marroquíes.

Finalmente, se precisará la ayuda de un traductor para poder mantener, tanto en la reunión inicial como en las futuras entrevistas, una conversación fluida y sin lugar a equívocos.

2.4. Estrategias de generación de información

Las entrevistas serán individuales ya que así será más fácil su realización. El equipo investigador se ajustará al horario de los participantes y fomentará la cercanía, para que los participantes se expresen con total libertad y tranquilidad. Las entrevistas serán semiestructuradas y se intentará comprender la individualidad de la situación de cada participante y sus pensamientos respecto al tema de estudio [36]. Una vez finalizadas las entrevistas, se realizarán entrevistas con los profesionales sanitarios, mediante grupos de discusión [32].

2.5. Estrategias de análisis e interpretación de la información

El diseño cualitativo requiere un análisis continuo de los datos, por lo que este análisis tendrá lugar en cada etapa de captación de información [37]. La técnica que se utilizará será el análisis de contenido categorial, que permite un acercamiento a las formas de comunicación e indaga en la ideología que se oculta tras el lenguaje [38].

Al tratarse de entrevistas con un alto contenido informativo se requerirá contar con el mayor número de métodos de análisis de datos posibles. Por ello, todas las entrevistas serán grabadas en audio y se irán tomando notas de campo [39]. Asimismo, en los grupos de discusión se tomarán notas de campo, y se grabarán tanto en audio como en video para captar tanto el lenguaje verbal como el no verbal. Antes de comenzar los participantes serán conocedores de esto y deberán aceptarlo para participar.

Una vez sea obtenida la información de las entrevistas, se pasará a realizar la transcripción [40] de estas con la ayuda del programa de transcripción Soundsciber. Tras la transcripción se realizará la codificación de la información [41], concentrando todos los datos referidos a los mismos temas, ideas y conceptos, para su posterior análisis. Durante este proceso, se utilizará el software NVivo para investigación cualitativa.

Por último, se realizará la relativización de los datos, es decir, se interpretará la información dentro del contexto en el que fueron captados, especificando tanto los datos directos como los indirectos, describiendo las situaciones trascendentes y significativas para los entrevistados, comprendiendo y sistematizando así mejor la información [42]. Para ello se realizarán esquemas que permitan encontrar, más visiblemente, los patrones y categorías para su posterior explicación y construcción de argumentos.

Finalmente, con el fin de reforzar la validez del estudio, todo el proceso será comprobado por todos los miembros del equipo investigador, certificando así el rigor y la transparencia en el desarrollo de cada fase [43].

2.6. Consideraciones éticas

Se seguirán las recomendaciones éticas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Los directores de todos los centros participantes y todo el personal implicado serán informados de todo el proceso. A todos los que accedan a participar se les dará la información principal del estudio y el consentimiento informado que deberán firmar. Dichos consentimientos irán acompañados de la información más relevante y todo ello figurará tanto en castellano como en árabe para su mejor comprensión. En los consentimientos informados se explicará que el uso de los resultados obtenidos será exclusivamente para fines de investigación, y que los participantes del estudio tendrán el derecho a conocer la información antes de su publicación.

En ningún caso los datos personales serán revelados y todos los datos obtenidos se protegerán mediante un sistema de codificación que se llevará a cabo tras las transcripciones de las entrevistas. Solo el equipo investigador tendrá conocimiento de qué código corresponde a cada participante. Además, en la realización de las entrevistas se advertirá a los participantes que van a ser grabados y sujetos al principio de confidencialidad de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El trabajo será llevado a cabo mediante un pensamiento reflexivo durante todo el proceso de investigación, es decir, se mantendrá una sensibilidad teórica, que quiere decir que los investigadores tendrán la capacidad de separar lo que es pertinente de lo que es banal, suspendiendo sus juicios y sin realizar hipótesis hasta que todos los datos estén analizados [44].

3. RESULTADOS

La aplicación de este protocolo de investigación permitirá aumentar el conocimiento acerca de la atención sanitaria de salud mental en el colectivo inmigrante marroquí. Al tener los profesionales sanitarios un mayor conocimiento al respecto, podrán crear programas de prevención y promoción de la salud más concretos y específicos para el colectivo marroquí, ayudándoles en su proceso de adaptación y disminuyendo el estrés y/o ansiedad propia del proceso. Así, se podrá realizar una correcta prevención en todos sus niveles.

4. CONCLUSIONES

Se presenta un protocolo de investigación para aumentar el conocimiento acerca de la atención sanitaria de salud mental en el colectivo inmigrante marroquí. Se recomienda llevar a cabo este protocolo en diferentes centros sanitarios para obtener conclusiones fiables al respecto.

5. REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población a 1 de julio de 2018. Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2018. [Internet]. Madrid: INE; 2018 [cited 2019 Sept 10]. Available from: https://www.ine.es/prensa/ep_j2018_p.pdf
2. Aller Blanco A, Arnal Urroz S, Barlés Sopena C, Burillo Jiménez J, Burro Dal A, et al. Aragón: Inmigración y Salud [Internet]. Gobierno de Aragón, Consejería de salud, consumo y servicios sociales; 2002 [cited 2019 Sept 10]. Available from: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/GUIA_INMIGRACION_SALUD.pdf/9fa30e19-21b7-691b-f19e-7d0731593dc9
3. Valero-Matas JA, Coca JR, Valero-Oteo I. Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. Papeles de población. 2014;20(80):9-45.
4. Campo-Arias A, Cassiani Miranda CA. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008;37(4):598-613.
5. Achotegui JA. La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo; 2002.
6. Instituto Nacional de Estadística. La Población Extranjera en España [Internet]. Madrid: INE; 2001 [cited 2019 Sept 11]. Available from: http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pob_extranjera.pdf
7. Collazos Valencia M. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud Mental. 2007;30(2):75-80.
8. Moreno López AB, Ballesta Ruiz M, Salmerón Martínez D, Navarro Sánchez C, Tormo Díaz MJ. Influencia de la doble carga de trabajo en el estado de salud percibida y utilización de servicios sanitarios de las poblaciones inmigrante y autóctona de la región de Murcia. Revista Española de Salud Pública. 2013;87:351-66.
9. Feldman S. Enfermedad mental y economía. Bol Of Sanit Panam. 1985;98(3):201-208.
10. Argilaga MT. La investigación cualitativa. Educar. 1986(10):23-50.
11. Salvador Sánchez I. La emigración como proceso de duelo: Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2002;(82):57-64.
12. Marcusan AK. Las migraciones senegambianas en España: una mirada desde la perspectiva de género. In: Africa en diáspora: movimientos de población y políticas estatales. Fundación CIDOB. 2007;153-168.
13. Sánchez R, Jaramillo LE. Impacto del desplazamiento sobre la salud mental. Universitas Humanística. 1999;47(47).
14. Achotegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Zerbitzuan. 2009;46(163):71.

15. Asociación Comisión Católica Española de Migración. Análisis de las Migraciones. España como “emisor” y “receptor” de Inmigrantes [Internet]. Madrid: ACCEM; 2008 [cited 2019 Sept 12]. Available from: <https://www.accem.es/analisis-de-las-migraciones-espana-como-emisor-y-receptor-de-inmigrantes/>
16. Cebolla Boado H, Gonzalez Ferrer A. La inmigración en España (2000-2007): de la gestión de flujos a la integración de los inmigrantes. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2008.
17. Guerrero Espejo A, Colomina Rodríguez J. Población inmigrante y enfermedades infecciosas. *Revista Española de Salud Pública*. 2004 Oct;78(5):565-70.
18. Luque Fernández MA, Reche O, Isabel M. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: el caso de las mujeres inmigradas. *Index de enfermería*. 2005;14(48-49):9-13.
19. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental. ¿Qué es la salud mental? [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [cited 2019 Sept 12]. Available from: https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:~:targetText=Salud%20mental,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%20C%20BB
20. González MJ, Prados MI. Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2007;23(1):72-84.
21. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Estrategia aprobada por el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013 [Internet]. Madrid: MSCBS; 2014 [cited 2019 Sept 12]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
22. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario [Internet]. Ginebra: OMS; 1998 [cited 2019 Sept 14]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/home.htm>
23. Rodríguez Méndez M, Echemendía Tocabens B. La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2011;49(1):135-50.
24. Torres Esperón M, Dandicourt Thomas C, Rodríguez Cabrera A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005;21(3-4).
25. Martínez Moneo M, Martínez Larrea A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. In: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006;29:63-75.
26. Ambrosolio EB, Díez GP. El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. *Archivos de psiquiatría*. 2007;70(3):175-90.
27. Avargues Navarro ML, Orellana Ramírez MC. Diez referencias destacadas acerca de la inmigración: abordaje desde la Psicología Clínica y de la Salud. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 2008;4:33-44.
28. Sanz B, Castillo S. Salud pública y enfermería comunitaria. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana. 2003.
29. Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta sanitaria*. 2004;18:207-13.
30. Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002;29:466-468.
31. Urbano Gil H. El enfoque etnometodológico en la investigación científica. *Liberabit*. 2007;13(13):89-91.
32. Rodríguez JM. Métodos de investigación cualitativa. *Rev Silogismo*. 2011;8:1-33.

33. Alvarado LJ, García M. Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*. 2008(9):187-202.
34. Blanco MC, Castro AB. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*. 2007;27(4).
35. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:613-619.
36. Valles MS. Entrevistas cualitativas. CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas. 2014.
37. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública*. 2002;76:423-36.
38. Ruano OM. El trabajo de campo en investigación cualitativa (II). *Nure Investigación*. 2007;29.
39. Arias Valencia M.M Triangulación metodológica: Sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2000;18(1):13-26.
40. Osses Bustingorry S, Sánchez Tapia I, Ibáñez Mansilla FM. Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*. 2006;32(1):119-33.
41. Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
42. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*. 2007;13(13):71-8.
43. Benavides MO, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana De Psiquiatría*. 2005;34(1):118-24.
44. Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo Luis C. La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Index de Enfermería*. 2010;19(4):283-288.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

All authors listed have made a substantial, direct and intellectual contribution to the work, and approved it for publication.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

FUNDING

This research received no external funding.

COPYRIGHT

© 2019 by the authors. This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC BY 4.0 license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), meaning that anyone may download and read the paper for free. The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms. These conditions allow for maximum use and exposure of the work, while ensuring that the authors receive proper credit.