



ORIGINAL

Calidad de vida en inmigrantes. Taller grupal sobre educación en salud

Cristina Regata Cuesta



Microbiology and Parasitology, Hospital Clínic, Barcelona, Family and Community Medicine, UD Girona

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de noviembre de 2018

Aceptado el 2 de enero de 2019

Palabras clave:

Salud e inmigración

Calidad de vida

Viñetas COOP/WONCA

RESUMEN

Objetivo: Conocer, a través de la encuesta COOP/WONCA Charts, aspectos de la salud en la población inmigrante. Realizar un taller práctico con mujeres inmigrantes sobre formas saludables de vida.

Diseño: Estudio descriptivo-cualitativo sobre la calidad de vida en inmigrantes. Intervención grupal para la mejora los factores de riesgo cardiovascular.

Emplazamiento: Consultorio de Llagostera (Girona).

Participantes: Pacientes de origen inmigrante atendidos en la consulta de atención primaria.

Intervención: Se aplicarán las viñetas COOP/WONCA en forma de cuestionario para medir la calidad de vida en el colectivo de inmigrantes. Posteriormente, se realiza un taller con un grupo de mujeres de origen inmigrante para abordar cuestiones sobre hábitos de vida saludable.

Mediciones principales: Variables sobre calidad de vida según las viñetas COOP. Variables del taller grupal según el protocolo de actuación preventiva (PAPPS), estresores, red de apoyo y expectativa de resultados.

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

Conclusión: Se puede deducir que la calidad de vida influye en la percepción de salud de los pacientes. Los talleres grupales de salud pueden mejorar la expectativa de cambio y la educación para la salud.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Quality of life in immigrants. Group workshop on health education

ABSTRACT

Keywords:

Health and immigration

Quality of life

Vignettes COOP/WONCA

Objective: to know through the survey COOP/WONCA Charts, aspects of health in the immigrant population. Hold a practical workshop with immigrant women on healthy ways of life.

Design: Qualitative descriptive study on the quality of life in immigrants. Group intervention to improve cardiovascular risk factors.

Location: Llagostera clinic (Girona).

Participants: Patients of immigrant origin assisted in the primary care consultation.

Intervention: The COOP/WONCA vignettes will be applied in the form of a questionnaire, to measure the quality of life of the immigrant group. Next, a workshop will be held with a group of women of immigrant origin to address issues of healthy lifestyle habits.

Main measurements: Variables on quality of life according to the cartoons COOP. Variables of the group workshop according to the protocol of preventive action (PAPPS), stressors, support network and expectation of results.

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

Conclusion: It can be deduced that the quality of life influences the perception of patients' health. Group health workshops can improve the expectation of change and education for health.

© 2019 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: cregatta@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.appr.2019.01.001>

2605-0730/© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La aplicación de instrumentos como las viñetas COOP/WONCA trata de evaluar la calidad de vida y salud en colectivos en los que culturalmente es difícil aplicar otras metodologías^{1,2}.

Se intenta conocer cómo viven en sociedad, si están satisfechos con su vida y su salud, valorando individualmente su visión y su experiencia acerca de las condiciones de vida que presentan.

La calidad de vida está ligada a múltiples facetas de la vida, no solo la salud. Según la OMS (1945), «la salud es un estado de completo bienestar físico, psicológico^{3,4} y social y no únicamente la ausencia de enfermedad».

Las viñetas empleadas en el estudio abordan la salud en el campo físico, emocional y social a través de un concepto de salud global que mida la calidad de vida y además pueda ser adaptada de forma transcultural⁵.

Se plantea el taller grupal para poder abordar con un colectivo especialmente vulnerable como el de la mujer inmigrante e intentar mejorar cuestiones de su salud.

A través de la aplicación del cuestionario COOP/WONCA Charts, se pretende conocer aspectos de la salud en la población inmigrante. Se trata de un cuestionario a través de viñetas de fácil aplicación para este colectivo de pacientes.

Las viñetas COOP/WONCA que se emplean en este estudio para medir las variables que afectan a la calidad de vida se han aplicado en nuestro entorno en diferentes estudios que aparecen en la bibliografía y está validados al castellano⁶⁻⁸. También en diferentes estudios internacionales se han aplicado a minorías étnicas y grupos culturalmente diferentes del occidental europeo, con una buena aplicación transcultural y un fácil entendimiento por parte de los pacientes^{9,10}.

Los objetivos del trabajo son:

1. Medir la calidad de vida en la población inmigrante atendida en la atención primaria a través de un cuestionario de salud basado en la aplicación de las viñetas COOP/WONCA, validadas en nuestro país y adaptables culturalmente al colectivo del estudio^{11,12}.
2. A partir de los resultados en el estudio descriptivo previo, realizar un estudio intervencionista aplicando el protocolo de actividades preventivas en salud cardiovascular (PAPPS) y la realización de un taller práctico con mujeres inmigrantes del mismo contingente de atención primaria.

En el taller se abordan las siguientes cuestiones sobre las formas saludables de vida: ejercicio, dieta, medicación, tóxicos, estresores, red social de apoyo, perspectiva de cambio. Se mide a los 2 meses la mejora en los ítems y a los 6 meses el mantenimiento de las mejoras conseguidas.

Material y métodos

El factor de estudio es la calidad de vida en función de las vertientes consideradas por el COOP/WONCA Chart (actividad física, sentimientos, actividad diaria, relaciones sociales, cambios en la salud, dolor, calidad de vida global) en la población de origen inmigrante atendida en nuestras consultas ([anexo 1, material suplementario](#)). Estas viñetas, validadas para la atención primaria, permiten una fácil comprensión y permiten la adaptación transcultural de los ítems o cuestiones seleccionadas.

El criterio de evaluación: según los resultados se establecerán conclusiones en función de si se encuentra bien/mejor, si no hay cambio, o si se encuentra mal/peor.

Cada pregunta tiene 5 ítems de respuesta (de mejor o más actividad a menor; el nivel medio es el 3).

Selección y definición de las variables: sexo (H/M), estado civil (S/C), trabajo (A/P: activo; pasivo, no trabaja o realiza labores del hogar), escolarización (S/N; S: sabe leer y escribir en su lengua natal o en la del lugar de residencia), forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, cambios saludables introducidos, educación sanitaria, dolor y calidad de vida global.

Criterios de inclusión: toda la población de origen inmigrante atendida en la consulta de entre 18 y 65 años (muestreo consecutivo por captación oportunista).

Criterios de exclusión: los pacientes terminales oncológicos con menos de 6 meses de esperanza de vida o con enfermedades crónicas en estadio terminal o paliativo.

Fuentes de información/técnicas y escalas de medida: COOP/WONCA Charts ([anexo 1, material suplementario](#)).

En la segunda parte del estudio se realiza un taller con mujeres inmigrantes de un cupo de atención primaria del centro de Salud de Cassá de la Selva (Girona). Las pacientes de origen inmigrante que deseen participar se reclutan de forma seriada y consecutiva, según acuden a la consulta hasta un máximo de 25. El taller aborda cuestiones sobre hábitos de vida saludable y educación para la salud. Se explica la dieta saludable recomendada por la OMS ([anexo 2, material suplementario](#)), adaptada a sus diferentes cocinas (alimentos esenciales y cantidades), ejercicio físico, tóxicos, estresores, redes sociales de apoyo y cualquier cuestión sobre salud que desconozcan las participantes y en las que necesiten apoyo, información u orientación sobre los circuitos sanitarios de consulta y abordaje.

Se intentará realizar un segundo taller con las mismas participantes para valorar la aplicación de las medidas saludables y ver cambios positivos sobre su salud y el conocimiento de la misma. Se medirá a través de un cuestionario.

Características de la población estudiada

Se trata de una consulta de atención primaria que atiende a unos 1.700 pacientes, de los que aproximadamente un 60% son de origen inmigrante.

La nacionalidad más frecuente es la de origen magrebí (40% aproximadamente) y después la procedente de los países del este de Europa (un 10%), los pacientes sudamericanos un 7% y los subsaharianos un 3%. Es una población en general estable, asentada en el lugar, sin movimientos migratorios en los últimos 5 años y con una media de hijos por hogar superior a la población autóctona (media de 2,5 frente al 0,8 de la población local), con hijos nacidos en nuestro país en la mayoría de los casos (las mujeres vinieron la mayoría como reagrupación familiar).

Su nivel educativo es básico, saben leer y escribir, y recibieron escolarización básica en sus países de origen.

La tasa de desempleo es alta (alrededor del 60% no tienen trabajo según el estudio) y el nivel socioeconómico es bajo (nivel IV-V).

Viajan a sus países varias veces al año, sobre todo la población de origen marroquí.

La secuencia del estudio es:

1. Estudio WONCA, encuestas sobre calidad de vida ⇒ (mes 1).
2. Aplicación del PAPPS en consulta (mes 0).
3. Taller grupal: educación en salud (2.º mes) ⇒ al 6.º mes se evalúa el mantenimiento de las medidas adoptadas.

Variables del estudio sobre calidad de vida pertenecientes a las viñetas (WONCA, véase el [anexo](#)) validadas en castellano:

Tabla 1
Resultados globales del estudio sobre la calidad de vida (n = 150)

Variables	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5
Forma física	66	24	36	13	11
Sentimientos	15	40	65	25	5
Act. cotidiana	35	21	45	49	0
Act. social	47	42	33	20	8
Cambios salud	19	67	44	16	4
Educación sanitaria	51	44	33	19	3
Dolor	35	26	48	34	9
Calidad vida	9	58	69	14	0

Variables WONCA: ítems del 1 al 5 (resumen).

Forma física: 1 muy intenso; 5 muy ligero.

Sentimientos: 1 nada; 5 intensamente.

Actividad cotidiana: 1 ninguna dificultad; 5 mucha dificultad.

Actividad social: 1 no; 5 muchísima.

Cambios salud: 1 mucho mejor; 5 mucho peor.

Educación sanitaria: 1 excelente; 5 mala.

Dolor: 1 nada; 5 dolor intenso.

Calidad vida: 1 mala percepción; 5 muy buena percepción.

Variables WONCA: a cada variable se la asigna un ítem numérico que va del 1 al 5 en función de la intensidad de la misma (véase el [material suplementario en anexo con gráfico WONCA](#)).

Variables medidas en el taller sobre salud:

- Edad/procedencia: edad numérica. Procedencia (país de origen).
- Presión arterial (PA) (mal control > 140/90 mmHg).
- Tabaco/tóxicos: consumo de tabaco alcohol o fármacos.
- Ejercicio físico: media hora al día durante al menos 5 días por semana.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)/Ginecología: ETS/revisiones ginecológicas al día (mamografía según programa de cribado y citología cada 3 años si la previa es normal).
- Analítica según protocolo de actividades preventivas (PAP)¹¹.
- Peso/índice de masa corporal (IMC) en kg/m². Si IMC superior a 25, sobrepeso.
- Dieta: según pirámide alimentaria.
- Ansiedad/estresores: diagnóstico de ansiedad o presencia de trastornos asociados.
- Red de apoyo: presencia de al menos 3 personas de apoyo social o familiar (apoyo emocional, tangible y consejos)^{12,13}.
- Expectativa de resultado: las valorarán qué posibilidades de cambio o mejora aprecian tras la intervención según los valores: 0 (no esperan ningún cambio), 1 (puede haber algún cambio) fase contemplativa, 2 (consideran que será factible realizar cambios saludables)¹⁴.

Resultados

Sobre la calidad de vida en estos pacientes

La mayoría de los pacientes eran de sexo masculino (78 del total, 52%) y tenían estudios básicos. El 99% (148 pacientes) había cursado estudios hasta los 12 años (sabían leer y escribir).

Noventa y siete pacientes (65%) estaban activos laboralmente ([tabla 1](#)).

A mayor edad, percibían peor estado funcional y, en general, las mujeres tenían peor percepción de su salud. A mayor número de enfermedades presentaban peor calidad de vida. Cuanto mayores eran los ingresos económicos, tenían mayor nivel de estudios y mejor calidad de vida percibida.

En el grupo de pacientes africanos se encuentra una percepción del dolor inferior al resto de los grupos. La actividad social es intermedia en todos los grupos.

Destaca una baja forma física en el grupo de pacientes de los países del este y Sudamérica.

Tabla 2
Resultados en el mes de abril del 2017 (mes 0 del estudio): intervención en consulta (aplicación del PAP); grupo intervención (grupo M) y grupo control (grupo C)

	Mal control		Buen control:	
	M	C	M	C*
TA	3	18	22	7
Tabaco/tóxicos	2	16	23	9
Ejercicio	25	25	0	0
ETS/Ginecología	10	18	15	7
Analítica	8	12	17	13
Peso/IMC	16	8	9	17
Dieta	25	22	0	3
Ansiedad/estresor	23	23	2	2
Red de apoyo	17	20	8	5
Expectativa de resultado	0 no esperan cambios:		2 hay cambios saludables:	
	M**/C		M/C	
	4	23	5	2

Los sentimientos los expresan en rango intermedio en todos los grupos y la actividad cotidiana es intensa en todos.

La educación sanitaria es baja en general y la propuesta de cambio de vida hacia hábitos saludables de media es intermedia en todos.

En general, la percepción de la calidad de vida global tiene de media el ítem 3.

No se aprecian diferencias significativas entre los grupos salvo en percepción del dolor (más baja en africanos), la interacción social (también más baja en africanos) y en general la poca actividad física en los grupos procedentes del este de Europa y en sudamericanos.

El estudio tiene algunos posibles sesgos, como que los pacientes son reclutados de forma aleatoria y consecutiva según acuden a la consulta de atención primaria y, por tanto, que acuden en general por algún problema de salud. Otro posible sesgo es que la autora del estudio es titular de la consulta y, por tanto, es el médico de familia de los pacientes participantes, lo que podría significar que la participación fuese mayor.

Interpretación de los resultados generales del estudio sobre calidad de vida y formulación a partir de estos del taller grupal

Los grupos de pacientes seleccionados según procedencia pertenecen al mismo entorno socio-demográfico en el momento del estudio. Viven en el mismo ámbito demográfico, la mayoría son de clase socioeconómica baja y tiene estudios básicos. Se dedican a trabajos temporales en hostelería, servicios, industria alimentaria o sector agrícola. La edad media de los pacientes era de entre 35 a 45 años y todos llevaban en nuestro país más de 5 años.

A nivel sanitario también se trata de poblaciones comparables.

En todos los grupos se da un bajo índice en educación sanitaria y hábitos saludables de vida, por lo que aplicar un taller grupal educativo a esta población podría mejorar estos aspectos y la prevención en general de factores de riesgo cardiovascular.

Resultados del taller grupal

La mayoría son mujeres de origen magrebí, procedentes de Marruecos (25) y se toma un grupo control de características y número similar.

El grupo en general tiene mal control en el seguimiento del PAP, sobre todo en ítems como el ejercicio o el peso ([tabla 2](#)). El nivel de «estresores» es alto, así como la falta de apoyo social. Tras la intervención en consulta y el taller comunitario se pudo mejorar la aplicación del PAP en esta población, en cuanto a seguimiento analítico, un 48%, 12 pacientes, habían mejorado en este ítem y 13 pacientes (52%) tenían altas expectativas de cambio ([tabla 3](#)).

Tabla 3
Mes de junio de 2017 (2.º mes del estudio, tras la intervención en consulta y el taller grupal con el grupo de intervención, grupo M) (grupo C: grupo control, sin taller)

	Peor		Igual		Mejor	
	M	C	M	C	M C	C
PA	1	0	24	25	0	0
Tabaco/tóxicos	5	0	20	25	0	0
Ejercicio	9	0	15	25	1	0
ETS/Ginecología	10	0	13	25	2	0
Análítica	4	0	9	25	12	0
Peso/IMC	6	0	19	25	0	0
Dieta	11	0	12	25	2	0
Ansiedad/estresor	18	0	7	25	0	0
Red de apoyo	12	0	12	25	1	0
Expectativa res.*	0 no esperan cambios:		1 puede haber cambios:		2 cambios saludables:	
	0	25	12	0	13	0

Tabla 4
Sexto mes del estudio, tras el taller (octubre del 2017, valoración del mantenimiento y refuerzo en el grupo de intervención, grupo M)

Grupo M	Peor	Igual	Mejor
PA	2	22	1
Tabaco/tóxicos	1	24	0
Ejercicio	5	19	1
ETS/Ginecología	4	19	2
Análítica	3	17	6
Peso/IMC	5	18	1
Dieta	4	21	0
Ansiedad/estresores	12	13	0
Red de apoyo	1	24	0
Expectativa de resultados	0 no esperan cambios	1 puede haber cambios	2 cambios saludables
	17	5	3

Tabla 5
Resultados estadísticos: PAPPs/educación sanitaria en consulta

	Con PAPPs (2 meses) Odds ratio	Con PAPPs y educación sanitaria (6 meses) Odds ratio ^a	RR
PA	0,19	0,14	
Tabaco/tóxicos	1,80	2,25	
Ejercicio	Φ(np)	Φ(np)	0,70/0,63
Ginecología	0,28	0,08	
Análítica	0,41	0,23	
Peso/IMC	1,77	6,38	
Dieta	0,18	0,09	
Ansiedad/estrés	0,31	0,30	
Red de apoyo	0,68	1,17	
Expectativa de cambio ^b	0,03	0,05	

IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal; PA: presión arterial; PAPPs: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud; RR: riesgo relativo; Φ(np): no es posible el cálculo de la odds ratio por escaso número de pacientes, y se realiza el cálculo del RR.

^a Odds ratio: relación entre la odds de las variables de exposición (recibir el PAPPs/educación sanitaria) respecto a los controles (no expuestos).

^b Fuente de cálculo estadístico: SPSS 20.0.00 versión 2017.

En medidas de PA, consumo de tóxicos, ejercicio, seguimiento ginecológico, peso y dieta estaban igual.

En cuanto a los ítems en los que habían empeorado las pacientes diagnosticadas de ansiedad y aquellas con múltiples estresores, un 78%, 18 pacientes, estaban peor. Las redes de apoyo se mantenían estables con una paciente que había mejorado su apoyo.

En la **tabla 4**, donde se mide el mantenimiento de las medidas aplicadas, se observa que las medidas de seguimiento analítico y controles ginecológicos de mantienen (6 pacientes mantiene seguimientos adecuados en analíticas, el 50% de las que habían mejorado tras el taller y 2 realizan los controles ginecológicos adecuados según el protocolo). Tres pacientes mantienen la mejora en ejercicio, tensión arterial y peso, mientras el resto se mantiene en su mayoría igual. El mayor empeoramiento se da en el campo de estresores y ansiedad, donde 12 pacientes (48%) se muestran peor.

Resultados del taller grupal

Se trata de un estudio de cohortes prospectivas donde las pacientes «caso» son las que tienen un mal control a los 2 meses

(tras la atención en consulta y el taller) del estudio, es decir, el número pacientes con variables mal controladas y nula expectativa de cambio. La intervención propuesta es el taller comunitario recibido por las pacientes.

Serían en total 25 pacientes entre las que recibieron el taller y las que solo hicieron el seguimiento en consulta del PAP otras 25, que fueron el grupo control.

En las **tablas 5 y 6** se muestran los resultados del taller: las pacientes que no estaban bien controladas serían ligeramente superior en el grupo que no recibió el taller (74% frente al 71%), el riesgo relativo (RR) sería del 0,96 (96%), mientras que la odds ratio sería de 0,85 (85%). El número necesario de tratar sería de 30,70. El intervalo de confianza del 95% para un RR del 96% sería 0,81-1,13.

Aplicando el test de la chi cuadrado para la comparación de variables, podemos apreciar que la relación entre la expectativa de cambio y la realización del taller arroja una chi al cuadrado es de 36,21, por lo que podemos afirmar que hay una probabilidad superior al 99% de que haya asociación entre las 2 variables. En el caso de las revisiones ginecológicas (chi al cuadrado de 4,35) y el control

Tabla 6
Resumen de los resultados estadísticos: Taller/grupo control

	Casos: con taller Odds	Controles: sin taller Odds	OR (IC del 95%)
PA	0,04	0,32	0,13 (0,01-1,19)
Tabaco/tóxico	0,25	0,04	6 (0,65-55,66)
Ejercicio	0,56	0,56	1 (0,32-3,17)
Ginecología	0,67	0	(np) ϕ
Analítica	0,19	0,09	2,19 (0,36-13,22)
Peso/IMC	0,32	0,32	1 (0,27-3,66)
Dieta	0,79	0,56	1,40 (0,45-4,35)
Ansiedad	2,57	2,57	1 (0,29-3,44)
Red de apoyo	0,92	0,32	2,92 (0,87-9,78)
Expectativa de cambio ^b	0	5,25	0 (np) ϕ

El evento en el grupo de tratamiento (con taller realizado) sería un mal control.

Sin evento sería un buen control o sin cambios respecto a un buen control previo.

IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal; OR: odds ratio; PA: presión arterial; Φ (np): no es posible el cálculo.

^a Datos recogidos al 2º mes del estudio.

^b En la variable expectativa de cambio: el evento sería un 0 o nula expectativa de cambio.

Fuente: SPSS (versión 2016).

de la tensión arterial (chi al cuadrado de 4,15), la probabilidad de asociación estaría entre el 95 y el 99%. Para la red de apoyo social, la chi al cuadrado sería de 3,13 y la probabilidad de asociación estaría entre el 90 y el 95% (fuente de cálculo estadístico: SPSS 20.0.00 versión 2017).

Discusión

En el estudio realizado sobre la calidad de vida en inmigrantes a través de las viñetas WONCA, se objetivó en todos los grupos estudiados (inmigrantes de diferentes orígenes: África, países del este de Europa y Sudamérica) que la mayoría de los 150 pacientes estudiados presentaban ítems muy bajos (la mayoría 1/5) en cuanto a hábitos saludables de vida y conocimiento sanitario de los mismos. Se realizó un taller grupal con uno de los colectivos más vulnerables, el de la mujer inmigrante, en el cual se apreció una mejora en la expectativa de obtener resultados positivos en los cambios de vida saludables así como en diversos ítems del PAP en riesgo cardiovascular.

En comparación con estudios previos en los que se aplica similar metodología, se observa una buena adaptación cultural de este método al colectivo de pacientes inmigrantes y se muestra como una herramienta adecuada para medir su calidad de vida en términos sanitarios y psicosociales.

Se había utilizado previamente en nuestro país en pacientes oncológicos y terminales para evaluar su calidad global de vida. En este estudio se amplía el uso de esta metodología a la evaluación de la calidad de vida a un colectivo especialmente vulnerable y con dificultades culturales e idiomáticas específicas.

En cuanto al taller, se valoran los cambios a lo largo de las mediciones temporales, por lo que sería conveniente su aplicación periódica para obtener mejoras en las variables de salud de este colectivo.

Conclusión

A partir de esta experiencia se puede deducir que los talleres comunitarios de salud en este colectivo pueden mejorar la expectativa de cambio en educación para la salud y el empoderamiento de las participantes. Por otro lado, la aplicación del PAPPs con refuerzo comunitario podría mejorar algunos condicionantes de salud en este colectivo como el seguimiento analítico, refuerzo de la dieta saludable y el ejercicio físico, así como la aplicación del protocolo de revisiones ginecológicas periódico.

Puntos clave

Cuestiones relevantes del estudio:

- Medición de la calidad de vida en el colectivo inmigrante a través de un cuestionario adaptado culturalmente
- Medición y refuerzo en consulta de los protocolos de actividades preventivas sobre riesgo cardiovascular que corresponden a estos pacientes
- Realización de un taller grupal con mujeres inmigrantes para mejorar la educación en salud de este colectivo.
- Generar redes de apoyo y cambios saludables en su estilo de vida y reforzar posteriormente estos controles en la consulta de atención primaria

Relevant issues of the study:

- Measurement of the quality of life in the immigrant community through a culturally adapted questionnaire
- Make a measurement and reinforcement in consultation of the protocols of preventive activities on cardiovascular risk that correspond to these patients
- Carry out a group workshop with immigrant women to improve the health education of this group.
- Generate support networks as well as healthy changes in their lifestyle and then reinforce these controls in the primary care consultation

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.appr.2019.01.001](https://doi.org/10.1016/j.appr.2019.01.001).

Bibliografía

- 1 Van Weel C. Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability & Rehabilitation* 1993;15:96-101.
- 2 Kinnersley P, Peters T. Measuring functional health status in primary care using the COOP-WONCA charts: Acceptability, range of scores, construct validity, reliability and sensitivity to change. *Br J Gen Pract* 1994;44(389):545-9.
- 3 Otero A, Díaz-Olalla JM, Lizán-Tudela L, Serrano-Gallardo P. Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana. *Med Clin (Barc)* 2009;132:336-43.

- 4 Lindegaard PM, Bentzen N, Christiansen T. Reliability of the COOP/WONCA charts: Test-retest completed by patients presenting psychosocial health problems to their general practitioner. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1999;17(17):145–8.
- 5 Paterson C. Seeking the patient's perspective: A qualitative assessment of EuroQol. COOP-WONCA Charts and MYMOP. *Quality of Life Research* 2004;13(5):871–81.
- 6 Martínez García MF. Una tipología analítica de las redes de apoyo social en inmigrantes africanos en Andalucía. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 2001;(95).
- 7 Janes CR. Migration, changing gender roles and stress: The Samoan case. *Medical Anthropology* 1990;12(2):217–48.
- 8 Esteban-Peña M, Gerechter-Fernández S, Martínez-Simancas AM, Zancada-González J, Hernandez-Barrera V, Jiménez-García R. Perceived quality of life in the "healthy people" municipal community health promotion program in Ciudad Lineal-Madrid. *Semergen* 2017;43(5):358–63.
- 9 Azevedo-Marques JM, Zuairi AW. COOP/WONCA charts as a screen for mental disorders in primary care. *Ann Fam Med* 2011;9(4):359–65.
- 10 Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Actualización del PAPPs. *Atención Primaria*. SemFYC 2014;46. Extraordinario IV.
- 11 Hoopman R, Terwee CB, Aaronson NK. Translated COOP/WONCA charts found appropriate for use among Turkish and Moroccan ethnic minority cancer patients. *J Clin Epidemiol* 2008;61(10):1036–48.
- 12 Al Sayah F, Ishaque S, Lau D, Johnson JA. Health related quality of life measures in Arabic speaking populations: A systematic review on cross-cultural adaptation and measurement properties. *Qual Life Res* 2013;22(1):213–29.
- 13 Maya Jariago I, Martínez MF, García M. Cadenas migratorias y redes de apoyo social de las mujeres peruanas en Sevilla. *Demófilo: Revista de Cultura Tradicional de Andalucía* 1999;29:87–105.
- 14 Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982;2(37):122–47.