

# Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características sociofamiliares

Miquel Morera Llorca<sup>a</sup>, Blanca Folch Marín<sup>b</sup>, Miguel Ángel Giner Esparza<sup>c</sup>,  
khadija Sellami<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Médico de Familia, C.S. Algemés, Departamento de Salud La Ribera, Consellería de Sanitat, Generalitat Valenciana.

<sup>b</sup> Médico de Familia, C.S. Sueca, Departamento de Salud La Ribera, Consellería de Sanitat, Generalitat Valenciana.

<sup>c</sup> Médico de Familia, Hospital de la Ribera, Departamento de Salud La Ribera, Consellería de Sanitat, Generalitat Valenciana.

<sup>d</sup> Doctora en Psicología, Voluntaria de Mediación Cultural, Algemés.

Correspondencia: Miquel Morera. C.S. Algemés, Plaça de la Ribera s/n, 46680, Algemés, Valencia. Tf: 962481697. FAX: 962480483 Correos electrónicos: miquelmorerallorca2@gmail.com; MMorera@Hospital-Ribera.com

Recibido el 19 de enero de 2012.

Aceptado para su publicación el 3 de marzo de 2012.

## RESUMEN

**Objetivo.** Describir demografía, tipología familiar, apoyo social, estresores y función familiar en gestantes magrebíes de una Zona Básica de Salud.

**Diseño.** Estudio transversal.

**Emplazamiento:** ZBS 5 del Departamento de Salud La Ribera (Valencia).

**Participantes.** Gestantes magrebíes, captadas mediante muestreo consecutivo durante un año, que acepten ser encuestadas.

**Mediciones Principales.** Variables sociodemográficas (edad, años en España, nº de hijos, nº de convivientes, nivel de estudios, trabajo remunerado y tipo familiar), acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y función familiar. Instrumentos: encuesta sociodemográfica, genograma, escala de reajuste social (SRRS), escala Duke-UNC-11 y cuestionario APGAR familiar.

**RESULTADOS.** Se entrevistaron 45 mujeres (medias de 28,42 años de edad y 3,44 años en España). La mediana de número de hijos fue 1, y la de convivientes en el domicilio 3. Destaca un 26,7% con trabajo remunerado y 28,9% sin estudios; sólo 8,9% tenían estudios superiores. El 68,9% son familias nucleares íntegras y 26,7% nucleares ampliadas. En 36 pacientes se obtuvo el SRRS (media: 179,64) y la escala Duke-UNC-11 (33,22) y en 35 el APGAR familiar (8,09). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre: años en España y APGAR familiar; tipo familiar y apoyo social, y número de convivientes y apoyo social afectivo.

**CONCLUSIONES.** Destaca un alto porcentaje de personas sin estudios y predominio de familias nucleares. Se observa un grado de estrés potencialmente patógeno, apoyo social deficiente y normofunción familiar. Se precisan estudios más amplios y cuestionarios culturalmente adaptados.

**PALABRAS CLAVE.** Inmigrantes, Familia, Salud Familiar, Gestación, Acontecimientos vitales estresantes, Apoyo social.

## ABSTRACT

### Immigrant Maghrebian pregnant in primary health care: social and family characteristics

**Objective.** To describe demography, family typology, social support, stressors and family function in immigrant Maghrebian pregnant in a basic health care area.

**Design.** Cross sectional study.

**Location.** ZBS 5 of La Ribera (Valencia) health department.

**Participants.** Pregnant Maghrebian women, recruited by means of consecutive sampling over a year, and who agree to being surveyed.

**Measures.** Sociodemographic variables (age, years in Spain, nº of children, nº of cohabitants, academic level, paid work and family type), stressful life events, social support and family function.

Procedures: population survey, genogram, social reorganization scale (SRRS), Duke-UNC-11 scale and APGAR family questionnaire.

**Results.** 45 women were interviewed (average 28.42 years of age and 3.44 years' residence in Spain). The median number of children was 1, and 3 cohabitants in the home. Figures of 26,7% with paid work and 28,9% without formal education stand out. Only 8,9% had received higher education. 68,9% are full nuclear families and 26,7%, extended. In 36 patients, the SRRS (average: 179,64) and the Duke-UNC-11 scale (33,22) were obtained and in 35, the family APGAR (8,09). A statistically significant association was seen between: years of residence in Spain and family APGAR; family type and social support, number of cohabitants, and emotional social support.

**Conclusions.** A high percentage of uneducated people and a predominance of nuclear families stand out. A degree of potentially pathogenic stress, lack of social support and a normal functioning family. Broader studies are needed, as well as culturally adapted questionnaires.

**Key Words.** Immigrants, family, family health, gestation, stressful life events, social support.

El proyecto del estudio fue presentado en el 20º Congreso de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària, Alicante, junio de 2009, donde obtuvo el premio al mejor proyecto de investigación.

Los resultados preliminares fueron presentados como póster con defensa en el 30º Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Valencia, junio de 2010.

## INTRODUCCIÓN

La familia es una estructura en constante cambio, según el influjo de factores tanto internos como externos, que pueden comprometer su estabilidad. Mantener la homeostasis dependerá de la capacidad de los miembros del grupo de movilizar los recursos necesarios<sup>1</sup>.

La familia es la célula social básica, y su dinámica viene determinada por la cultura en la que se inserta. La comprensión de los factores del entorno de cada paciente aumenta la efectividad de las intervenciones en salud<sup>2,3</sup>. El conocimiento del universo cultural de la familia adquiere especial interés en Atención Primaria en la actual situación de multiculturalidad. En efecto, la dificultad para acceder a aspectos esenciales de los pacientes, por interposición de barreras tanto idiomáticas como comportamentales, es un reto con repercusiones clínicas, bioéticas y de gestión<sup>4</sup>. Este tema despierta interés no sólo en nuestro medio, sino también en otros países de Europa y en Israel, tradicionalmente receptores de inmigración árabe<sup>5</sup>, así como en Estados Unidos y Canadá. Se cuestiona si lo realmente influyente en la salud es la inmigración *per se* o las condiciones sociosanitarias y laborales del país de acogida<sup>6,7</sup>, aunque los estudios publicados son escasos.

Los países del Magreb son el origen de uno de los colectivos más numerosos de inmigrantes en España y la diferencia idiomática y de valores, unida a la escasa información que tenemos sobre la estructura y función de sus familias<sup>8,9</sup>, nos plantea dificultades en su atención sanitaria. Las transiciones entre etapas del ciclo vital familiar son períodos de vulnerabilidad, especialmente para la enfermedad mental, ya que numerosas circunstancias adversas pueden dificultar la adaptación a los cambios<sup>10</sup>.

La transición entre las fases I y II, formación de la familia y extensión<sup>11</sup>, es un momento en el que las pacientes magrebíes acuden al sistema sanitario, siendo una excelente oportunidad para detectar problemas de salud, directa o indirectamente relacionados con la gestación, el parto y el puerperio. Probablemente, el peso de las decisiones sobre el cuidado de la salud en la familia recae sobre las mujeres, muchas veces en condiciones precarias y sin ayuda, circunstancias favorecedoras de la aparición de psicopatología<sup>12</sup>.

El objetivo del presente trabajo fue estudiar la tipología familiar, la presencia de factores vitales estresantes, el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes inmigrantes magrebíes embarazadas, población que puede ser especialmente vulnerable a la aparición de problemas psicopatológicos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal cuya población de estudio fueron las mujeres magrebíes gestantes, residentes en España, que acudieron a la consulta maternal de la zona básica de salud (ZBS) 5 de Departamento de Salud de La Ribera (Alzira) desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2009, mediante un muestreo consecutivo, y que aceptaron participar.

Tras su inclusión, se realizó una encuesta en dos partes, contando con la colaboración de dos mediadoras, ambas nativas de Marruecos. La primera parte comprendía las variables sociodemográficas y la tipología familiar, obtenida mediante genograma, según la clasificación basada en la familia nuclear, con modificaciones (familia extensa, nuclear íntegra, nuclear ampliada, monoparental y reconstituida). En la segunda se midieron los acontecimientos vitales estresantes, el apoyo social y la función familiar.

La medida de los acontecimientos vitales estresantes se realizó mediante la escala de reajuste social SRSS (*Social Readjustment Rating Scale*)<sup>13</sup>: 43 preguntas sobre eventos sufridos en el último año, puntuadas en unidades de cambio vital, según un baremo estandarizado en función del impacto causado por cada evento. A partir de esta variable cuantitativa se creó una cualitativa derivada, de tipo ordinal, según rangos de puntuación obtenidos: estrés aceptable (menos de 150 puntos en la escala SRSS), potencialmente patógeno (entre 150 y 249) y claramente patógeno (más de 250).

El apoyo social recibido se midió mediante el cuestionario de Duke-UNC-11, validado en castellano por Bellón y cols<sup>14</sup>, de 11 ítems puntuados entre 1 y 5 en una escala de Likert (puntuación global máxima posible de 55 puntos y mínima de 11). Además del apoyo global, el cuestionario permite discriminar entre apoyo emocional o afectivo (demostración de cariño y empatía) y apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas con las que comunicarse). Para el apoyo global, los rangos son: normal, 33

puntos o más; bajo, menos de 33. Para el apoyo afectivo, normal si es de 15 puntos o más, y bajo si es menor de 15. Para el apoyo afectivo, normal si es mayor o igual a 18 y bajo si es menor de 18.

Para medir la funcionalidad familiar se utilizó el cuestionario APGAR familiar, validado también en castellano por Bellón y cols<sup>15</sup>, que consta de 5 ítems puntuados entre 0 y 2, lo que supone una puntuación total posible entre 0 y 10. También se creó una variable ordinal, cuyos rangos son: normofunción familiar con puntuación mayor o igual a 7; disfunción leve entre 4 y 6; disfunción grave por debajo de 4.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 19.0. Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnoff para probar la distribución normal de las variables. Las variables cuantitativas continuas se expresaron como media y desviación típica, las cuantitativas discretas como medianas, y las cualitativas como porcentajes. Para estudiar las diferencias de medias se empleó el test de la *t* de Student o el ANOVA, según procediera; y la correlación de Pearson para la asociación lineal entre variables continuas (correlación no paramétrica de Spearman para variables no normales). Para comparar las variables cualitativas se empleó la prueba Chi-Cuadrado.

## RESULTADOS

Del total de 59 mujeres magrebíes embarazadas que acudieron a la consulta maternal durante el año 2009, 45 fueron incluidas en nuestro estudio. La captación no pudo ser tan exhaustiva como se pretendía: antes de poder invitar a las pacientes a participar, 7 de ellas parieron, una tuvo un mortinato, 4 sufrieron un aborto y hubo una ausencia cuya causa no pudo identificarse. Una paciente se negó a participar después de ser captada. En ocasiones no fue posible completar la entrevista en una sola sesión y se dividió en 2 partes. 9 pacientes no acudieron a la segunda parte; no obstante se aprovechó la información recogida en la primera (sociodemografía y genograma).

Las características sociodemográficas se muestran en la tabla 1. Destaca una mayoría de pacientes sin trabajo remunerado y un alto porcentaje sin estudios. La mediana de años de residencia en España fue relativamente alta, y el tipo familiar predominante fue la familia nuclear íntegra, seguido por la nuclear ampliada. Del análisis de los genogramas se dedujo que un elevado porcentaje (90%) de las pacientes estudiadas y sus parejas provenían de familias numerosas: en 33 casos ambos cónyuges, y en 9 al menos uno de ellos.

Los cuestionarios SRRS, Duke-UNC-11 sólo

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	FRECUENCIA	PROPORCIÓN (%)	MEDIA ± DE	RANGO
EDAD			28,4 ± 6,4	18 - 46
NÚMERO DE HIJOS			1*	0 - 6
AÑOS EN ESPAÑA			3,4 ± 3,7	0 - 14
NÚMERO CONVIVIENTES			3*	1 - 8
NIVEL DE ESTUDIOS:				
Sin estudios	13	28,9		
Estudios primarios	17	37,8		
Estudios secundarios	11	24,4		
Estudios superiores	4	8,9		
TRABAJO REMUNERADO				
Si	33	73,3		
No	12	26,7		
TIPO FAMILIAR				
Extensa	1	2,2		
Nuclear íntegra	31	68,9		
Nuclear ampliada	12	26,7		
Monoparental	1	2,2		

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas (n=45). Las medidas de tendencia central de las variables edad y años en España se expresan como media y desviación estándar. \*Las de las variables número de hijos y número total de convivientes tienen distribución no normal y se expresan como mediana.

**ESCALA CUANTITATIVA**

	<b>N</b>	<b>RANGO</b>	<b>MEDIA ± D.E</b>
SRRS	36	40-516	179,6 ± 112,5
DUKE-UNC-11	36	18-53	33,2 ± 9,8
DUKE-UNC-11 AFECTIVO	36	7-25	15,9 ± 4,7
DUKE-UNC-11 CONFIDENCIAL	36	7-30	17,6 ± 6,3
APGAR FAMILIAR	35	3-10	8,1 ± 1,6

**Tabla 2.** Acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y función familiar.

**ESCALA CUANTITATIVA**

	<b>FRECUENCIA (PROPORCIÓN) %</b>
SRRS	
Certeza de enfermar	8 (22,2)
Riesgo de enfermar	10 (27,8)
Estrés aceptable	18 (50,0)
DUKE-UNC-11	
Apoyo social bajo	21 (58,3)
Apoyo social normal	15 (41,7)
DUKE-UNC-11 SUBESCALA AFECTIVA	
Apoyo afectivo bajo	16 (44,4)
Apoyo afectivo normal	20 (55,6)
DUKE-UNC-11 SUBESCALA CONFIDENCIAL	
Apoyo confidencial bajo	20 (55,6)
Apoyo confidencial normal	16 (44,4)
APGAR FAMILIAR	
Disfunción familiar grave	1 (2,8)
Disfunción familiar leve	10 (27,8)
Normofunción familiar	24 (66,7)
Perdidos	1 (2,2)

**Tabla 3.** Acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y función familiar: grados cualitativos.

	FAMILIA NUCLEAR ÍNTEGRA	FAMILIA NUCLEAR AMPLIADA	P*
SRRS <sup>(1)</sup>	171 (111)	208 (121)	0,391
DUKE-UNC-11 <sup>(1)</sup>	31 (10)	37 (7)	0,130
DUKE-UNC-11 SUBESCALA AFECTIVA <sup>(1)</sup>	15 (5)	19 (3)	0,012
DUKE-UNC-11 SUBESCALA CONFIDENCIAL <sup>(1)</sup>	17 (7)	19 (5)	0,390
APGAR FAMILIAR <sup>(1)</sup>	8 (2)	8 (2)	0,552

**Tabla 4.** SRRS en función del tipo familiar (familia nuclear íntegra y familia nuclear ampliada). <sup>(1)</sup> Valores expresados como media y desviación estándar. \* Prueba de la T para la diferencia de medias.

	FAMILIA NUCLEAR ÍNTEGRA	FAMILIA NUCLEAR AMPLIADA	P*
SRRS <sup>(1)</sup>			
Estrés aceptable	56	30	0,426
Riesgo de enfermar	28	30	
Certeza de enfermar	16	40	
DUKE-UNC-11 <sup>(1)</sup>			
Apoyo bajo	72	30	0,036
Apoyo normal	28	70	
DUKE-UNC-11 SUBESCALA AFECTIVA <sup>(1)</sup>			
Apoyo bajo	60	10	0,018
Apoyo normal	40	90	
DUKE-UNC-11 SUBESCALA CONFIDENCIAL <sup>(1)</sup>			
Apoyo bajo	64	40	0,229
Apoyo normal	36	60	
APGAR FAMILIAR <sup>(1)</sup>			
Disfunción grave	4	0	0,923
Disfunción moderada	29	30	
Normofunción	67	70	

**Tabla 5.** SRRS, DUKE-UNC-11 Y APGAR FAMILIAR (Grados Cualitativos), en Función del Tipo Familiar (Familia Nuclear Íntegra y Familia Nuclear Ampliada). <sup>(1)</sup> Valores expresados en forma de porcentaje. \* Prueba de chi cuadrado

podieron completarse adecuadamente en 36 pacientes, y el APGAR familiar en 35. Los resultados referidos a estresores, apoyo social y función familiar se muestran en las tablas 2 y 3, referidas, respectivamente, a las escalas cuantitativas y a su transformación en grados cualitativos. Predominaron el apoyo social bajo, tanto en conjunto como en su subescala afectiva, y la normofunción familiar.

Al estudiar las medias de las escalas en función de

la tipología familiar, encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el tipo familiar y la subescala afectiva del Duke-UNC-11 (tabla 4), de forma que el apoyo social afectivo fue mayor en los casos de familia nuclear ampliada respecto a los de familia nuclear íntegra. La tabla 5 refleja una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo social cualitativo, tanto global como afectivo, y tipo familiar, también a favor de la familia nuclear ampliada,

Por último, estudiamos la relación entre edad,

número de hijos, años de residencia en España y número de convivientes en el domicilio y las puntuaciones obtenidas en las escalas SRRS, Duke-UNC-11 y APGAR familiar. Según muestra la figura 1, cuantos más años de residencia en España, mayor puntuación en la escala APGAR familiar, y por tanto mayor apoyo familiar, así como también una mayor puntuación en la subescala afectiva del DUKE-UNC-11 a mayor número de convivientes en el domicilio, siendo ambas correlaciones estadísticamente significativas. Se observaron, además, asociaciones directas con significación marginal entre años en España y APGAR familiar y entre edad y subescala afectiva del DUKE-UNC-11.

## DISCUSIÓN

De nuestros resultados se deduce que entre las gestantes magrebíes asistidas en atención primaria en nuestro medio existe un elevado porcentaje de personas sin estudios y que predomina la familia nuclear sobre otros tipos. Estas pacientes están sometidas a un grado de estrés potencialmente patógeno y cuentan con un deficiente apoyo social. En cambio, sus familias son mayoritariamente normofuncionantes.

Existe abundante bibliografía sobre el papel de la familia en la enfermedad, como factor inductor o como modulador. Con el fin de ofrecer una atención eficiente y de calidad, se necesita conocer estos factores en la población inmigrante, entre ellos las relaciones familiares, y existen instrumentos de utilidad probada para su estudio. Latinos en Estados Unidos<sup>16</sup>, turcos en Alemania<sup>17</sup> e indopakistaníes en el Reino Unido se encuentran entre los colectivos más estudiados. En nuestro medio destaca especialmente, por número y características, la población magrebí, sobre la que existe tradición investigadora en Francia<sup>18</sup> o en el Benelux, siendo menor en España. Si bien otros estudios<sup>16</sup> consideran la familia como factor clave en el apoyo social y en la reducción del estrés durante la gestación, utilizan instrumentos desarrollados *ad hoc*, no estandarizados, sin información descriptiva sobre la estructura de las familias. Dos excelentes estudios nacionales<sup>19,20</sup> abordan, desde perspectivas similares, las condiciones de vida y salud de las marroquíes, pero tampoco incluyen estructura y función de la familia entre las variables de interés.

No es fácil interpretar los porcentajes elevados de mujeres sin estudios y bajos de trabajadoras remuneradas. Se apunta a una menor implicación de las mujeres en el proyecto migratorio y una inmigración básicamente por reagrupamiento familiar, desde una sociedad con marcados roles de género; aunque algunas publicaciones inducen a interpretar con cautela estos datos<sup>21</sup>.

Las pacientes del estudio presentan un cierto arraigo en nuestro país, con una estancia media superior a 3 años, cerca de los 5 años a partir de los cuales otros<sup>19</sup> consideran que el arraigo está consolidado e influye positivamente en la calidad de vida relacionada con la salud, entre cuyos componentes figuran el grado de estrés y la percepción de apoyo<sup>22</sup>, dimensiones que nosotros, con limitaciones, también nos hemos propuesto medir.

Algunos estudios muestran que la fecundidad de la población inmigrante es en general mayor que la de la población autóctona, con tendencia a igualarse según se prolonga la estancia en el país de acogida<sup>23</sup>, patrón que concuerda con nuestros genogramas, con reducción clara del tamaño familiar en comparación con la generación precedente. Así, el 90,3% de nuestras pacientes o sus parejas provenían de familias numerosas. Teniendo en cuenta su edad media, el tamaño de sus familias de origen, la fecundidad de las sociedades de procedencia y la evolución progresiva de éstas a un patrón demográfico propio de países desarrollados, hacen sospechar que la extensión final de las familias estudiadas se acercará más a la de las de nuestro país que a la de las del suyo de origen. También cabe destacar que un tercio de las mujeres formó parte de una familia extensa patrilineal durante la primera etapa de matrimonio, antes de trasladarse a España.

El predominio de la familia nuclear en nuestras pacientes obedece a las circunstancias de la emigración, pero concuerda con el tránsito progresivo, en los países de origen, de una familia extensa patrilineal, unidad de producción y de solidaridad intergeneracional, hacia el modelo de familia nuclear, debido a la progresiva salarización del trabajo y a la extensión de los sistemas de protección social. En la cohesión familiar, además, crece la importancia de las relaciones horizontales (entre hermanos), mientras que las verticales mantienen su importancia, pero sin cohabitación. Sea como sea, las inmigrantes se encontrarían a

menudo sin sus apoyos habituales en un momento difícil de su vida (gestación y crianza), con la consiguiente mayor vulnerabilidad.

Nuestros resultados muestran que la mayoría de mujeres estudiadas soporta un estrés potencialmente grave o grave, siendo también mayoritaria la percepción de apoyo social bajo. Sospechamos, pues, que las pacientes estudiadas están en la situación de vulnerabilidad ya apuntada al hablar de la estructura de sus familias. En contraste, la funcionalidad de éstas parece ser buena, con valores de normofunción familiar en dos tercios de los casos.

La principal dificultad del estudio fue la barrera idiomática entre los investigadores y la mayoría de mujeres estudiadas, pues no sólo se recogieron datos neutros sino también significados. Otra dificultad fue la falta de validación de los cuestionarios en árabe, siendo su aplicabilidad incierta. No obstante, contamos con dos traductoras marroquíes, tituladas superiores, una de ellas mediadora cultural y con muchos años de residencia en España. Con su participación, los problemas semánticos se consideran al menos parcialmente resueltos. Por otra parte, el tamaño muestral no permite extrapolar resultados al universo de estudio, pero se consideró suficiente para observar el comportamiento de las variables.

Pese a una aceptación inicial aparentemente buena (sólo una negación expresa), el acceso real a las pacientes fue, en conjunto, difícil. Probablemente influyeron factores culturales, ya sugeridos en otros estudios<sup>24</sup>, derivados de una concepción distinta sobre el papel del sistema sanitario en el control de la gestación, manifestados como ausencias a las visitas de control, dificultad para nuevas citas, interrupciones de seguimiento por estancias prolongadas en sus países de origen, etc. En cualquier caso, dado el tipo de muestreo previsto, creemos que estas pérdidas no invalidan los resultados. Algunos estudios muestran también la dificultad para el reclutamiento de inmigrantes y apuntan soluciones<sup>25</sup>.

Estos resultados deben ser observados con cautela y comprobados en futuros estudios, también con perspectiva de género, en los cuales convendría: reconsiderar las variables, añadiendo algunas ya apuntadas, como el origen rural o urbano de los individuos o la estructura de las familias de origen; calcular tamaños muestrales que permitiesen

analizar subgrupos y extrapolar los resultados; relacionar los datos sociodemográficos con otros sobre calidad de vida relacionada con la salud y, finalmente, usar cuestionarios culturalmente adaptados.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Fleitas L. Principios básicos de la teoría general de sistemas. En: Revilla de la L. Manual de Atención Familiar (I). Bases para la práctica familiar en la consulta. Granada: Adhara; 1999. p. 95-110.
- 2 Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria*. 2002;30:143-9.
- 3 Menéndez C, Montes A, Gamarra T, et al. In fluencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Aten Primaria*. 2003;31:506-13.
- 4 Jansa JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1995;15:320-27.
- 5 Syed HR, Dalgard OS, Dalen I, et al. Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnics Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health*. 2006;6:182.
- 6 Fassaert T, Hesselink AE, Verhoeff AP. Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health*. 2009;9:332.
- 7 Behrens K, Calliess IT. Migration biography and culture as determinants of diagnostic and therapeutic processes in mentally ill immigrants. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2008;58:162-8.
- 8 Bada JL, Bada RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *FMC*. 1996;3:277-8.
- 9 Valerio L, Solsona L, Lozano J, et al. Conocimientos de los médicos españoles de Atención Primaria sobre inmigración. *Aten Primaria*. 2007;39:677.
- 10 Revilla de la L, Ríos de los AM, Luna JD. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Aten Primaria*. 2007;39:305-11.
- 11 Revilla de la L, Prados MA. El ciclo vital familiar. En: Revilla de la L. Manual de Atención Familiar (I). Bases para la práctica familiar en la consulta. Granada: Adhara; 1999. p. 227-243.
- 12 Fernández MC, Buitrago F, Ciurana R, et al. Grupo de Expertos del PAPSS. Programa de prevención en salud mental en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2007;39(Supl 3):88-108.
- 13 Revilla de la L, Aybar R. Instrumentos para evaluar los acontecimientos vitales estresantes. En: Revilla de la L. Manual de Atención Familiar (I). Bases para la práctica familiar en la consulta. Granada: Adhara; 1999. p. 293-312.
- 14 Bellón JA, Delgado A, Luna JD, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social Duke-UNC-11. *Aten Primaria*. 1996;18:153-63.
- 15 Bellón JA, Delgado A, Luna JD, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Aten Primaria*. 1996;18:289-96.
- 16 Campos B, Dunkel Schetter C, Abdou CM, et al. Familialism, Social Support, and Stress: Positive Implications for Pregnant Latinas Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2008.14:155-162 oi:10.1037/1099-9809.14.2.155.
- 17 Maxwell AE, Krämer A. Assessing psychological stress among Arab migrant women in the City of Cologne/Germany using the Community Oriented Primary Care (COPC) approach. *J Immigr Minor Health*. 2008;10:337-44.
- 18 Berardi JC, Bensalma F, Alexandre B. Prevention of prematurity in a community. Study in a community of Maghrebian immigrants. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*.1988;17:851-9.

- 19 Rodríguez Alvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, et al. Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el país Vasco. *Gac Sanit.* 2009;23(Supl 1):29-37.
- 20 Saura RM, Suñol R, Vallejo P, et al. El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña. *Gac Sanit.* 2008;22:547-54.
- 21 Observatorio de la inmigración marroquí en España. Taller de Estudios Internacionales Mediterráneos. Atlas de la inmigración marroquí en España. Atlas 2004. Disponible en: [www.uam.es/otroscentros/TEIM/Observainmigra/Atlas\\_2004\\_inicio.htm](http://www.uam.es/otroscentros/TEIM/Observainmigra/Atlas_2004_inicio.htm)
- 22 García-Gomez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit.* 2009;23(Supl 1):38-46.
- 23 Luque Fernandez MA, Bueno-Cavanillas A. La fecundidad en España, 1996-2006: mujeres de nacionalidad extranjera frente a españolas. *Gac Sanit.* 2009;23(Supl 1):67-71.
- 24 De la Torre J, Coll C, Coloma M, et al. Control de gestación en inmigrantes. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29(Supl 1):49-61.
- 25 Pons-Vigues M, Puigpinós R, Rodríguez D, et al. Estrategias para reclutar mujeres inmigrantes para participar en una investigación cualitativa. *Gac Sanit.* 2009;23(Supl 1):90-92.