

Original

Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco

Elena Rodríguez Álvarez^{a,*}, Nerea Lanborena Elordui^a, Mohamed Errami^b, Alba Rodríguez Rodríguez^a, Celina Pereda Riguera^c, Gorka Vallejo de la Hoz^a y Gorka Moreno Marquez^d

^a Departamento de Enfermería I, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU, Bilbao, España

^b Université Abdel Malek Essâadi, Tetouan, Maroc

^c Médicos del Mundo/Munduko-Medikuak, Bilbao, España

^d Ikuspegi/Observatorio Vasco de Inmigración, Bilbao, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de mayo de 2009

Aceptado el 17 de julio de 2009

On-line el 29 de octubre de 2009

Palabras clave:

Inmigrantes marroquíes

Calidad de vida relacionada con la salud

Aniedad/depresión

Apoyo social

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre el lugar de nacimiento, el estatus migratorio y el papel modulador del apoyo social en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y en la presencia de síntomas de ansiedad/depresión.

Métodos: Estudio transversal de 3 muestras con un total de 2.776 personas: 1.239 marroquíes en Marruecos, 149 marroquíes en el País Vasco y 1.388 autóctonas. La calidad de vida y la presencia de síntomas de ansiedad/ depresión se evaluaron mediante los cuestionarios Short-Form-36 y Mental Health Inventory-5; el apoyo social se evaluó con la escala de Duke. El análisis multivariado se realizó utilizando regresión logística dicotómica (SPSS 16).

Resultados: Ser inmigrante, respecto a seguir viviendo en Marruecos, actuó como factor de protección en casi todas las dimensiones de CVRS; sin embargo, fue un factor de riesgo para la aparición de síntomas de ansiedad/depresión. Las diferencias en calidad de vida entre las de personas marroquíes del País Vasco y las autóctonas se suavizan al incluir en los modelos multivariados las variables de apoyo social. El bajo apoyo social y la insatisfacción con la vida social aumentaron el riesgo de bajas puntuaciones en CVRS y la presencia de síntomas de ansiedad/depresión en los marroquíes del País Vasco.

Conclusiones: Los marroquíes del País Vasco tienen algunos indicadores de salud mejores que los que viven en Marruecos, pero mayor frecuencia de síntomas de ansiedad/depresión. El apoyo social es un factor clave en la comprensión de las desigualdades sociales en salud entre los inmigrantes marroquíes. Las estrategias para mantener un óptimo estado de salud deben incluir políticas públicas de inclusión social.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain)

ABSTRACT

Keywords:

Moroccan immigrants

Health-related quality of life

Anxiety/depression

Social support

Objective: To analyze the effect of birth place, migrant status and the modulatory role of social support on health-related quality of life (HRQoL) and the presence of anxiety/depression symptoms.

Methods: We performed a cross-sectional study of three samples composed of 2,776 persons: 1,239 Moroccans in Morocco, 149 Moroccans in the Basque Country (Spain) and 1,388 autochthonous individuals. HRQoL and the presence of anxiety/depression symptoms were evaluated using the Short-Form-36 (SF-36) and the Mental Health Inventory-5 (MHI-5). Social support was evaluated with the Duke scale. Multivariate analyses were performed with dichotomic logistic regression (SPSS 16).

Results: Immigrant status, compared with living in Morocco, was a protective factor in practically all SF-36 dimensions but was also a risk factor for the development of anxiety/depression symptoms. Differences in HRQoL between Moroccans and the autochthonous population in the Basque Country were attenuated when variables of social support were included in the multivariate models. Low social support and dissatisfaction with social life increased the risk of low HRQoL scores and the presence of anxiety/depression symptoms among Moroccans in the Basque Country.

Conclusions: Some health indicators are more favorable in Moroccans in the Basque Country than in those living in Morocco, but the frequency of anxiety/depression is higher in Moroccan immigrants. The key factor to understanding social inequalities in health among Moroccan immigrants is social support. Strategies to maintain optimal health in these immigrant collectives should include public policies of social inclusion.

© 2009 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La inmigración marroquí ha supuesto desde los años sesenta el principal flujo migratorio hacia Europa. Aunque hasta hace pocos años los marroquíes estaban en Francia, Holanda, Bélgica y Alemania, en los últimos años en Italia y España representan

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elena.rodriguez@ehu.es (E. Rodríguez Álvarez).

una de las nacionalidades más importantes. En el País Vasco, Marruecos figura como la cuarta nacionalidad extranjera, y en Álava es la primera¹. Esta nueva situación sociodemográfica hace necesario el estudio de los factores que expliquen la salud de estas poblaciones y la identificación de las posibles desigualdades en salud, con el fin de conseguir la equidad y el acceso al conjunto del sistema sanitario.

En la última década, en países con una importante trayectoria de acogida a población inmigrante, como es el caso de Estados Unidos, Canadá, Holanda, Bélgica y Suecia, la fuente de información básica para conocer las necesidades y desigualdades en salud de las personas inmigrantes ha sido la encuesta poblacional de salud²⁻¹⁰. En España, la presencia de grupos étnicos diferentes al autóctono no ha comenzado a ser socialmente significativa hasta que la inmigración se ha asentado de forma estable; de ahí que en las encuestas de salud, tanto estatales como autonómicas, la población inmigrante tenga un peso muy pequeño y su heterogeneidad no suele estar bien representada, lo cual explica el escaso número de publicaciones generadas¹¹⁻¹³.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), presente en toda encuesta poblacional, es un predictor de la mortalidad y de la utilización de los servicios de salud reconocido internacionalmente como indicador de resultado o de necesidad en salud¹⁴⁻¹⁶. La información sobre los factores asociados a la CVRS, como es el apoyo social, es básica para valorar las necesidades de salud de las poblaciones y planificar las políticas públicas que permitan determinar las prioridades preventivas y asistenciales. En estas circunstancias, el objetivo del presente estudio es analizar la relación entre el lugar de nacimiento, el estatus migratorio y el papel modulador del apoyo social en la CVRS y en la presencia de síntomas de ansiedad/depresión en la población marroquí del País Vasco.

Métodos

Estudio transversal de 3 muestras formadas por un total de 2.776 personas: 1.239 marroquíes en Marruecos, 149 marroquíes en el País Vasco y 1.388 autóctonas. Los datos del grupo de marroquíes en el País Vasco proceden de la Encuesta de Salud de Inmigrantes del País Vasco¹⁷. Una descripción detallada de la metodología utilizada, incluidas las razones que motivaron la elección de un muestreo de conveniencia, ha sido publicada previamente^{12,13}. Los datos de las personas autóctonas proceden de la Encuesta de Salud del País Vasco del año 2002¹⁸, limitando la muestra a la franja de edad de 16 a 54 años. De los 5.236 individuos resultantes se realizó una selección aleatoria de 1.388, equivalente a la suma de las 2 muestras de marroquíes. Al no existir valores poblacionales del cuestionario Short-Form-36 (SF-36) en Marruecos, se realizó un muestreo de la población marroquí en 4 ciudades de la región norte de Marruecos, consideradas importantes focos emisores de emigración: Tánger, Tetuán, Alhucemas y Ksar El Kebir. Se optó por un muestreo por cuotas, siguiendo la distribución por edad de los inmigrantes marroquíes en el País Vasco, con sobremuestreo en el caso de las mujeres. El tamaño muestral final fue de 1.239 marroquíes.

Como instrumentos de medida se utilizaron el cuestionario SF-36, el Mental Health Inventory-5 (MHI-5) incluido en el SF-36, la escala de Duke y el ítem de satisfacción con la vida social. Los cuestionarios se aplicaron en las 3 poblaciones mediante entrevista personal, y se registraron también las variables de sexo, edad y nivel de estudios. El SF-36 se aplicó en versión árabe en las muestras marroquíes¹⁹; la escala de Duke y el ítem de satisfacción con la vida social sólo se aplicaron en las muestras de autóctonos y de marroquíes del País Vasco.

El SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el estudio de los resultados médicos. Evalúa 8 dimensiones de la salud percibida, 4 físicas y 4 mentales. Las físicas incluyen función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC) y salud general (SG); las mentales incluyen vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Se determinaron las variables componente físico resumen (CFR) y componente mental resumen (CMR) utilizando los pesos poblacionales de Estados Unidos²⁰.

La escala de Duke²¹ comprende dos dimensiones referidas al apoyo social confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). Como instrumento de cribado de síntomas depresivos y ansiosos se utilizó el MIH-5, que ha sido validado con una alta sensibilidad y especificidad como medida de salud mental de la población²².

Se planteó el análisis de los datos, considerando como variables respuesta las dimensiones y componentes resumen de CVRS y la aparición de síntomas de ansiedad/depresión. Como variables independientes se incluyeron el país de origen y el estatus migratorio, el apoyo social y la satisfacción con la vida social. Las variables de ajuste fueron el sexo, la edad y el nivel de estudios. El análisis estadístico se realizó con el SPSS 16.0. Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para explorar la relación de la calidad de vida con el estatus migratorio y el país de origen. La diferente varianza de las dimensiones de CVRS en las muestras de autóctonos y de marroquíes obligó a descartar como técnica multivariante la regresión lineal, dejando como única alternativa la prueba de regresión logística para la identificación de los posibles predictores de CVRS. La validez del modelo se evaluó con la prueba de Hosmer y Lemeshow. Las pruebas utilizadas se consideraron significativas con valores de $p < 0,05$.

La dicotomización de las diferentes dimensiones y componentes resumen de CVRS se realizó utilizando como punto de corte la media total en cada uno de los análisis, con valores ligeramente inferiores a los de la mediana. Quedaron diferenciadas así dos categorías: «<media» (objeto de análisis y etiquetada como puntuación baja) y «≥media» (referencia, etiquetada como puntuación normal o alta). En el Índice de Salud Mental, siguiendo el criterio estándar²³ se consideró que había síntomas de ansiedad o depresión (objeto de análisis) cuando la puntuación alcanzó un valor menor de 60 (en una escala de 0 a 100). En la escala de Duke se optó por el percentil 15 como punto de corte, criterio adoptado en la validación española de la escala²⁴. La categoría objeto de análisis fue el apoyo social bajo.

El efecto de la interacción del país de origen y el estatus migratorio se estudió en 2 modelos de análisis. En el primero (tabla 1) se utilizaron las 3 muestras y en el segundo (tabla 2) la de inmigrantes marroquíes y la de autóctonos. El efecto de la variable estatus migratorio se analizó utilizando las muestras de marroquíes en el País Vasco y en Marruecos (tabla 3). En la dicotomización de las dimensiones y componentes resumen de la CVRS se probaron diferentes puntos de corte, según la composición de la muestra total; éstos fueron más altos cuanto mayor fue el peso de la muestra de autóctonos, con mejor calidad de vida (análisis en la tabla 2), y más bajos cuanto mayor fue el peso de los marroquíes en Marruecos, con peores puntuaciones en calidad de vida (análisis en la tabla 3). Las categorías de referencia fueron los autóctonos (tablas 1 y 2) y los marroquíes en Marruecos (tabla 3). En el resto de las variables, las categorías de referencia fueron el sexo (varón = 1), la edad (16-24 años = 1), el nivel de estudios (diplomaturas/licenciaturas = 1) y la satisfacción con la vida social (satisfactoria o muy satisfactoria = 1).

Tabla 1

Efecto de la interacción del país de origen y el estatus migratorio (marroquíes en Marruecos y en País Vasco frente a autóctonos) en la calidad de vida, los síntomas de ansiedad/depresión, el apoyo social y la satisfacción con la vida social, en hombres y mujeres. Análisis de regresión logística multivariante^a

	Varones OR (IC95%)	Mujeres OR (IC95%)
Función física	0,185 ^b	0,316 ^b
Marroquíes en Marruecos	9,05 ^c (6,35–12,90)	16,61 ^c (10,74–25,68)
Marroquíes en País Vasco	3,91 ^c (2,22–6,87)	41,29 ^c (8,65–197,26)
Autóctonos	1	1
Rol físico	0,085 ^b	0,972 ^b
Marroquíes en Marruecos	8,57 ^c (6,32–11,61)	1 7,19 ^c (11,66–25,34)
Marroquíes en País Vasco	10,21 ^c (6,26–16,65)	6,90 ^c (2,37–20,09)
Autóctonos	1	1
Dolor corporal	0,434 ^b	0,116 ^b
Marroquíes en Marruecos	2,12 ^c (1,66–2,70)	3,05 ^c (2,24–4,16)
Marroquíes en País Vasco	0,49 ^d (0,28–0,85)	0,55 (0,16–1,86)
Autóctonos	1	1
Salud General	0,997 ^b	0,160 ^b
Marroquíes en Marruecos	3,79 ^c (2,95–4,87)	3,78 ^c (2,98–7,07)
Marroquíes en País Vasco	8,13 ^c (4,93–13,41)	6,24 ^c (1,97–19,76)
Autóctonos	1	1
Vitalidad	0,413 ^b	0,465 ^b
Marroquíes en Marruecos	1,58 ^c (1,25–2,00)	2,83 ^c (2,08–3,85)
Marroquíes en País Vasco	0,29 ^c (0,17–0,49)	0,31 (0,08–1,15)
Autóctonos	1	1
Función social	0,960 ^b	0,230 ^b
Marroquíes en Marruecos	5,85 ^c (4,40–7,77)	7,45 ^c (5,31–10,47)
Marroquíes en País Vasco	3,41 ^c (2,13–5,47)	5,89 ^c (1,91–18,18)
Autóctonos	1	1
Rol Emocional	0,711 ^b	0,672 ^b
Marroquíes en Marruecos	11,84 ^c (8,69–16,11)	14,49 ^c (9,95–21,10)
Marroquíes en País Vasco	5,13 ^c (3,27–8,07)	4,93 ^d (1,69–14,35)
Autóctonos	1	1
Salud mental	0,146 ^b	0,758 ^b
Marroquíes en Marruecos	3,27 ^c (2,55–4,19)	3,75 ^c (2,74–5,13)
Marroquíes en País Vasco	1,40 (0,89–2,20)	2,84 (0,97–8,30)
Autóctonos	1	1
Componente físico resumen	0,809 ^b	0,128 ^b
Marroquíes en Marruecos	3,95 ^c (3,02–5,18)	8,38 ^c (5,83–12,04)
Marroquíes en País Vasco	3,24 ^c (2,02–5,22)	10,46 ^c (2,74–39,86)
Autóctonos	1	1
Componente mental resumen	0,253 ^b	0,814 ^b
Marroquíes en Marruecos	5,22 ^c (4,01–6,79)	6,50 ^c (4,67–9,05)
Marroquíes en País Vasco	2,23 ^c (1,38–3,62)	2,15 (0,69–6,69)
Autóctonos	1	1
Síntomas de ansiedad/ depresión	0,499 ^b	0,146 ^b
Marroquíes en Marruecos	2,56 ^c (1,71–3,85)	4,19 ^c (2,38–7,39)
Marroquíes en País Vasco	6,55 ^c (3,69–11,63)	14,37 ^c (4,36–47,32)
Autóctonos	1	1
Bajo apoyo afectivo	0,856 ^b	0,308 ^b
Marroquíes en País Vasco	23,45 ^c (11,38–48,31)	28,91 ^c (7,23–108,15)
Autóctonos	1	1
Bajo apoyo confidencial	0,055 ^b	0,910 ^b
Marroquíes en País Vasco	16,29 ^c (8,53–31,08)	14,621 ^c (4,10–52,14)
Autóctonos	1	1
Insatisfacción con vida social	0,775 ^b	0,801 ^b
Marroquíes en País Vasco	12,67 ^c (6,54–24,53)	14,14 ^c (2,90–35,46)
Autóctonos	1	1

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*.

^a Ajustando por edad y nivel de estudios.

^b Prueba de Hosmer Lemeshow.

^c $p < 0,01$.

^d $p < 0,05$.

Resultados

La **tabla 4** presenta la distribución, según el grupo poblacional, de los factores potencialmente predictores de las dimensiones del SF-36: sexo, edad, nivel de estudios, apoyo afectivo y confidencial, satisfacción con la vida social, y los porcentajes de la variable respuesta ansiedad/depresión. Entre los grupos poblacionales incluidos en el estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$ en todos los casos). Los valores de las dimensiones del SF-36 y del apoyo social, según el grupo poblacional y el sexo, se recogen en la **tabla 5**. Para todas las variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$ en todos los casos). Las puntuaciones de las dimensiones fueron más altas en los autóctonos excepto para dolor corporal y vitalidad, en las cuales los marroquíes del País Vasco alcanzaron las puntuaciones más altas. En todos los grupos poblacionales las mujeres referían peor calidad de vida que los hombres. Las puntuaciones usadas para los puntos de corte en las dimensiones del SF-36 en cada análisis están disponibles solicitándolas a los autores.

El análisis de regresión logística multivariante de la **tabla 3** refleja la asociación entre el país de origen y el estatus migratorio (marroquíes en Marruecos y en País Vasco frente a autóctonos) con la calidad de vida, los síntomas de ansiedad/depresión, el apoyo social y la satisfacción con la vida social, en hombres y mujeres, una vez controlado el posible efecto de las variables edad y nivel de estudios. Como predictores de baja puntuación de CVRS en los hombres aparece el ser marroquí, en todas las dimensiones, excepto para el dolor corporal y vitalidad (odds ratio [OR]: 0,49; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,28–0,85 y OR: 0,29; IC95%: 0,17–0,49, respectivamente), en la cual ser varón marroquí en el País Vasco actuó como factor de protección. En la muestra de marroquíes en Marruecos, estas dos dimensiones son las únicas que no registraron asociación estadísticamente significativa en los hombres, y las mujeres mostraron las OR más bajas. En general, los marroquíes en Marruecos tienen el mayor riesgo de bajas puntuaciones, excepto para salud general, en la cual las OR de los hombres marroquíes del País Vasco duplican las obtenidas por los de Marruecos (OR: 8,13; IC95%: 4,93–13,41 y OR: 3,79; IC95%: 2,95–4,87, respectivamente). Ser mujer marroquí, en comparación con las autóctonas, supuso un factor de riesgo en todas las dimensiones, especialmente en las mujeres de Marruecos. El riesgo de aparición de síntomas de ansiedad/depresión fue mayor en los marroquíes en comparación con autóctonos, y las OR asociadas fueron más altas en los hombres y las mujeres marroquíes del País Vasco. La probabilidad de tener bajo apoyo afectivo y confidencial, e insatisfacción con la vida social, aumentó 24, 16 y 13 veces, respectivamente, en los hombres marroquíes del País Vasco. La tendencia fue similar en las mujeres, aunque con menores OR en apoyo confidencial y satisfacción con la vida social.

El primer modelo de la **tabla 2** recoge los factores asociados a bajas puntuaciones en cada una de las dimensiones de CVRS en los marroquíes del País Vasco en comparación con los autóctonos, introduciendo como covariables el sexo, la edad y el nivel de estudios. Ser marroquí en el País Vasco aparece como factor de riesgo en todas las dimensiones, excepto en las de dolor corporal y vitalidad, en las cuales tomó un papel protector. En los modelos siguientes, tras controlar el efecto de las variables de apoyo social y de satisfacción con la vida social, se observó que las OR de los marroquíes en el País Vasco disminuyeron notablemente. Se produjeron reducciones mayores en las dimensiones mentales o emocionales, llegando incluso a perder la significación de colectivo como factor de riesgo en salud mental y en componente mental resumen. Por otra parte, el bajo apoyo afectivo y confidencial, y la insatisfacción con la vida social, independientemente del resto de las variables, aumentaron entre 2 y 5 veces la

Tabla 2
Efecto de la interacción del país de origen y el estatus migratorio (marroquíes en el País Vasco frente a autóctonos), el apoyo social y la satisfacción con la vida social, en la calidad de vida y los síntomas de ansiedad/depresión. Análisis de regresión logística multivariante^a

	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2 ^b OR (IC95%)	Modelo 3 ^c OR (IC95%)	Modelo 4 ^d OR (IC95%)
Función física				
Colectivo	0,181 ^e	0,121 ^e	0,114 ^e	0,205 ^e
Marroquíes en País Vasco	4,17 ^f (2,64–6,58)	2,21 ^f (1,23–3,89)	2,97 ^f (1,80–5,71)	2,76 ^f (1,69–4,50)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		2,24 ^f (1,49–3,37)	1,82 ^f (1,20–2,76)	2,96 ^f (1,99–4,42)
Normal/satisfactoria		1	1	1
Rol físico	0,969 ^e	0,979 ^e	0,990 ^e	0,378 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	8,43 ^f (5,33–13,34)	4,64 ^f (2,64–8,16)	4,82 ^f (2,90–8,04)	6,11 ^f (3,77–9,91)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		3,06 ^f (2,03–4,61)	3,47 ^f (2,30–5,25)	2,93 ^f (1,93–4,44)
Normal/satisfactoria		1	1	1
Dolor Corporal	0,725 ^e	0,441 ^e	0,469 ^e	0,503 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	0,46 ^f (0,28–0,78)	0,28 ^f (0,15–0,52)	0,30 ^f (0,16–0,54)	0,28 ^f (0,15–0,52)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		2,06 ^f (1,38–3,08)	2,36 ^f (1,55–3,60)	3,84 ^f (2,49–5,91)
Normal/satisfactoria		1	1	1
Salud general	0,084 ^e	0,089 ^e	0,120 ^e	0,375 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	4,83 ^f (2,96–7,87)	2,25 ^f (1,22–4,16)	3,45 ^f (2,04–5,85)	3,65 ^f (2,19–6,10)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		4,73 ^g (3,02–7,41)	2,17 ^g (1,42–3,29)	3,04 ^f (1,95–4,75)
Normal/satisfactoria		1	1	1
Vitalidad	0,576 ^e	0,746 ^e	0,329 ^e	0,608 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	0,25 ^f (0,15–0,42)	0,07 ^f (0,04–0,15)	0,12 ^f (0,06–0,22)	0,12 ^f (0,06–0,22)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		4,57 ^f (2,81–7,43)	3,07 ^f (1,94–4,84)	4,64 ^f (2,89–7,52)
Normal/satisfactoria		1	1	1
Función social	0,814 ^e	0,190 ^e	0,228 ^e	0,312 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	4,22 ^f (2,75–6,48)	1,99 ^g (1,17–3,38)	2,60 ^f (1,61–4,19)	3,12 ^f (1,97–4,93)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		3,56 (2,42–5,23)	3,40 ^f (2,29–5,05)	3,84 ^f (2,56–5,77)
Normal/satisfactoria		1	1	1
Rol emocional	0,483 ^e	0,200 ^e	0,240 ^e	0,332 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	4,46 ^f (2,78–7,18)	2,32 ^f (1,29–4,20)	2,52 ^f (1,45–4,37)	2,78 ^f (1,66–4,66)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		3,89 ^g (2,54–5,98)	3,82 ^f (2,48–5,88)	5,25 ^f (3,48–7,92)
Normal/satisfactoria		1	1	1
Salud mental	0,665 ^e	0,638 ^e	0,350 ^e	0,698 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	1,51 ^g (1,00–2,30)	0,48 ^g (0,27–0,86)	1,07 (0,69–1,67)	0,85 (0,53–1,36)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		5,27 (3,39–8,19)	3,30 ^f (2,21–4,91)	6,20 ^f (3,91–9,83)
Normal/satisfactoria		1	1	1
Componente físico resumen	0,848 ^e	0,657 ^e	0,907 ^e	0,836 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	2,39 ^f (1,55–3,69)	1,50 (0,88–2,58)	1,92 ^f (1,17–3,13)	1,93 ^f (1,22–3,05)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		2,00 ^e (1,35–2,94)	1,53 ^g (1,03–2,28)	2,01 ^g (1,35–2,98)
Normal/satisfactoria		1	1	1

Tabla 2 (continuación)

	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2 ^b OR (IC95%)	Modelo 3 ^c OR (IC95%)	Modelo 4 ^d OR (IC95%)
Componente mental resumen	0,328 ^e	0,877 ^e	0,700 ^e	0,129 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	1,82 ^f (1,19–2,81)	0,83 (0,47–1,46)	0,96 (0,57–1,60)	1,14 (0,71–1,84)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		4,24 ^f (2,80–6,42)	4,10 ^f (2,70–6,22)	5,11 ^f (3,30–7,90)
Normal/satisfactoria		1	1	1
Síntomas de ansiedad/depresión	0,195 ^e	0,876 ^e	0,238 ^e	0,767 ^e
Colectivo				
Marroquíes en País Vasco	7,16 ^f (4,11–12,47)	4,77 ^f (2,37–9,58)	6,68 ^f (3,58–12,45)	5,56 ^f (3,09–10,00)
Autóctonos	1	1	1	1
Apoyo/vida social				
Bajo/insatisfactoria		2,40 ^f (1,37–4,19)	1,15 (0,64–2,08)	2,53 ^f (1,51–4,24)
Normal/satisfactoria		1	1	1

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

^a Todos los modelos están ajustados por sexo, edad y nivel de estudios.

^b Apoyo afectivo.

^c Apoyo confidencial.

^d Satisfacción con la vida social.

^e Prueba de Hosmer y Lemeshow.

^f $p < 0,01$.

^g $p < 0,05$.

probabilidad de una baja puntuación en prácticamente todas las dimensiones de CVRS. El bajo apoyo social afectivo y la insatisfacción con la vida social aumentaron 2 veces la probabilidad de la presencia de síntomas de ansiedad o depresión. Además, el control de estas variables se tradujo en una reducción (del 33% y el 22%, respectivamente) del riesgo de presentar síntomas ansioso/depresivos por parte de los marroquíes del País Vasco.

La tabla 3 recoge los factores asociados a puntuaciones bajas en cada una de las escalas de CVRS en los marroquíes del País Vasco, en comparación con los de Marruecos. El estatus migratorio influye de manera diferente en las dimensiones del SF-36. Ser marroquí en el País Vasco supuso mejores puntuaciones para las dimensiones de dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y componente mental resumen, y actuó como factor de riesgo para la dimensión de salud general (OR: 1,64; IC95%: 1,09–2,49) y la aparición de síntomas de ansiedad o depresión (OR: 3,51; IC95%: 1,80–6,86).

Discusión

Los perfiles de salud asociados al lugar de nacimiento (País Vasco y Marruecos) muestran un patrón de buena salud en todos los casos, aunque con puntuaciones medias inferiores para los nacidos en Marruecos. Las mejores puntuaciones en dolor corporal y vitalidad de los marroquíes en el País Vasco, y los resultados encontrados en los marroquíes en Marruecos, plantean la posibilidad de un componente cultural en la forma de entender los ítems en que se sustentan estas variables; tendencia ya encontrada por otros autores²⁵.

Este trabajo ha permitido disponer de datos sobre la CVRS en una muestra de marroquíes que no han emigrado, y con ello poder comparar los perfiles de salud según el estatus migratorio. El mejor perfil de salud de los marroquíes del País Vasco, en su mayoría con un tiempo de estancia menor de 5 años¹², corrobora la hipótesis del inmigrante sano, que implica que el inmigrante recién llegado presenta un buen estado de salud, y que este efecto se diluye con el tiempo de permanencia hasta el resultado final de

un empeoramiento relativo de las condiciones clínicas²⁶. Además, el mejor perfil de salud de los inmigrantes marroquíes en el País Vasco puede estar influido por el modelo de sistema de salud español, que ofrece cobertura sanitaria a la población extranjera incluso en situación documental irregular. Esta universalización de los servicios sanitarios puede estar teniendo un efecto amortiguador en el deterioro de las dimensiones físicas encontradas en otros estudios^{5–7,27}. No obstante, es conveniente matizar que la universalización de la atención sanitaria no garantiza la equidad en salud ni en la accesibilidad a los servicios sanitarios, ya que dicha universalización no significa que exista una utilización uniforme de los servicios por parte de los distintos grupos de la población, como ya se ha descrito en estudios previos^{3,7,11,12}.

Entre los nacidos en Marruecos se encontraron como factores asociados a una menor CVRS el hecho de ser mujer, la mayor edad y el menor nivel de estudios, en concordancia con lo hallado en otros estudios, en los cuales las personas más jóvenes y con un mayor nivel educativo tienen mejor capacidad de adaptación y utilizan estrategias más apropiadas de afrontamiento, incluyendo un uso más eficiente de los servicios sanitarios y psicosociales, y de los recursos económicos^{2,5}. Es importante destacar la asociación que presenta ser mujer con todas las dimensiones de CVRS, lo que configura un perfil comparativamente más frágil y vulnerable en las mujeres marroquíes que en los hombres. La literatura ofrece resultados comparables, independientemente de la población estudiada, sobre la menor calidad de vida en las mujeres. Los proyectos migratorios y los roles de género permiten explicar el peor perfil de salud de la mujer marroquí, que habitualmente accede a un mercado laboral limitado, precario y con escasas posibilidades de mejora, que incluye las tareas menos valoradas socialmente y con menor protección social, como son el servicio doméstico y el cuidado de las personas dependientes^{28,29}.

En este estudio se han evidenciado las mayores desigualdades según el lugar de nacimiento (Marruecos frente a País Vasco) en las variables de apoyo social, tanto afectivo como confidencial, y de satisfacción con la vida social. Las peores puntuaciones en las dimensiones físicas y emocionales de la CVRS y el mayor riesgo de síntomas de ansiedad/depresión de los marroquíes en el País Vasco quedan parcialmente explicadas por el efecto del bajo apoyo social

Tabla 3
Efecto del estatus migratorio en la calidad de vida y los síntomas de ansiedad/depresión en población marroquí. Análisis de regresión logística multivariante

	FF OR (IC95%)	RF OR (IC95%)	DC OR (IC95%)	SG OR (IC95%)	VT OR (IC95%)	FS OR (IC95%)	RE OR (IC95%)	SM OR (IC95%)
Colectivo								
Marroquíes en País Vasco	0,62 (0,39-1,00)	0,76 (0,50-1,15)	0,18 ^a (0,11-0,31)	1,64 ^b (1,09-2,49)	0,15 ^a (0,08-0,26)	0,38 ^a (0,24-0,63)	0,58 ^b (0,38-0,90)	0,48 ^a (0,31-0,73)
Marroquíes en Marruecos	1	1	1	1	1	1	1	1
Sexo								
Varón	1	1	1	1	1	1	1	1
Mujer	3,41 ^a (2,65-4,39)	1,92 ^a (1,51-2,43)	2,38 ^a (1,86-3,04)	1,69 ^a (1,33-2,15)	2,28 ^a (1,79-2,91)	1,96 ^b (1,54-2,50)	1,33 ^b (1,05-1,68)	1,70 ^a (1,35-2,16)
Edad								
16-24 años	1	1	1	1	1	1	1	1
25-34 años	1,71 ^a (1,30-2,26)	1,33 ^b (1,03-1,72)	1,23 (0,95-1,60)	1,42 ^a (1,10-1,83)	0,95 (0,73-1,24)	1,39 ^b (1,07-1,81)	1,14 (0,88-1,46)	0,89 (0,69-1,15)
35-54 años	5,11 ^a (3,27-8,00)	1,56 ^b (1,02-2,38)	1,30 (0,84-2,02)	2,40 ^a (1,55-3,72)	1,55 (1,00-2,41)	1,35 (1,87-2,08)	1,20 (0,78-1,83)	1,32 (0,87-2,01)
Estudios								
No lee ni escribe/sin estudios	1,64 (0,93-2,89)	0,97 (0,56-1,67)	2,07 ^b (1,15-3,72)	1,19 (0,69-2,05)	2,86 ^a (1,57-5,20)	1,98 ^a (1,15-3,42)	0,85 (0,49-1,48)	1,80 ^b (1,05-3,10)
Estudios primarios	1,70 ^b (1,05-2,75)	1,90 ^a (1,23-2,94)	1,16 (0,73-1,83)	1,75 ^a (1,13-2,72)	1,15 (0,72-1,82)	1,32 (0,84-2,08)	1,22 (0,79-1,90)	1,27 (0,82-1,97)
Primero de ESO/graduado escolar	1,99 ^a (1,39-2,84)	1,67 ^a (1,20-2,32)	0,63 ^a (0,45-0,87)	0,90 (0,65-1,24)	1,39 (1,00-1,94)	0,82 (0,58-1,16)	1,39 (1,00-1,94)	1,63 ^a (1,18-2,27)
ESO completa/BUP/FP	1,71 ^a (1,22-2,39)	1,59 ^a (1,17-2,18)	0,96 (0,71-1,31)	1,14 (0,84-1,54)	0,90 (0,65-1,23)	1,17 (0,86-1,61)	1,39 (1,00-1,90)	1,09 (0,80-1,48)
Diplomado/licenciado	1	1	1	1	1	1	1	1
Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,573	0,559	0,061	0,252	0,665	0,417	0,095	0,926
		CFR OR (IC95%)		CMR OR (IC95%)		Síntomas de ansiedad/depresión OR (IC95%)		
Colectivo								
Marroquíes en País Vasco		0,71 (0,45-1,11)		0,40 ^a (0,25-0,64)		2,70 ^a (1,71-4,27)		
Marroquíes en Marruecos		1		1		1		
Sexo								
Varón		1		1		1		
Mujer		2,48 ^a (1,94-3,17)		1,68 ^a (1,33-2,14)		1,04 (0,76-1,42)		
Edad								
16-24 años		1		1		1		
25-34 años		1,86 ^a (1,43-2,43)		1,09 (0,84-1,41)		1,73 (0,52-1,02)		
35-54 años		3,09 ^a (1,99-4,81)		1,24 (0,81-1,90)		0,91 (0,52-1,59)		
Estudios								
No lee ni escribe/sin estudios		1,64 (0,94-2,85)		1,26 (0,73-2,17)		1,03 (0,46-2,34)		
Estudios primarios		1,59 ^b (1,00-2,50)		1,03 (0,66-1,61)		1,77 (1,00-3,13)		
Primero de ESO/graduado escolar		1,30 (0,93-1,83)		1,37 (0,98-1,90)		2,26 ^a (1,43-3,56)		
ESO completa/BUP/FP		1,71 ^a (1,25-2,36)		1,04 (0,76-1,41)		1,76 ^b (1,13-2,74)		
Diplomado/licenciado		1		1		1		
Prueba de Hosmer y Lemeshow		0,442		0,887		0,298		

BUP: Bachillerato Unificado Polivalente; CFR: componente físico resumen; CMR: componente mental resumen; DC: dolor corporal; ESO: Educación Secundaria Obligatoria; FF: función física; FP: Formación Profesional; FS: función social; OR: *odds ratio*; RE: limitaciones de rol por problemas emocionales; RF: limitaciones de rol por problemas físicos; SG: salud general; SM: salud mental; VT: vitalidad.

^a $p < 0,01$.

^b $p < 0,05$.

percibido y la insatisfacción con la vida social, circunstancias en que habitualmente se encuentran las personas inmigrantes^{30,31}. El efecto que tiene el bajo apoyo social en la salud no es un fenómeno desconocido, y se asocia a un mayor riesgo de depresión y ansiedad, estrés crónico y enfermedades físicas relacionadas con el estrés²⁷. El apoyo social condiciona, además, la asociación entre el nivel económico y la aparición de problemas emocionales³², en especial en las poblaciones inmigrantes³¹. En los trabajos de Leveque et al^{8,10} y de De Wit et al⁴ se vio que la sintomatología ansiosa quedaba totalmente explicada por la precariedad económica, mientras que el riesgo de síntomas depresivos permanecía tras ajustar por el nivel de

renta y se asociaba más con la falta de apoyo social. Estrechamente relacionadas con la falta de apoyo social, las actitudes discriminatorias percibidas en el país de acogida ejercen también un efecto evidente sobre la calidad de vida³³. En este sentido, es importante destacar la desconfianza que generan los inmigrantes marroquíes en los países de destino³⁴⁻³⁶, lo cual, sumado a las dificultades lingüísticas y culturales²⁸, confiere a este colectivo una mayor vulnerabilidad social, laboral y de acceso a los servicios de salud.

Los resultados nos permiten concluir que el apoyo social es una dimensión clave para la comprensión de las desigualdades sociales en salud entre los inmigrantes marroquíes. Consideramos,

Tabla 4
Distribución (%) de las características sociodemográficas, apoyo emocional y ansiedad/depresión, según el grupo poblacional

	Marroquíes en Marruecos (n=1.239)	Marroquíes en el País Vasco (n=149)	Autóctonos (n=1.388)
Sexo^a			
Varón	65,6	89,3	49,9
Mujer	34,4	10,7	50,1
Edad^a			
16-24 años	55,6	59,7	22,2
25-34 años	35,0	30,0	23,5
35-54 años	9,4	10,1	54,3
Estudios^a			
No sabe leer ni escribir/sin estudios	5,3	7,2	0,8
Estudios primarios	6,8	52,9	16,5
ESO 1º/ graduado escolar	26,5	13,8	21,7
ESO completa/BUP/FP	34,6	16,7	29,4
Técnico/diplomado/licenciado	26,9	9,4	31,7
Apoyo confidencial^a			
Bajo		61,5	5,9
Normal		38,5	94,1
Apoyo afectivo^a			
Bajo		76,0	7,3
Normal		24,0	92,7
Vida social^a			
Insatisfactoria o muy insatisfactoria		34,0	6,1
Satisfactoria o muy satisfactoria		66,0	93,9
Síntomas de ansiedad/depresión^a			
Sí	16,4	36,8	5,7
No	83,6	63,2	94,3

BUP: Bachillerato Unificado Polivalente; ESO: Educación Secundaria Obligatoria; FP: Formación Profesional.

^a Prueba de χ^2 , $p < 0,01$.

Tabla 5
Puntuaciones del cuestionario Short-Form-36 (SF-36) según el grupo poblacional y el sexo

Variables del SF-36	Varones		Mujeres		Total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Función física^a						
Marroquíes en Marruecos	86,37	16,62	79,09	17,62	83,87	17,25
Marroquíes en País Vasco	86,85	22,66	57,50	26,14	83,72	25,53
Autóctonos	94,67	12,25	93,23	12,89	93,95	12,59
Rol físico^a						
Marroquíes en Marruecos	67,08	37,20	53,65	37,62	62,48	37,87
Marroquíes en País Vasco	71,15	30,89	70,31	35,61	71,06	31,31
Autóctonos	91,56	24,06	90,24	25,71	90,90	24,90
Dolor corporal^a						
Marroquíes en Marruecos	76,77	24,45	66,57	24,66	73,26	25,00
Marroquíes en País Vasco	91,88	16,23	85,43	21,38	91,21	16,86
Autóctonos	83,05	22,79	80,02	23,34	81,53	23,11
Salud general^a						
Marroquíes en Marruecos	58,67	16,04	55,11	16,27	57,46	16,20
Marroquíes en País Vasco	58,78	13,26	58,19	14,75	58,71	13,38
Autóctonos	70,65	17,67	69,44	17,50	70,05	17,59
Vitalidad^a						
Marroquíes en Marruecos	63,88	19,39	54,85	19,66	60,77	19,95
Marroquíes en País Vasco	77,16	14,89	73,13	12,89	76,72	14,70
Autóctonos	69,55	17,71	65,95	18,97	67,75	18,43
Función social^a						
Marroquíes en Marruecos	76,09	23,67	68,85	23,02	73,61	23,67
Marroquíes en País Vasco	82,48	20,54	75,00	18,25	81,67	20,38
Autóctonos	91,96	16,78	89,48	18,42	90,72	17,66
Rol emocional^a						
Marroquíes en Marruecos	61,04	38,45	53,36	37,79	58,41	38,38
Marroquíes en País Vasco	73,01	37,92	72,92	32,70	73,02	37,28
Autóctonos	93,65	21,31	89,59	27,00	91,62	24,40

Tabla 5 (continuación)

Variables del SF-36	Varones		Mujeres		Total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Salud mental ^a						
Marroquíes en Marruecos	64,05	18,59	59,39	17,10	62,44	18,22
Marroquíes en País Vasco	70,27	16,21	65,75	11,12	69,78	15,77
Autóctonos	76,10	17,07	72,47	18,16	74,28	17,71
Componente físico resumen ^a						
Marroquíes en Marruecos	49,98	8,29	46,40	8,07	48,76	8,38
Marroquíes en País Vasco	52,10	5,82	46,24	4,84	51,48	5,99
Autóctonos	52,98	6,63	52,69	6,99	52,83	6,81
Componente mental resumen ^a						
Marroquíes en Marruecos	44,22	9,98	41,74	9,13	43,38	9,77
Marroquíes en País Vasco	48,44	9,03	48,50	8,24	48,45	8,91
Autóctonos	52,25	8,13	50,37	9,36	51,31	8,82
Apoyo afectivo ^a						
Marroquíes en Marruecos						
Marroquíes en País Vasco	56,88	17,33	64,00	22,08	57,62	17,93
Autóctonos	90,29	14,63	90,57	15,21	90,43	14,92
Apoyo confidencial ^a						
Marroquíes en Marruecos						
Marroquíes en País Vasco	53,53	16,18	64,53	18,57	54,69	16,72
Autóctonos	86,92	16,79	88,84	15,44	87,88	16,15

DT: desviación típica.

^a Prueba de Kruskal Wallis: muestra de varones, mujeres y general; $p < 0,01$.

por tanto, que entre las estrategias dirigidas a alcanzar o mantener un óptimo estado de salud hay que incidir en el desarrollo de políticas públicas de inclusión social.

Este estudio tiene una serie de limitaciones que obligan a interpretar los resultados con precaución. La falta de validación de la escala de Duke en las poblaciones marroquíes ha podido originar un sesgo de medición en los resultados de apoyo social de la muestra de marroquíes del País Vasco. No se puede descartar un sesgo en la selección de la muestra, puesto que los sujetos de las 3 poblaciones fueron incluidos en el estudio en diferentes momentos y con una metodología de muestreo distinta. Además, el reducido tamaño de la muestra de inmigrantes marroquíes, especialmente de mujeres, así como la dicotomización utilizada en las dimensiones de calidad de vida, utilizando puntos de corte basados en los propios datos del estudio, suponen una importante limitación en la extrapolación de las conclusiones. Tampoco puede establecerse la dirección de la relación causal entre las variables por tratarse de un estudio de corte transversal. Pese a estas limitaciones, el trabajo ha permitido analizar la interacción del país de origen y el estatus migratorio al utilizar una muestra de marroquíes que no han emigrado.

Financiación

Este estudio ha sido financiado con los proyectos UE03/B05 de la UPV/EHU y A/3020/05 de la AECl.

Los autores agradecen al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco la aportación de los datos de la Encuesta de Salud del año 2002 para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Población extranjera en la CAPV 2008. Boletín Iksuspegi. Panorámica de la inmigración, agosto de 2008 n.º 23. Disponible en: http://www.iksuspegi.org/documentos/documentos_internos/panoramica23cas.pdf.
2. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Commun Health.* 1998;52:298-304.
3. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Commun Health.* 2001;55:701-7.
4. De Wit MA, Tuinebreijer WC, Dekker J, et al. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43:905-12.
5. Leão TS, Sundquist J, Johansson SE, et al. The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study. *Ethn Health.* 2009;14:93-105.
6. Agyemang C, Denktas S, Bruijnzeels M, et al. Validity of the single-item question on self-rated health status in first generation Turkish and Moroccans versus native Dutch in the Netherlands. *Public Health.* 2006;120:543-50.
7. Lamkaddem M, Spreuwenderg PM, Devillé MF, et al. Changes in health and primary health care use of Moroccan and Turkish migrants between 2001 and 2005: a longitudinal study. *BMC Public Health.* 2008;8:40-8.
8. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord.* 2007;97:229-39.
9. Mohseni M, Lindström M. Ethnic differences in anticipated discrimination, generalised trust in other people and self-rated health: a population-based study in Sweden. *Ethn Health.* 2008;13:417-34.
10. Levecque K, Lodewyckx I, Bracke P. Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. A general population study. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2009;44:188-97.
11. Carrasco-Garrido P, De Miguel A, Hernández V, et al. Health profiles, lifestyles and use of health resources by immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health.* 2007;17:503-5.
12. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elorduy N, Pereda Riguera C, et al. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco (2005). *Rev Esp Salud Pública [on line].* 2008;82:209-20.
13. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elorduy N, Senhaji M, et al. Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de la autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco. *Gac Sanit.* 2008;22:404-12.
14. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:913-23.
15. Vilaguta G, Ferrera M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19:135-50.
16. Ware JR, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30:473-83.
17. Rodríguez E, Lanborena N, editores. Encuesta de salud de los colectivos de inmigrantes asentados en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Bilbao: Croman; 2006.

18. Gobierno Vasco A, editor. Encuesta de salud de la CA del País Vasco 2002. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2004.
19. Coons SJ, Alabdulmohsin SA, Draugalis JR, et al. Reliability of an Arabic version of RAND-36 Health Survey and its equivalent to the US-English version. *Med Care.* 1998;36:428–3217.
20. Ware Jr JE, Gandek B, Kosinski M, et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 1998;51:1167–70.
21. Parkerson Jr GR, Gehlbach SH, Wagner EH, et al. The Duke-UNC Health Profile: an adult health status instrument for primary care. *Med Care.* 1981;19:806–28.
22. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, et al. Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care.* 1991;29:169–76.
23. Kelly MJ, Dunstan FD, Lloyd K, et al. Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods. *BMC Psychiatry.* 2008;8:10–9.
24. Bellón JA, Delgado A, Luna J, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria.* 1996;18:153–63.
25. Koochek A, Montazeri A, Johansson SE, et al. Health-related quality of life and migration: a cross-sectional study on elderly Iranians in Sweden. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:60–8.
26. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med.* 2004;59:1613–27.
27. Simich L, Wu F, Nerad S. Status and health security: an exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Can J Public Health.* 2007;98:369–73.
28. Pottie K, Ng E, Spitzer D, et al. Language proficiency, gender and self-reported health. An analysis of the first two waves of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *Can J Public Health.* 2008;99:505–10.
29. De Jesus M. The importance of social context in understanding and promoting low-income immigrant women's health. *J Health Care Poor Underserved.* 2009;20:90–7.
30. 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.
31. Syed HR, Dalgard OS, Dalen I, et al. Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health.* 2006;6:182–91.
32. Fone D, Dunstan F, Lloyd K, et al. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *Int J Epidemiol.* 2007;36:338–45.
33. Gee G, Ryan C, Laflamme DJ, et al. Self-reported discrimination and mental health status among African American descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 initiative: the added dimension of immigration. *Am J Public Health.* 2006;96:1821–5.
34. Bruess J. Experiences of discrimination reported by Turkish, Moroccan, and Bangladeshi Muslims in three European cities. *J Ethn Migr Stud.* 2008;34:875–94.
35. Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med.* 2009;68:1866–74.
36. Ikuspegi. Observatorio Vasco de la Inmigración. Actitudes de la sociedad vasca frente a la inmigración extranjera. 2007. Disponible en: <http://www.ikuspegi.org>