

El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña

Rosa María Saura^a / Rosa Suñol^{a,b} / Paula Vallejo^a / Sonia Lahoz^c / Joseba Atxotegui^d / Mohamed el Manouari^e

^aAvedis Donabedian Instituto Universitario, Barcelona, España; ^bCátedra de Investigación Avedis Donabedian, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España; ^cDepartament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España; ^dSAPPIR, Barcelona, España; ^eFundación Sociosanitaria de Barcelona, Servicio de Nefro-Hemodiálisis, Barcelona, España.

(Study of the healthcare background and psychosocial environment of the Maghrebian immigrant population in Catalonia [Spain])

Resumen

Introducción: Este estudio pretende obtener información sobre el marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña, para orientar las actuaciones en planificación y provisión de servicios sociales y de las organizaciones que apoyan a este colectivo.

Método: Se utilizó un cuestionario de creación propia que explora aspectos sanitarios y psicosociales, incluidos los factores estresores y de apoyo social. La recogida de datos se realizó mediante encuestadores y en lengua árabe.

Resultados: Se realizaron 403 entrevistas. La mayoría de los encuestados tenían tarjeta sanitaria y sabían a dónde acudir para recibir asistencia. Los servicios más utilizados son los de atención primaria y urgencias hospitalarias. En atención primaria, casi todos los encuestados reciben explicaciones, pero un 30% no las comprende adecuadamente. Se percibe que los profesionales sanitarios no tienen muy en cuenta las diferencias culturales o religiosas. Trabajo, vivienda, alejamiento familiar y legalización son factores estresores para más de la mitad de esta población. El apoyo social es bajo. Tres cuartas partes de los encuestados se sienten solos. Más de la mitad de esta población ve cumplidas total o parcialmente sus expectativas migratorias y un 11% considera estar peor.

Conclusiones: Las principales áreas de acción pasan por reforzar la información sobre condiciones de acceso al sistema sanitario, fomentar la interacción social y el asociacionismo entre los inmigrantes, especialmente durante las primeras fases del proceso migratorio, y facilitar las actividades religiosas. Parece importante formar a los profesionales sanitarios sobre las culturas de origen.

Palabras clave: Inmigrantes. Servicios sanitarios. Estrés. Apoyo social.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to gather information on the healthcare background and social environment of the Maghrebian immigrant population in Catalonia in order to guide the management and provision of social services and the work of the organizations supporting this collective.

Methods: To gather data, we used a questionnaire exploring healthcare and social variables, including stressors and social support. Data collection was performed by pollsters in Arabic.

Results: We performed 403 interviews. Most interviewees had a health card providing access to public healthcare and knew where to access healthcare. The most frequently used services were primary care and emergency departments. In primary care, almost all of the interviewees were provided explanations, but 30% were unable to understand them properly. Health professionals seemed to have inadequate awareness of cultural and religious differences. Work, housing, distance from the family, and legal status were stressful factors for more than half of this population. Social support was low. Three quarters of the interviewees felt lonely. More than half of this population had completely or partially fulfilled their expectations of migration, while 11% felt they were in a worse situation.

Conclusions: The main areas for improvement are the provision of information on conditions of healthcare access, promotion of social interaction, the use of associations for immigrants—especially during the first phases of the migration process—and facilitating religious activities. Health professionals should be provided with training in intercultural issues.

Key words: Immigrants. Healthcare services. Stress. Social support.

Correspondencia: Rosa M. Saura.
Fundación Avedis Donabedian.
Provença, 293. 08037 Barcelona. España.
Correo electrónico: msaura@fadq.org

Recibido: 6 de junio de 2007.

Aceptado: 17 de septiembre de 2007.

Introducción

En los últimos años, con el cambio de población atendida en los centros de salud, han aumentado los estudios dirigidos a analizar los aspectos relacionados con los servicios sanitarios y la inmigración. Varios autores han puesto de manifiesto la

existencia de desigualdades relacionadas tanto con la salud como con el acceso y el uso de los servicios de la red sanitaria¹⁻³. Algunos estudios reconocen que el acceso al sistema sanitario por parte de la población inmigrante es, hoy por hoy, una de las cuestiones más importantes en la provisión de servicios⁴, pues se ha encontrado una relación entre la inmigración y el peor acceso a la red sanitaria^{5,6}. Las diferencias en la accesibilidad se asocian a las barreras culturales e idiomáticas, el marco legal en el país de acogida y el desconocimiento del sistema sanitario por parte de los inmigrantes⁴.

Diversas investigaciones relacionan la migración con el estrés^{7,8}, y sugieren una mayor prevalencia de sintomatología clínica en la población inmigrante (ansiedad, irritabilidad, confusión, cefaleas, tristeza...)⁹. El proceso migratorio comporta una serie de cambios físicos, sociales y culturales, que actúan sobre el individuo a modo de factores estresores, los cuales deben ser afrontados a fin de conseguir una óptima adaptación¹⁰. En la medida en que estas demandas, objetiva y subjetivamente, excedan los recursos del individuo para afrontarlas, se producirá un estado de estrés que puede tener repercusiones negativas para la salud, como la aparición de sintomatología somática o depresiva^{11,12}.

Entre el estrés y la salud intervienen diversas variables. Los modelos actuales de mediación entre estrés y salud o bienestar conceden un importante papel moderador a los recursos sociales¹³⁻¹⁵, considerando que se asocian positivamente con la salud mental y física en la medida en que proveen de soporte emocional, asistencia tangible y consejo. En la población inmigrante, los recursos naturales de apoyo se refieren a vínculos con compatriotas, inmigrantes de otras nacionalidades y población autóctona. Los recursos formales se refieren a las instituciones de apoyo¹². Si el apoyo social por alguno de estos grupos no se produce, el aislamiento consecuente puede provocar un incremento de la vivencia de estrés. La percepción subjetiva del apoyo social y del sentimiento de soledad es de gran interés por su efecto moderador sobre la percepción de estrés¹⁶⁻²¹. Entre otras variables que también se vinculan con la migración, el racismo se ha presentado como un estresor común y crónico para diferentes grupos de población^{22,23}. Las desigualdades sociales también han demostrado su relación con la salud mental, puesto que tienden a definir importantes diferencias en la exposición a situaciones estresantes y a los recursos de afrontamiento^{24,25}.

Ante tal realidad, el objetivo de este estudio fue disponer de información sobre la atención sanitaria y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí residente en Cataluña, con el fin de conocer su situación en cuanto a uso y provisión de servicios de salud y a las necesidades de apoyo de esta población.

Método

Planteamos un estudio descriptivo, con información obtenida mediante la elaboración de una encuesta.

Elaboración del cuestionario

El cuestionario se desarrolló a partir de una propuesta inicial de contenidos, formulada por el equipo de investigación, y del análisis de resultados de grupos focales, con los que se pretendía identificar o ratificar los factores y los temas relevantes para los sujetos, y aprender cómo se expresan estos aspectos con el lenguaje y la terminología propia de los protagonistas. Se llevaron a cabo dos sesiones de 2 h, realizadas en la sede de la Asociación IBN Batuta (asociación radicada en Barcelona, con el objetivo de prestar ayuda humanitaria, social y cultural a los inmigrantes residentes en Cataluña, en especial al colectivo magrebí). Cada grupo focal estaba formado por 8 personas y era estructuralmente representativo de la población de estudio respecto a la edad y el sexo, aunque se consideraron por separado los grupos de mujeres y de hombres. Los integrantes se seleccionaron entre los afiliados o asistentes a las actividades de la asociación que cumplían las características definidas, y previamente se solicitó su participación. Los grupos fueron conducidos en árabe, siguiendo la metodología habitual de grupos focales (grabación, transcripción, codificación, etiquetado de conceptos, análisis descriptivo-interpretativo, etc.)²⁶.

A partir de las propuestas realizadas por expertos en el tema y con la información obtenida de los grupos, se decidieron los contenidos finales del cuestionario. Además de las variables sociodemográficas, se refirieron otras sobre dos grandes bloques temáticos: a) el conocimiento y el uso de la red sanitaria por parte de la población inmigrante magrebí y su satisfacción con ella, y b) la identificación del peso de los factores estresores entre los inmigrantes y los principales apoyos de que disponen.

Se realizó una doble traducción siguiendo las guías metodológicas publicadas²⁷: distintas personas que no habían participado en la elaboración del cuestionario lo tradujeron al árabe y, posteriormente, una persona distinta lo tradujo de nuevo al español. A partir de esta prueba se hicieron las correcciones necesarias en el texto árabe. Se realizó un pretest como prueba de comprensión con 15 voluntarios para valorar los aspectos de comprensión verbal, dificultad de respuesta, duración de la entrevista, pertinencia de las preguntas y sugerencia de temas no contemplados en el cuestionario.

El cuestionario definitivo cuenta con 12 preguntas sobre atención sanitaria, 5 factores estresores (traba-

jo, vivienda, alejamiento familiar, legalización y discriminación) y 5 factores de apoyo (familia, amigos magrebíes, amigos autóctonos, religión e instituciones), además de las cuestiones sociodemográficas. Tres de las variables tenían una escala de intervalo y las restantes eran categóricas.

Población del estudio y selección de la muestra

La población del estudio estuvo compuesta por personas procedentes del Magreb, mayores de 18 años, con una estancia en Cataluña con una duración entre más de 3 meses y menos de 10 años. Se establecieron estos límites de permanencia para que hubiesen superado el período de adaptación y hubiesen podido estar en contacto con la red sanitaria, sin que su adaptación estuviese totalmente estabilizada.

Se calculó el tamaño muestral con una proporción esperada del 50% (puesto que se carecía de datos previos), un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%, con lo que se obtuvo un tamaño muestral de 384 casos. Para asegurar la representatividad se estratificó la muestra en función del sexo y la distribución geográfica, siguiendo la agrupación territorial de los datos del Instituto de Estadística de Cataluña sobre distribución geográfica y por sexos de la población extranjera en esta comunidad de 1999. Se aumentó un 15% el tamaño de cada estrato a fin de compensar las posibles anulaciones de cuestionarios. Se establecieron 30 cotas (por sexo y zona geográfica).

Recogida y análisis de la información

El cuestionario fue cumplimentado por encuestadores presenciales de origen árabe que podían hacer la entrevista en su idioma, para paliar posibles sesgos, como el desconocimiento del lenguaje escrito, la tasa de no respuesta, la desconfianza frente a los autóctonos, etc. Se seleccionaron cuatro encuestadores y se les impartió la formación necesaria. Las entrevistas se realizaron durante 2 meses del año 2002. La captación de casos se hizo en el Consulado de Marruecos de Barcelona, escuelas, mezquitas y mercados, solicitando la participación a los asistentes a dichos centros. Los encuestadores captaron los casos en función de las cotas definidas, incorporándolos de forma consecutiva siempre que cumpliesen los requerimientos de sexo y lugar de residencia, hasta completar las 30 cotas muestrales.

Se introdujeron las respuestas en el programa informático Excel y para la explotación se utilizaron los programas Epiinfo.6 y Microstat. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y un análisis estadístico por técnicas univariantes y bivariantes. La significación esta-

dística de las diferencias de resultados, según las características sociodemográficas, se calculó mediante un test de hipótesis para dos proporciones de grupos independientes y la prueba de la χ^2 .

Resultados

Se obtuvieron 403 cuestionarios cumplimentados por 242 hombres y 161 mujeres, lo que se corresponde con los datos de distribución de la población magrebí en Cataluña en aquellos momentos.

Descripción de la población entrevistada

Los aspectos sociodemográficos de la población se muestran en la tabla 1. Respecto a su estancia en Cataluña, el grupo mayor (42,7%) era el compuesto por personas que llevaban entre uno y 3 años; sólo un 4,7% de los encuestados llevaba entre 3 meses y un año. Barcelona era la residencia de la mayoría de los encuestados (52%), seguida de Girona (27%). En cuanto a la vivienda, la mayor parte de los encuestados vivía con familiares (53,4%) o con amigos (34,1%), y un pequeño porcentaje solo o en otras situaciones. Un 83,8% de los encuestados afirmaba tener su situación regularizada, aunque en este tema es preciso destacar la

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los participantes en el estudio

Variable	%
Edad (años)	
> 18-28	31,4
> 28-38	39,1
> 38-48	21,6
> 48-57	7,9
Sexo	
Hombres	60,3
Mujeres	39,7
Estado civil	
Soltero	49,4
Casado	44,7
Viudo	1,7
Divorciado	4,2
Ámbito de procedencia	
Rural	22,6
Urbano	77,4
Nivel educativo	
Analfabeto	6,3
Leer y escribir	7,9
Estudios primarios	28,4
Estudios secundarios	38,1
Estudios superiores	19,3

Tabla 2. Conocimiento y utilización del sistema sanitario

Pregunta	Respuesta		n
	Sí	No	
¿Sabe dónde tiene que ir para ser atendido?	95,3%	4,7%	403
¿Dispone de tarjeta sanitaria?	85,8%	14,2%	388
¿Ha necesitado atención médica desde que está en Cataluña?	80,4%	19,6%	403
¿Ha utilizado la asistencia sanitaria?	69,7%	30,3%	403

negativa a contestar de un 3,5%. Finalmente, respecto a la valoración de su conocimiento del español, un 51,9% lo calificó de «bueno» o «muy bueno», un 34,2% «regular» y el resto «malo».

Resultados respecto a la asistencia sanitaria

En la tabla 2 se presentan las respuestas a las principales preguntas sobre atención sanitaria, incluidos los aspectos de conocimiento de su funcionamiento, utilización y satisfacción. Otra cuestión que se exploró fue el motivo por el cual no se disponía de tarjeta sanitaria, que en el 54,4% de los casos fue por falta de papeles y en un 14% por falta de información sobre cómo conseguirla.

De los que afirmaban haber necesitado atención sanitaria en el tiempo que llevaban en Cataluña, el 42,6% la había recibido en atención primaria, el 17,7% en urgencias hospitalarias y sólo un 9,6% había ingresado en un hospital. En cuanto al cumplimiento terapéutico, el 89,9% de los encuestados afirmaba haber seguido las indicaciones del médico, mientras que sólo un 1,1% había seguido conjuntamente el tratamiento indicado junto con la medicina tradicional, y el mismo porcentaje no había seguido ningún tratamiento.

Se solicitó a los encuestados la valoración de aspectos de la relación interpersonal durante la visita médica, utilizando una escala de 4 categorías. Las respuestas a estas preguntas se encuentran en la tabla 3. Para facilitar la presentación de resultados, se han agrupado las categorías positivas correspondientes a «mucho» y «bastante».

Al abordar la relación entre variables se observa que los hombres tienen una mayor sensación de discriminación durante la visita que las mujeres, aunque valoran más positivamente la atención a su cultura. En cuanto al lugar de residencia, había diferencias a favor de los residentes en Barcelona, que expresaban una menor sensación de discriminación, mejor trato y menos problemas de idioma. Los solteros percibían un trato amable con más frecuencia que los casados, y estos últimos tenían también más problemas

de comunicación. A medida que aumenta el nivel educativo de los encuestados, también es mayor su valoración sobre la atención a su cultura durante la visita.

Factores estresores

El apartado de factores estresores intentaba identificar el grado de preocupación que provocaban en los encuestados 5 aspectos clave: el trabajo que realizaban, las condiciones del piso en que vivían, el alejamiento de su familia, la legalización de su estancia y la discriminación de que pudiesen ser objeto. Aunque las valoraciones de estos factores son bastante similares, lo que más preocupa a los encuestados es el alejamiento de la familia y la legalización de su estancia, ambos considerados bastante o muy preocupantes por un 52% de los encuestados. Entre los factores estudiados, la discriminación era el que menos preocupaba.

Tabla 3. Valoración de la relación interpersonal durante la atención sanitaria. Porcentaje de respuestas «mucho + bastante»

	Sensación de discriminación (%)	Atención a la cultura (%)	Trato amable y respetuoso (%)	Problemas de idioma en comunicación (%)
Sexo				
Hombre	11,3	60,60	73,9	27
Mujer	9,4	43,50	79,3	32,1
Estado civil				
Soltero	8,2	51,6	86,5 ^a	20 ^a
Casado	10,9	55,7	71,6	35,8
Nivel de idioma				
Muy bueno/bueno	8	59,7 ^a	85,3 ^a	10,6 ^a
Regular/malo	13,8	42,2	63,8	56,5
Nivel educativo				
Analfabeto/leer y escribir	10,3	40,5	65	62,5 ^a
Estudios primarios	12,2	48,6	76,8	41
Estudios secundarios	6,9	55,1	81,4	15,7
Estudios superiores	13	58,8	75,9	8,5
Años de residencia				
1-3	12,9	40,7	74,2 ^a	37,7
3-6	9,5	54	70,8	31,6
> 6	9,8	58,3	87,8	19,8
Lugar de residencia				
Barcelona	5 ^a	58,5	88,8 ^a	19 ^a
Tarragona	18,4	44,7	56,4	43,6
Lleida	16,7	50	75	33,3
Girona	16,9	45,1	60,6	45,7
Valoración global	10,4	52,2	76,6	29,7

^aDiferencias estadísticamente significativas.

En la tabla 4 se presentan los resultados de los distintos factores estresores en relación con las características de los encuestados. Dos de los aspectos estudiados, el trabajo y la vivienda, actúan como factor estresor de forma más significativa para los hombres que para las mujeres. En cuanto al estado civil, todos los factores se presentan de forma más intensa entre los solteros que entre los casados, excepto la legalización, que les afecta por igual, aunque sólo el trabajo, la vivienda y el alejamiento familiar lo hacen de forma estadísticamente significativa. Respecto al idioma, entre los que tienen un bajo nivel de español se da una mayor intensidad de todos los factores estresores, salvo en lo referente al alejamiento familiar, que no se ve afectado. En cuanto a los años de residencia, todos los factores estresores siguen la misma pauta de distribución, y son mayores en los residentes con estancias inferiores a 3 años, independientemente del nivel cultural y del conocimiento del idioma. Finalmente, se estudió la relación entre la sensación de sentirse discriminados y los distintos factores estresores, y se halló que los que tienen una mayor sensación de discriminación se ven más influidos por todos los factores estresores estudiados, a excepción del alejamiento familiar, que afecta más a los que se sienten menos discriminados.

Apoyo social

Como compensación a los factores estresores se exploró el apoyo social, entendido como el número de personas con que contaban los entrevistados en Cataluña para que les ayudasen en caso de necesidad. En la tabla 5 se muestran los resultados al respecto. Se exploró también la medida en que los encuestados acudían a instituciones o asociaciones de ayuda al inmigrante, o de apoyo social, en caso de necesidad. El 35% hacía uso de este recurso, mientras que un porcentaje mucho mayor (65,5%) refería no acudir nunca. En cuanto a la religión, más de la mitad de los encuestados (57,3%) afirmaba recurrir frecuentemente a ella en busca de apoyo y un 31% sólo de vez en cuando; pocos afirmaban no recurrir nunca a la religión o hacerlo pocas veces. En cuanto a la práctica de su religión, un 15,9% decía encontrar dificultades frecuentemente, un 53,4% de vez en cuando y el resto nunca o casi nunca.

Finalmente, se preguntaba por aspectos relacionales, como encontrarse solo o sentirse ofendido en el trato diario por parte de la población de Cataluña. El 36,9% afirmaba sentirse solo a menudo o siempre, y un 38,4% de vez en cuando. La mayoría (49,6%) afirmaba no haberse sentido ofendido en el trato diario por parte de la población autóctona, pero un 32,1% sí había tenido esa sensación.

El análisis de relación entre variables independientes y factores de apoyo social pone de manifiesto al-

Tabla 4. Peso de los diversos factores estresores. Porcentaje de respuestas «mucho + bastante» que reflejan un estrés elevado

	Trabajo (%)	Vivienda (%)	Alejamiento familiar (%)	Legalización (%)	Discriminación (%)
Sexo					
Hombre	50,6 ^a		55 ^a	51,6	53,6
Mujer	32,1		38,9	55,3	45,9
Estado civil					
Soltero	60,7 ^a		58,2 ^a	61,1 ^a	51,8
Casado	40,7		38,1	44,1	50
Nivel educativo					
Analfabeto/leer y escribir	48,7		51,3	49,1	56,4
Estudios primarios	53,5		51,7	43,2	50
Estudios secundarios	50,8		43,2	51,7	49,1
Estudios superiores	50,7		49,1	51,3	61,1
Nivel de idioma					
Muy bueno/bueno	43,7 ^a		38,1 ^a	48,5	35,5 ^a
Regular/malo	61,8		60,5	51,7	69,4
Años de residencia					
1-3	71,8 ^a		68 ^a	62 ^a	68,3 ^a
3-6	37,3		37,7	46,9	46,8
> 6	32,2		25	41,2	26
Lugar de residencia					
Barcelona	42,7		38,5 ^a	61,3 ^a	33,3 ^a
Tarragona	40,3		46,8	41,9	69,4
Lleida	55		65	40	85
Girona	44		64,2	43,5	69,4
Valoración global	51,3		48,7	52	52

^aDiferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5. Número de personas en Cataluña que le podrían ayudar en caso de necesidad

	Ninguna	Una o dos	Más de tres
Familiares	23,9%	57,4%	18,6%
Amigos magrebíes	29,2%	45,7%	25,2%
Población autóctona	42,4%	46,5%	10,6%

gunas diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, ya que las mujeres cuentan con más personas de apoyo entre los familiares que los hombres. Respecto a los años de residencia en Cataluña, tiende a aumentar el número de amigos, entre la población local y la familia, a medida que pasan los años.

Finalmente, se exploró el grado de cumplimiento de las expectativas que tenían los encuestados al venir a Cataluña. Más de la mitad (54,8%) consideraba que se habían cumplido todas o algunas de sus expectativas, un 34% afirmaba que no se había cumplido ninguna y un 11,2% consideraba estar peor que antes de venir.

Es especialmente relevante el análisis de la relación entre las variables independientes y el cumplimiento de expectativas, pues esta variable se entiende como la expresión más cercana a un resultado global del proceso de inmigración dentro del cuestionario. Las mujeres y las personas casadas experimentan un mayor cumplimiento de sus expectativas, y también es mayor en los residentes en Barcelona que en los de otras provincias (tabla 6). Respecto al nivel de estudios, los niveles bajos (analfabeto o saber leer y escribir) experimentan un menor cumplimiento de sus expectativas. Además, el cumplimiento de expectativas aumenta progresivamente con los años de residencia.

Discusión

Los resultados de este estudio representan una aproximación a la utilización de la red sanitaria por parte de la población inmigrante magrebí y a su satisfacción con ella, así como a los principales factores estresores y a los apoyos de que disponen. Sin embargo, la información recabada no incluye otras variables adicionales que permitirían ampliar el análisis de esta realidad, como los problemas específicos de salud o la prevalencia de factores concretos de estrés entre las personas que solicitaron o recibieron asistencia sanitaria. Además, es preciso tener en cuenta que el tamaño muestral se calculó para extraer conclusiones globales, y al analizar los resultados en relación a las características sociodemográficas, el reducido tamaño de las subpoblaciones obliga a hacer una interpretación prudente de los resultados. A pesar de estas limitaciones, el estudio cumple el propósito para el cual fue diseñado, pues proporciona información para guiar las actuaciones de apoyo a este colectivo y suscita interrogantes que podrán tratarse en próximos trabajos.

Este estudio identifica que la mayoría de los inmigrantes tiene tarjeta sanitaria y sabe dónde acudir para recibir asistencia. El motivo principal de no disponer de tarjeta sanitaria es la falta de papeles, lo que pone de manifiesto un déficit de conocimiento de las posibilidades de acceder a la tarjeta en situaciones de no regularización. Este desconocimiento del régimen del sistema sanitario se ha señalado como una de las barreras para acceder a él⁴. Esta barrera podría influir en que el porcentaje de población entrevistada que ha recibido algún tipo de asistencia sanitaria desde que vive en Cataluña (69,7%) sea inferior al de la población general que había recibido asistencia sanitaria en los últimos 12 meses (73,2%), según los datos de la encuesta de salud realizada por la Generalitat de Cataluña en el año 2002²⁸.

De los encuestados que habían acudido a un centro de atención primaria o a un hospital, la mayoría afirma haber recibido explicaciones, pero casi el 30% han

Tabla 6. Cumplimiento de expectativas.
Porcentaje de respuestas «todas + algunas»

Sexo	
Hombres	51,1 ^a
Mujeres	60,9
Estado civil	
Soltero	45,4 ^a
Casado	65
Nivel de idioma	
Muy bueno/bueno	70,1 ^a
Regular/malo	37,4
Nivel educativo	
Analfabeto/leer y escribir	44,6
Estudios primarios	57,5
Estudios secundarios	52,6
Estudios superiores	56,4
Años de residencia	
1-3	32,7 ^a
3-6	67,8
> 6	84,9
Lugar de residencia	
Barcelona	61 ^a
Tarragona	46,7
Lleida	35
Girona	49
Según sentimiento de discriminación	
Discriminados	37,9 ^a
No discriminados	65,7
Valoración global	53,5

^aDiferencias estadísticamente significativas.

tenido problemas de comprensión a causa del idioma. Esto es consistente con el nivel de conocimiento del idioma, situado entre regular y malo en casi la mitad de la población estudiada, pero algunos investigadores apuntan que podría estar influido también por la dificultad del médico para saber interpretar las demandas de los inmigrantes²⁹. Estos datos reflejan un volumen importante de personas que no comprenden adecuadamente la información recibida, con las consecuencias que ello puede tener en el seguimiento del tratamiento o las recomendaciones realizadas durante la visita médica. Al mismo tiempo, casi la mitad de los encuestados percibe que los profesionales sanitarios no parecen tener muy en cuenta el hecho diferencial cultural o religioso. Algunos autores consideran que el desconocimiento de estas características por parte de los profesionales puede dificultar o impedir el cumplimiento de un tratamiento médico, de exploraciones diagnósticas o el seguimiento de un proceso clínico²⁹.

Una cuarta parte de los entrevistados reconocen un trato poco o nada amable, aunque sólo un 10% se han sentido discriminados. Es interesante comparar la valoración de la población inmigrante magrebí sobre amabilidad y respeto en el trato con la valoración de la po-

blación general de Cataluña: mientras que un 76,6% de los magrebíes valoran positivamente el trato recibido, este porcentaje fue de un 94% en el caso de la población autóctona del conjunto de Cataluña en el año 2003³⁰. Estos datos podrían poner de manifiesto una falta de formación del personal sanitario sobre las culturas de origen.

Los factores estresores incluidos en este estudio parecen influir de forma muy similar, a excepción de la discriminación, que es el factor que menos preocupa. En este tema se constatan algunas diferencias según la zona de residencia, y Barcelona es el lugar de Cataluña donde menos estrés provocan la legalización y la discriminación. Esta diferencia podría estar condicionada por un mayor porcentaje de población inmigrante en la ciudad y por las condiciones sociológicas propias de una gran urbe, que favorecen el anonimato. En cuanto a la variable sexo, los estresores que influyen de modo significativamente distinto son el trabajo y la vivienda, que actúan de forma más significativa en los hombres que en las mujeres. Si tenemos en cuenta que en la población magrebí el peso del trabajo recae esencialmente en el hombre como cabeza de familia, y que la migración en estos casos responde a cuestiones económicas, parece lógico que la preocupación por el trabajo sea un factor de estrés importante para los hombres entrevistados. La literatura especializada revela que la situación laboral es un factor estresor potencial que afecta el estado de salud general de los inmigrantes, y que la combinación de ambos factores, migración y paro, forman una situación de grave riesgo psicopatológico⁹.

En este estudio se identifica un bajo apoyo social de los encuestados, tanto en lo referente a recursos naturales de apoyo (cuantificados a partir del número de personas de diferentes colectivos con que cuenta el encuestado) como a recursos formales (instituciones de apoyo). El número de personas de que disponen todos los encuestados es bajo, con un máximo de 2 personas por colectivo en la mayoría de los casos. Además, no parece ser frecuente acudir al recurso de las asociaciones, por lo que resulta necesario potenciar el asociacionismo como elemento aglutinador y difusor. Como cabría esperar, la falta de apoyo social es mayor durante los primeros tiempos de la inmigración; por tanto, es evidente que precisamente en estas etapas las asociaciones pueden tener más valor. En cambio, sí se recurre con más frecuencia a la religión como elemento de apoyo, y en este sentido es importante destacar que la mayoría de esta población afirma tener dificultades para practicarla. Esta falta de apoyo social explicaría que tres cuartas partes de los entrevistados afirmen sentirse solos. Estos datos sobre la sensación de soledad son especialmente relevantes, pues muchas investigaciones han argumentado que la valoración de la calidad del apoyo social³¹ y el peso del sen-

timiento de soledad son más importantes sobre la salud que la situación objetiva de apoyo social^{16-19,32}.

A la luz de estos resultados, es evidente que las asociaciones de apoyo a la población inmigrante magrebí tienen aún un gran margen de actuación. Algunas de las líneas de trabajo principales podrían enfocarse en reforzar la información que se proporciona a los inmigrantes sobre las posibilidades de acceso al sistema sanitario y los procedimientos para hacerlo. Al mismo tiempo, sería interesante fomentar la interacción social de este colectivo, tanto entre los propios inmigrantes como con la población general, y potenciar activamente el asociacionismo de los inmigrantes durante las primeras fases del proceso migratorio, en las que más carencia de apoyo social sufren. Respecto a la religión, habría que profundizar en los aspectos que dificultan la práctica religiosa de este colectivo y establecer iniciativas que faciliten su desarrollo, puesto que se erige en un importante elemento de soporte. En cuanto a la asistencia sanitaria, los datos demuestran la falta de formación de los profesionales sanitarios sobre las culturas de origen, lo que podría dar pie a que las asociaciones se planteen el desarrollo de iniciativas de formación en este sentido para profesionales sanitarios.

Bibliografía

1. Jansà JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;15:320-27.
2. Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002;29:466-8.
3. Sundquist J. Migration, equality and access to healthcare services. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:691-2.
4. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
5. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands. Equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:701-7.
6. Westerling R, Rosen M. Avoidable mortality among immigrants in Sweden. *Eur J Public Health*. 2002;12:279-86.
7. Jerusalem M, Kleine D. Anxiety in East German migrants: protective effects of resources in a critical life transition. *Anxiety Research*. 1991;4:15-25.
8. Ritsner M, Ponizovsky A. Age differences in stress process of recent immigrants. *Compr Psychiatry*. 1998;44:135-41.
9. Tizón J, Atxotegi J, San José J, Sainz F, Salamero M, Pellegrero N. La migración como factor de riesgo psicosocial y médico. *Revista de Treball Social*. 1986;101:103-25.
10. Shuval J. Migration and stress. En: Goldberger L, Breznitz S, editores. *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. 2nd ed. New York: The Free Press; 1993. p. 641-57.
11. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.

12. Martínez García MF. Estrés y apoyo social en el proceso migratorio. En: Hombrados MI, editor. Estrés y salud. Valencia: Promolibro; 1997. p. 297-318.
13. Holahan CJ, Moss RH. Personal and contextual determinants of coping strategies. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52:946-55.
14. Holahan CJ, Moss RH. Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: an extensions of stress resistance paradigm. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58:909-17.
15. Moos RH. Context and coping: toward a unifying conceptual framework. *Am J Community Psychol.* 1984;12:5-25.
16. Anderson C. Attributional style of lonely and depressed people. *J Pers Soc Psychol.* 1983;45:127-36.
17. Hansson RO, Jones WH, Carpenter BN, Remondet I. Loneliness and adjustment to old age. *Int J Aging Hum Dev.* 1986;26:41-53.
18. Lau S, Kong CK. The acceptance of lonely others: effects of loneliness and gender of the target person and loneliness of the perceiver. *J Soc Psychol.* 1999;139:229-41.
19. Páez D. Salud mental y factores psicosociales. Madrid: Fundamentos; 1986.
20. Barretta D, Dantzer D, Kayson W. Factor related to loneliness. *Psychol Rep.* 1995;76:827-30.
21. Rokach A. The subjectivity of loneliness and coping with it. *Psychol Rep.* 1996;79:475-81.
22. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a stressor for African Americans. *American Psychologist.* 1999;54:805-16.
23. Peters RM. The relationship of racism, chronic stress emotions, and blood pressure. *J Nurs Scholarsh.* 2006;38:234-40.
24. Stronks K, Van de Mheen H, Looman CWN, Mackenbach JP. The importance of psychosocial stressors for socio-economic inequalities in perceived health. *Soc Sci Med.* 1998;46:611-23.
25. Turner RJ, Lloyd DA. The stress process and the social distribution of depression. *J Health Soc Behav.* 1999;40:373-404.
26. Clarke A. Focus group interviews in health-care research. *Prof Nurse.* 1999;14:395-7.
27. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46:1417-32.
28. Encuesta de Salud 2002. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña [citado 26 Mayo 2006]. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/pla_salut/doc5365.html
29. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. Factors que influeixen l'estat de salut dels col·lectius d'inmigrants i la seva assistència. En: Quaderns de la bona praxi. Els immigrants i la seva salut. Barcelona: Col.legi Oficial de Metges; 2003.
30. Servei Català de la Salut. Encuestas de satisfacción de atención primaria [citado 21 Mayo 2006]. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/experiencies_enquesta_primaria.htm
31. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med.* 1981;4:139-56.
32. Ginter E, Glauser A, Richmond B. Loneliness, social support, and anxiety among two south pacific cultures. *Psychological Reports.* 1994;74:875-9.