

## ORIGINALES

# Prevalencia de morbilidad crónica en adultos jóvenes extranjeros atendidos en Atención Primaria de Salud

**Carme Poblet Calaf.** CAP Horts de Miró-Institut Català de la Salut de Reus

**Johanna Carmina Arias Reyes.** CAP Horts de Miró-Institut Català de la Salut de Reus

**Jordi Bladé Creixenti.** CAP Horts de Miró-Institut Català de la Salut de Reus

**Mònica Anguela Batlle.** CAP Sant Pere-Institut Català de la Salut de Reus

**Maria Teresa Mauri Rojals.** CAP Sant Pere-Institut Català de la Salut de Reus

**Victoria Arija Val.** Unitat de Suport a la Recerca Reus-Tarragona, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària, IDIAP Jordi Gol, Barcelona

### Para contactar:

Carme Poblet Calaf: [cpoblet.tarte.ics@gencat.cat](mailto:cpoblet.tarte.ics@gencat.cat)

## RESUMEN

**Introducción:** se ha objetivado un buen estado de salud inicial en personas inmigrantes y que este se deteriora con el tiempo en el país de destino. Género y nacionalidad se relacionan con diferencias en la prevalencia de enfermedades.

**Objetivos:** estimar la prevalencia de diferentes patologías crónicas registradas en población adulta joven usuaria de Atención Primaria de Salud (APS) de una ciudad mediana de Catalunya en función del género y la nacionalidad.

**Métodos:** estudio descriptivo transversal. Población adulta de 18 a 44 años usuaria de APS de cuatro áreas básicas de salud (n = 31.656). Variables: edad, sexo, nacionalidad, diagnósticos de enfermedades crónicas activas (2014). Se utilizaron chi-cuadrado, T de Student Fisher, ANOVA y regresión logística para ajustar las prevalencias de enfermedades por edad y sexo. El nivel de significación se fijó como  $p < 0,05$ .

**Resultados:** las mujeres extranjeras presentaron mayor prevalencia de obesidad, problemas osteomusculares, ansiedad y depresión con respecto a los hombres. Estos presentaron mayor prevalencia de tabaquismo. Las mujeres magrebíes destacaron respecto a las españolas en las prevalencias de obesidad (36% frente a 16,1%), diabetes tipo 2 (1,2% frente a 0,3%) y problemas osteomusculares (27,8 % frente a 22,5%) ( $p < 0,001$ ). Los/las extranjeros/as presentaron menor prevalencia de ansiedad y depresión.

**Discusión:** los hallazgos son concordantes con otros estudios. La mayor prevalencia de obesidad en mujeres magrebíes podría atribuirse a fenómenos socioculturales y la menor prevalencia de problemas de salud mental en población inmigrante a una menor detección por diferencias culturales, idiomáticas y religiosas. Es necesaria una atención universal proporcional considerando ejes de desigualdad como el género y la nacionalidad.

**Palabras clave:** inmigración, prevalencia, desigualdades sociales en salud, Atención Primaria de Salud.

## PREVALENCE OF CHRONIC MORBIDITY IN FOREIGN ADULTS ATTENDED IN PRIMARY HEALTH CARE

### Abstract

**Introduction:** studies have shown a good initial health status of immigrants and deterioration of the same over time spent in the destination country. Gender and nationality are related to differences in the prevalence of diseases.

**Objective:** to estimate the prevalence of various chronic diseases in the young adult population attended in APS (Primary Health Care) of a medium-sized city of Catalonia in terms of gender and nationality.

**Methods:** cross-sectional study. Adult population aged 18 to 44 years attended in 4 Basic Health Areas (n = 31656). Variables: age, sex, nationality, diagnosis of active chronic diseases (2014). Standard statistical tests were used, Chi-squared test, Student t test, ANOVA, and logistic regression to adjust the prevalence of diseases by age and sex, considering  $p < 0.05$ .

**Results:** Foreign women had a higher prevalence of obesity, musculoskeletal problems, anxiety and depression than foreign men, who had a higher prevalence of tobacco use. Maghrebi women stand out, in relation to Spanish women, in the prevalence of obesity (36% vs 16.1%), type 2 diabetes (1.2% vs 0.3%) and musculoskeletal problems (27.8% vs 22.5%) ( $p < 0.001$ ). Foreign men and women had a lower prevalence of anxiety and depression.

**Discussion:** the findings are consistent with other studies. The highest prevalence of obesity in Maghrebi women could be attributed to socio-cultural factors and the lowest prevalence of mental health problems in the immigrant population to a lower detection due to cultural, idiomatic and religious differences. Proportionate universalism care taking into account axes of inequality such as gender and nationality is necessary.

**Keywords:** immigrant, prevalence, social inequalities in health, primary health care.

## INTRODUCCIÓN

Tanto en España como en Catalunya la población extranjera se incrementó de manera progresiva de 2000 a 2009, para posteriormente estancarse y descender durante los años de la crisis económica. Marruecos ha sido uno de los principales países de origen<sup>1</sup>.

La falta de una definición consensuada del estatus de inmigrante entre países, la heterogeneidad y escasa medida de algunos grupos, la metodología empleada en los estudios, la situación de irregularidad administrativa y el hecho de que, a excepción de los registros de mortalidad, la mayoría de sistemas de información sanitaria de muchos países europeos no están diseñados para identificar a las personas por su condición de inmigrantes son factores que han dificultado su estudio, la comparabilidad y han podido contribuir a generar resultados a veces contradictorios<sup>2</sup>.

A pesar de todo, hay varios estudios a nivel nacional e internacional<sup>3,4</sup> que han descrito «el efecto del inmigrante sano», un mejor estado de salud de las personas inmigrantes respecto al de las personas nativas del país de destino en un primer período del proceso migratorio, necesario para vencer las dificultades que este conlleva y también atribuido a su menor utilización de los servicios sanitarios.

Se ha observado que el estado de salud de estas personas se deterioraba con el tiempo estando en el país de destino<sup>2,4,5</sup> y que se hacían más vulnerables a sufrir obesidad<sup>6</sup>, diabetes mellitus (DM), enfermedades transmisibles, problemas de salud mental y materno-infantil, exposición a riesgos laborales y accidentes<sup>7</sup>. Este deterioro se ha atribuido a la adopción de estilos de vida similares a la población nativa y menos a menudo a los determinantes sociales en salud como el nivel socioeconómico<sup>8</sup> y el género<sup>9</sup>.

En los países de la Unión Europea (UE), los inmigrantes provenientes de fuera de la UE tienen que afrontar mayores tasas de desempleo e inseguridad laboral, desarrollar ocupaciones no cualificadas y en condiciones de trabajo más desfavorables, independientemente de su nivel educativo y cualificación profesional, por la dificultad de obtener el permiso de trabajo, la ciudadanía y la convalidación de sus estudios en el país de origen. Las mujeres y los musulmanes son los que sufren mayores niveles de desventaja<sup>10</sup>.

## OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es estimar la prevalencia de diferentes patologías crónicas registradas en población adulta joven usuaria de Atención Primaria de Salud (APS) de una ciudad mediana de Catalunya en función del género y la nacionalidad.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de prevalencia.

De toda la población adulta asignada y atendida en APS, elegimos la de 18 a 44 años en 2014. Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas informatizadas de cuatro de las cinco áreas básicas de salud (ABS), las del Institut Català de la Salut (ICS), de una ciudad de 103.194 habitantes situada en el sur de Catalunya.

Se extrajeron las siguientes variables: edad, sexo, hábito tabáquico, diferentes diagnósticos activos en 2014 y nacionalidad.

Para identificar a la población inmigrante, utilizamos la nacionalidad, único dato recogido en el Registro Central de Asegurados del Servicio Catalán de la Salud<sup>11</sup>. Las diferentes nacionalidades se agruparon por zonas: España; Europa (Alemania, Francia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suiza, Armenia, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Polonia, Rumanía, Ucrania); Estados Unidos de América; Magreb (Argelia, Marruecos y Mauritania); Latinoamérica (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela, Chile, Uruguay, Honduras, México, Cuba, República Dominicana); Asia (Nepal, India, Federación Rusa, China) y África Subsahariana (Camerún, Gambia, Ghana, Guinea Ecuatorial, Senegal).

Se eligieron diagnósticos activos de problemas de salud prevalentes en la población general e influenciados por los hábitos nutricionales, tóxicos y de actividad física, codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de Salud (OMS), agrupándolos por similitudes clínicas, diagnósticas y terapéuticas: tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial, dislipemia, problemas osteomusculares (OM), asma, depresión y ansiedad.

La base de datos se obtuvo con el consentimiento de la dirección del ICS territorial y se siguieron las normas de la Guía de Buenas Prácticas en Investigación en AP del IDIAP Jordi Gol<sup>12</sup>.

Las variables categóricas se expresaron en porcentajes y las variables continuas en medias y desviación estándar. Se compararon las medias con las pruebas estadísticas T de Student Fisher y el ANOVA y las frecuencias con la prueba del chi-cuadrado ( $\chi^2$ ). Se comprobaron los criterios de normalidad de la aplicación de los test. En caso de no cumplirse, se aplicaron test no paramétricos. La significación entre las prevalencias de las patologías de los diferentes grupos se ajustó por edad, sexo y nacionalidad, según fuera preciso, mediante diferentes modelos de regresión logística. El nivel de significación se fijó como  $p < 0,05$ . Para el análisis de datos se utilizó el paquete SPSS/PC (versión 20.0).

## RESULTADOS

Las características la muestra se pueden ver en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Características de la muestra de adultos de 18 a 44 años		
	Mujeres	Hombres

n	15.897		15.759	
	Nacionalidad (%)	Edad años (+/-DS) <sup>a</sup>	Nacionalidad (%)	Edad años (+/- DS)
<b>Española</b>	77,12%	32,67 (+/-7,60)	77,53%	32,70 (+/-7,60)
<b>Magreb</b>	7,92%	30,67 (+/-7,20)	9,52%	33,53 (+/-7,42)
<b>Europa-Estados Unidos</b>	6,91%	32,69 (+/-6,62)	6,66%	33,92 (+/-6,61)
<b>Latinoamérica</b>	6,98%	32,55 (+/-7,20)	5,28%	32,34 (+/-7,44)
<b>Asia</b>	1,07%	32,07 (+/-7,40)	1,01%	31,87 (+/-7,82)

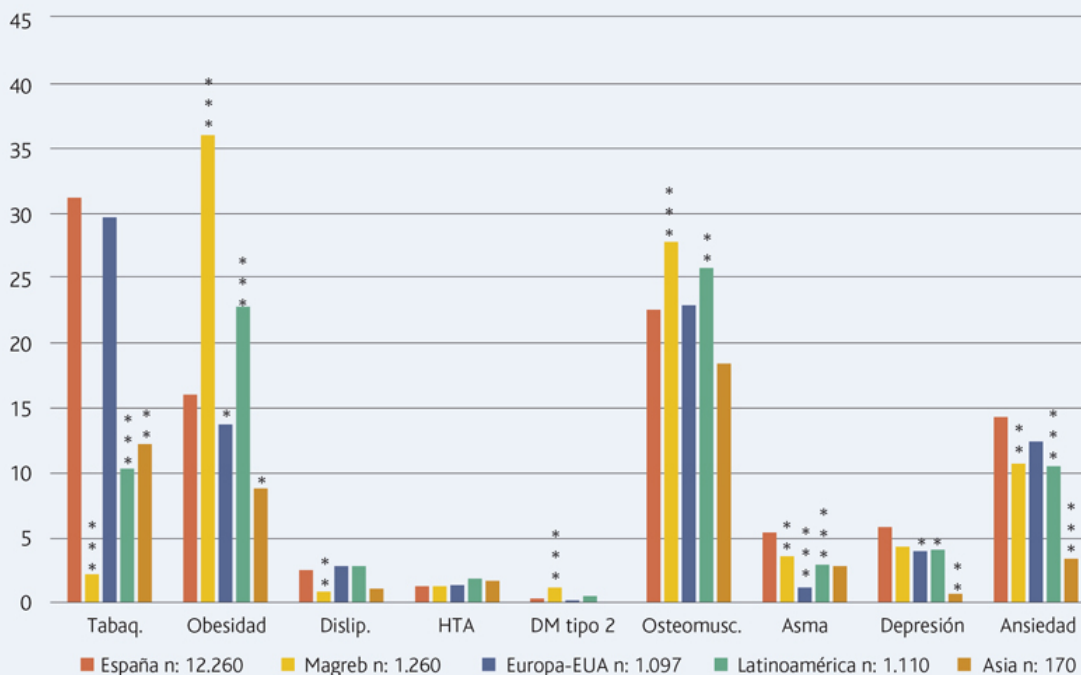
<sup>a</sup>Expresados en media y desviación estándar (DS). No existen diferencias significativas en la distribución de nacionalidades, ni en la edad media entre hombres y mujeres.

Del total de población asignada y atendida de 18 a 44 años (31.656), el 22,67% fueron de origen extranjero.

Las mujeres extranjeras tuvieron significativamente mayor prevalencia de obesidad, problemas OM, ansiedad y depresión y menor prevalencia de tabaquismo respecto a los hombres.

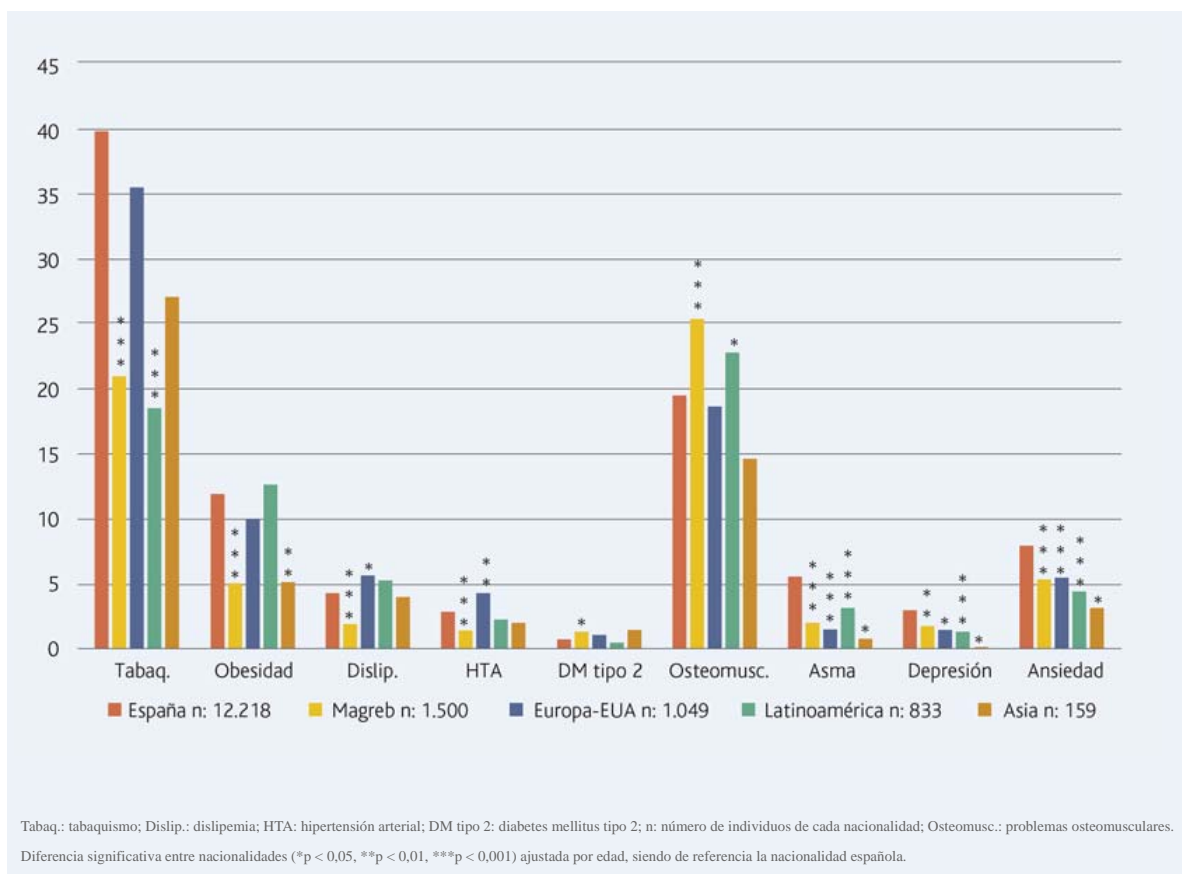
Las figura 1 y 2 muestran la prevalencia de los diferentes problemas de salud analizados en mujeres y hombres respectivamente.

**Figura 1. Prevalencia de morbilidad según nacionalidades en mujeres de 18 a 44 años**



Tabaq.: tabaquismo; Dislip.: dislipemia; HTA: hipertensión arterial; DM tipo 2: diabetes mellitus tipo 2; n: número de individuos de cada nacionalidad; Osteomusc.: problemas osteomusculares. Diferencia significativa entre nacionalidades (\*p < 0,05, \*\*p < 0,01, \*\*\*p < 0,001) ajustada por edad, siendo de referencia la nacionalidad española.

**Figura 2. Prevalencia de morbilidad según nacionalidades en hombres de 18 a 44 años**



Vemos que las mujeres magrebíes de 18 a 44 años presentaron la mayor prevalencia de obesidad, DM2 y problemas OM respecto al resto, aunque en las de origen latinoamericano la obesidad y los problemas OM también fueron más prevalentes que en las mujeres españolas. Por el contrario, tuvieron menor prevalencia de tabaquismo y ansiedad. Las mujeres de origen asiático destacaron por las menores prevalencias tanto de tabaquismo como de obesidad, ansiedad y depresión.

En cuanto a la prevalencia de los diferentes problemas de salud analizados en hombres de 18 a 44 años, los magrebíes presentaron la mayor prevalencia de problemas OM, seguidos de los latinoamericanos, pero, a diferencia de las mujeres, presentaban menos prevalencia de obesidad de manera significativa. En cuanto a la DM2, fue más prevalente de manera estadísticamente significativa en los hombres magrebíes, aunque clínicamente poco relevante. También tuvieron menor dislipemia, hipertensión y tabaquismo. La prevalencia de asma, ansiedad y depresión fue menor en todos los grupos de hombres extranjeros de manera estadísticamente significativa.

## DISCUSIÓN

Nuestra investigación pone de manifiesto que la prevalencia de obesidad y otras patologías crónicas es diferente en función del género y la nacionalidad en APS.

Nuestros datos son una buena aproximación a la morbilidad a nivel de ciudad ya que en Catalunya el sistema sanitario público atiende al conjunto de la población sea o no extranjera, y en nuestro medio el ICS es el principal proveedor.

Utilizamos codificaciones diagnósticas del CIE-10, agrupadas por similitudes clínicas, diagnósticas y terapéuticas de las enfermedades, de manera similar a otros estudios<sup>3</sup>.

El no disponer del año de llegada al país de destino y de si se trata de inmigrantes o bien hijos de inmigrantes<sup>11</sup> son limitaciones. Se descartó el grupo procedente de África Subsahariana en el análisis por su escaso número de individuos (< 100).

La patología más prevalente en la población extranjera usuaria de las cuatro ABS del ICS en Reus fue la OM, seguida de la obesidad, los factores de riesgo cardiovascular y la ansiedad, similar a los hallazgos en la encuesta de salud de Catalunya (ESCA) de 2014 y la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012<sup>13,14</sup>.

La mayor prevalencia de obesidad en mujeres magrebíes se ha constatado en otros estudios. En un estudio descriptivo transversal realizado en cuatro centros de salud de un área semiurbana de Barcelona, en una muestra de 167 pacientes marroquíes con una media de edad de 36,79 (+/-11,42) años, se objetivó una prevalencia de obesidad en mujeres del 35,82% frente al 14% en hombres ( $p < 0,002$ ), mientras que los hombres presentaron mayor prevalencia de tabaquismo (40% frente al 4,48% en mujeres)<sup>15</sup>, prevalencias similares en cuanto a la obesidad en las mujeres magrebíes de nuestro estudio en esta franja de edad (36%) y mayores con respecto a los hombres (5% en nuestro estudio) y superiores a las de nuestro estudio en tabaquismo (20,9% en los hombres, 1,7% en las mujeres magrebíes).

A nivel europeo, en un estudio con 1.285 personas realizado en los Países Bajos<sup>16</sup>, donde la media de edad de las mujeres marroquíes fue de 43,8 ( $\pm 14,1$ ) años y en los hombres 52,4 ( $\pm 13,2$ ), la prevalencia de obesidad en las mujeres marroquíes fue del 39,1%, más del doble respecto a las holandesas ( $p < 0,001$ ). A diferencia de nuestro estudio, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres holandeses y marroquíes (prevalencia de

obesidad del 11% y del 13,2%, respectivamente).

Una menor prevalencia de obesidad y tabaquismo también fue objetivada en un estudio descriptivo con 263.356 participantes de  $\geq 45$  años en Australia en población inmigrante asiática. Sin embargo, cuando se utilizó el índice de masa corporal de corte recomendado por la OMS para los asiáticos de  $\geq 23$  kg/cm<sup>2</sup>, esta se incrementó<sup>17</sup>.

De manera similar a nuestros hallazgos, una revisión sistemática de 18 estudios sobre la prevalencia de DM2 y de otros factores de riesgo cardiovascular en inmigrantes turcos y marroquíes en el noroeste de Europa también evidenció que la DM era más prevalente en ellos y el tabaquismo muy infrecuente entre las mujeres marroquíes<sup>18</sup>.

La menor prevalencia de hipertensión arterial entre la población inmigrante marroquí también ha sido objetivada por otro estudio con una muestra aleatorizada de 1.304 adultos, pero tanto en hombres como en mujeres (26,1% y 19,6% respectivamente) frente a 48,8% y 35% de prevalencia de hipertensión arterial entre la población autóctona danesa<sup>19</sup>. Un estudio realizado en España objetivó un 16% de menor cribado de hipertensión arterial entre los inmigrantes<sup>20</sup>.

Un estudio cualitativo en Holanda con mujeres marroquíes<sup>21</sup> constató que en este grupo de población la obesidad aumentaba como consecuencia de la pérdida de redes de apoyo y porque la tradición asocia gordura con belleza, felicidad y éxito. El vivir en hogares más pequeños, usar electrodomésticos y transporte público y una escasa tradición de realizar actividad física (AF) en el tiempo libre entre las mujeres marroquíes reducirían la práctica de AF.

En otro estudio cualitativo en Marruecos, emergió que la corpulencia se construye culturalmente como una consecuencia directa de la maternidad y está culturalmente idealizada. La creencia de que la salud está en manos de Dios generaría conformismo ante los problemas de salud como la obesidad y desincentivaría las acciones preventivas. Además la hospitalidad en torno a la comida es uno de los valores centrales en la tradición de Marruecos y del Islam y en el contexto de la migración fomenta el vínculo, la cohesión y las relaciones sociales. En el contexto de la migración estos valores contribuyen a la cohesión social. Estas creencias estarían más arraigadas entre las personas que cuentan solo con una educación básica en escuela coránica<sup>22</sup>.

En cuanto a la menor prevalencia de otras patologías como la ansiedad y depresión halladas en nuestro estudio en la población extranjera, esta podría explicarse por la buena salud del inmigrante al llegar al país de destino<sup>3</sup>, pero también porque hay un mayor infradiagnóstico como consecuencia de las diferencias culturales, idiomáticas, religiosas, que dificultan el reconocimiento de este tipo de enfermedades<sup>23</sup>. Se ha visto que en poblaciones árabes predomina la expresión de dolor, molestias y debilidad frente a sintomatología depresiva<sup>24</sup>. Esto podría explicar la mayor prevalencia de patología OM observada en nuestra población magrebí.

En Bélgica, un estudio basado en el análisis de la encuesta nacional de salud, en que ansiedad y depresión se valoraron a través de subescalas de sintomatología, halló que la población de origen marroquí tenía una elevada tasa de sintomatología ansiosa y depresiva respecto a la población de origen belga, atribuible a la exposición a condiciones más estresantes, a procesos de exclusión social, empobrecimiento y racismo<sup>25</sup>. Un estudio posterior<sup>26</sup> halló que ser mujer aumentaba el riesgo de ansiedad y depresión y la existencia de apoyo social actuaba como factor protector en inmigrantes marroquíes y turcos, en la línea de otros estudios internacionales y como apuntó un estudio realizado en el País Vasco<sup>27</sup>.

Podemos concluir que en población adulta de 18 a 44 años atendida en APS en un entorno urbano del área mediterránea de Catalunya se han constatado diferencias en la prevalencia de diversos factores de riesgo cardiovascular y patologías crónicas en función del género y la nacionalidad, dos de los ejes de desigualdades sociales en salud. Estos hallazgos plantean la necesidad de realizar una atención universal proporcional, sin barreras, pero que module su intensidad según la necesidad, tanto a nivel asistencial como a través de una acción comunitaria intersectorial en la que participe activamente la APS con el apoyo de mediadores interculturales, para que esta sea realmente redistributiva y contribuya a la reducción de desigualdades sociales en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Idescat. Generalitat de Catalunya [internet]. El municipio en cifras. Reus: población 2014. [consulta el 10 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/>.
2. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381(9873):1235-45.
3. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 [consulta el 31 de agosto 2015];29(1):15-20. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/en/linkresolver/the-healthy-migrant-effect-in/S0213911114002040/>
4. 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(8):1613-27.
5. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med*. 2010;71(9):1610-9.
6. Delavari M, Sønderrlund AL, Swinburn B, Mellor D, Renzaho A. Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries—a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:458.
7. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijkts B, Petrova-Benedict R MM. Migration and health in the European Union. Maidenhead: Open University Press; 2011.
8. Viruell-Fuentes EA, Miranda PY, Abdulrahim S. More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Soc Sci Med*. 2012;75(12):2099-106.
9. Llacer A, Zunzunegui MV, Del Amo J, Mazarrasa L, Bolumar F. The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Heal*. 2007;61(Supplement 2):ii4-10.
10. Ambrosini M, Barone C. Employment and working conditions of migrant workers. *Transf Eur Rev Labour Res*. 2008;14(4):709-12.
11. Malmusi D, Jansà i López del Vallado JM. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Publica*. 2007;81(4):399-409.
12. Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. Guia de bones pràctiques en recerca en atenció primària; Barcelona; semFYC: 2010.

13. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats [Internet]. 2015. [consulta el 20 de noviembre de 2015] Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014\\_resultats.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf)
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Presentación de la Encuesta Nacional De Salud: ENSE 2011-2012. [Internet]. 2013 [consulta el 21 de noviembre de 2015]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>
15. Guil Sánchez J, Rodríguez-Martín M. Prevalence of cardiovascular risk factors in Maghrebian immigrants in a semiurban area of Barcelona. *Semergen*. 2013;39(3):139-45.
16. Ujic-Voortman JK, Bos G, Baan CA, Verhoeff AP, Seidell JC. Obesity and body fat distribution: ethnic differences and the role of socio-economic status. *Obes Facts*. 2011;4(1):53-60.
17. Guo S, Lucas RM, Joshy G, Banks E. Cardiovascular Disease Risk Factor Profiles of 263,356 Older Australians According to Region of Birth and Acculturation , with a Focus on Migrants Born in Asia. *PLoS One*. 2015;10(2):1-17.
18. Uitewaal PJM, Manna DR, Bruijnzeels MA, Hoes AW, Thomas S. Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors, and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe: a systematic review. *Prev Med (Baltim)*. 2004;39(6):1068-76.
19. Agyemang C, Ujic-Voortman J, Uitenbroek D, Foets M, Droomers M. Prevalence and management of hypertension among Turkish, Moroccan and native Dutch ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands: The Amsterdam Health Monitor Survey. *J Hypertens*. 2006;24(11):2169-76.
20. Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso Á. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit [Internet]*. 2010 [consulta el 15 de diciembre 2015];24(2):136-44. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/content/articulo/S0213911109003689/>
21. Nicolaou M, Benjelloun S, Stronks K, Van Dam RM, Seidell JC, Doak CM. Influences on body weight of female Moroccan migrants in the Netherlands: A qualitative study. *Health and Place*. 2012;18(4):883-91.
22. Batnitzky AK. Cultural constructions of «obesity»: understanding body size, social class and gender in Morocco. *Health and Place*. 2011;17(1):345-52.
23. Bagayogo IP, Interian A, Escobar JI. Transcultural aspects of somatic symptoms in the context of depressive disorders. *Adv Psychosom Med*. 2013;33:64-74.
24. Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *Br J Psychiatry*. 2004;184:10-20.
25. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*. 2007;97(1-3):229-39.
26. Levecque K, Lodewyckx I, Bracke P. Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium: a general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(3):188-97.
27. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo de la Hoz G, et al. Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gac Sanit [Internet]*. 2009 [consulta el 21 de diciembre de 2015];23(Suppl. 1):29-37. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/content/articulo/S0213911109003136/>

[Volver](#)

Prevalencia de morbilidad crónica en adultos jóvenes extranjeros atendidos en Atención Primaria de Salud

*Carme Poblet Calaf, Johanna Carmina Arias Reyes, Jordi Bladé Creixenti, Mònica Anguela Batlle, Maria Teresa Mauri Rojals y Victoria Arija Val*

Comunidad Mayo 2017;19(1):6

ISSN: 2339-7896

## COMENTARIOS

0  
comentarios

### Dejar un comentario

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar