



**ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS DE SALUD
DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE
LATINOAMERICANA ADULTA
DE LA CIUDAD DE SEVILLA**

TESIS DOCTORAL

Mención Internacional

Programa de Doctorado

**“Nuevas Tendencias Asistenciales y de Investigación
en Ciencias de la Salud”**

Departamento de Enfermería

Universidad de Sevilla

Directoras de Tesis

Prof.^a Dra. Dña. M^a de las Mercedes Lomas Campos

Prof.^a Dra. Dña. M^a de los Ángeles Rodríguez Gázquez

Doctorando

José Rafael González López

Departamento de Enfermería

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Universidad de Sevilla

Sevilla, Abril 2012



**ANALYSIS OF HEALTH BEHAVIORS
IN LATIN AMERICAN IMMIGRANT
ADULT POPULATION
OF THE CITY OF SEVILLE**

DOCTORAL THESIS

International Mention

Doctoral Program

**“New Assistencial and Researchable Trends
in Health Sciences”**

Department of Nursing

University of Seville

Thesis Supervisors

Professor Ph.D. M^a de las Mercedes Lomas Campos

Ph.D. M^a de los Ángeles Rodríguez Gázquez

Ph.D. Student

José Rafael González López

Department of Nursing

Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry

University of Seville

Seville, April 2012



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Prof.^a Dra. Dña. M^a DE LAS MERCEDES LOMAS CAMPOS, Catedrática de Escuela Universitaria adscrita al Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, como Directora de la Tesis Doctoral **“ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE LATINOAMERICANA ADULTA DE LA CIUDAD DE SEVILLA”**, cuyo autor es D. José Rafael González López, emito informe favorable avalando la lectura de la Tesis Doctoral en el Departamento de referencia.

Y para que así conste a los efectos oportunos firmo la presente.

Sevilla, a 30 de marzo de dos mil doce

Dra. Dña. M^a de las Mercedes Lomas Campos



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Prof.^a Dra. Dña. M^a DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ GÁZQUEZ, Profesora Doctora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia de Medellín (Colombia), como Directora de la Tesis Doctoral **“ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE LATINOAMERICANA ADULTA DE LA CIUDAD DE SEVILLA”**, cuyo autor es D. José Rafael González López, emito informe favorable avalando la lectura de Tesis Doctoral en el Departamento de referencia.

Y para que así conste a los efectos oportunos firmo la presente.

Medellín, a 30 de marzo de dos mil doce

A handwritten signature in blue ink on a light yellow background. The signature reads "M^a de los Ángeles Rodríguez Gázquez." with a stylized flourish at the end.

Dra. Dña. M^a de los Ángeles Rodríguez Gázquez

AGRADECIMIENTOS

Muchas han sido las personas que, de una u otra forma, han contribuido a que este trabajo se materialice, para ellas va mi agradecimiento.

A la Dra. Dña. M^a de las Mercedes Lomas Campos y a la Dra. Dña. M^a de los Ángeles Rodríguez Gázquez, directoras de la presente Tesis Doctoral, por su valiosa dirección, generosidad, dedicación sin límites y excelencia personal, sin las cuales, este trabajo no hubiera sido posible.

Mi agradecimiento a la Prof.^a Juana Macías Seda y a la Prof.^a Ana María Soler Castells por la confianza depositada en mí y por su motivación e inestimables aportaciones que han mejorado esta investigación.

Al Servicio de Estadística del Ayuntamiento de Sevilla, especialmente a Dña. M^a Fernanda Moreno.

A Jacinto, Juana, M^a José, Eloísa, Antonia, Beatriz y Javier, mi grupo de investigación, por la confianza, respaldo y calor humano.

A todos mis compañeros y amigos que directa o indirectamente, con sus sugerencias, palabras de aliento y cariño han hecho posible que este trabajo se desarrollara y llegara a su fin.

A todos los inmigrantes que voluntariamente han participado en esta investigación.

A M^a del Mar, por su gratitud, amor y compañía.

A mi hermana Aurora, por ser estímulo en mí día a día.

A mis padres, José Rafael y Aurora, por su educación, cariño, cercanía, ánimo y confianza permanente y constante.

Para Pablo, Florentina e Isidoro

In memoriam

Emigrar es desaparecer para después renacer.

Inmigrar es renacer para no desaparecer nunca más.

Goytisoló J. (2001)

Las referencias a personas, colectivos o cargos académicos figuran en la presente Tesis Doctoral en género masculino como género gramatical no marcado. Cuando procede, será válida la cita de los preceptos correspondientes en género femenino.

ÍNDICE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	27
2. MARCO TEÓRICO.....	35
2.1. La población en la edad adulta.....	37
2.2. Conceptualización de la migración.....	38
2.2.1. El fenómeno de la inmigración.....	40
2.2.2. La inmigración en el Mundo.....	41
2.2.3. La inmigración en Europa.....	42
2.2.4. La inmigración en España.....	45
2.2.5. Marco legislativo europeo y español.....	53
2.2.6. La inmigración en Andalucía.....	55
2.2.7. La inmigración en la ciudad de Sevilla	60
2.2.7.1. La inmigración latinoamericana en la ciudad de Sevilla	67
2.3. Conceptualización de la promoción de la salud.....	69
2.3.1 Conductas promotoras de la salud.....	72
2.4. Inmigración y salud	73
2.4.1. Estado de salud de la población inmigrante.....	74
2.4.2. Población inmigrante y Sistema Sanitario Español: Ley General de Sanidad	77
2.4.3. Especificidades del Sistema Sanitario Andaluz.....	78
2.5. Modelos y teorías enfermeras sobre el cuidado transcultural	80
2.5.1. Escuela de las necesidades.....	80
2.5.1.1. La Teoría General de Orem	81
2.5.2. Escuela del <i>caring</i> (cuidado)	83
2.5.2.1. Teoría de la Enfermería Transcultural	83

2.6. Búsqueda bibliográfica	85
2.6.1. Estado de la cuestión	86
2.6.1.1. Bases de datos	86
2.6.1.2. Reseña de trabajos	88
3. OBJETIVOS	91
3.1. Objetivo general	93
3.2. Objetivos específicos	93
4. METODOLOGÍA	95
4.1. Diseño del estudio	97
4.2. Población y muestra de estudio	98
4.2.1. Población	98
4.2.2. Muestra	100
4.3. Selección de los participantes	103
4.3.1. Criterios de selección	103
4.3.2. Métodos de recolección de la información	103
4.4. Control de la calidad de la información	104
4.4.1. Del instrumento	104
4.4.2. De la base de datos	105
4.5. Aspectos éticos	105
4.6. Instrumento de recolección de la información	106
4.7. Almacenamiento y organización de los datos	107
4.8. Análisis estadístico de los datos	108
5. RESULTADOS	111
5.1. Datos sociodemográficos	113
5.1.1. Sexo, país de origen y edad	113
5.1.2. Estado civil y distrito administrativo de residencia	114

5.1.3. Nivel de estudios y tiempo de residencia en España y Sevilla	115
5.1.4. Ocupación laboral anterior y actual.....	116
5.1.5. Características de la vivienda	117
5.2. Conductas de salud	121
5.2.1. Estado de salud percibida.....	121
5.2.2. Calidad de vida en relación con la salud	123
5.2.3. Acceso a los servicios sanitarios	124
5.2.4. Persona que cuida de otra	126
5.2.5. Actitudes de las personas hacia la etnia	127
5.2.6. Sueño.....	128
5.2.7. Actividad física y ejercicio físico	129
5.2.8. Alimentación.....	133
5.2.8.1. Desayuno	133
5.2.8.2. Media mañana	133
5.2.8.3. Comida.....	134
5.2.8.4. Merienda	134
5.2.8.5. Cena	135
5.2.9. Dietas.....	137
5.2.10. Consumo de alcohol.....	137
5.2.11. Consumo de tabaco	143
5.2.12. Consumo de fármacos y otras drogas.....	144
5.2.13. Prácticas sexuales	149
5.2.14. Vacunas.....	151
5.2.15. Salud de la mujer	151
5.2.16. Detección del cáncer de próstata- salud masculina	154
5.2.17. Accidentes.....	154
5.2.18. Seguridad vial	156

6. DISCUSIÓN.....	159
6.1. En función de las características sociodemográficas de la muestra	161
6.2. En función de las conductas de salud de la población.....	165
6.3. Limitaciones del estudio.....	183
7. CONCLUSIONS.....	185
8. ABSTRACT	189
9. BIBLIOGRAFÍA.....	193
10. ANEXOS	229
ANEXO I: Mapa distritos de la ciudad de Sevilla	231
ANEXO II: Distritos y barrios oficiales de la ciudad de Sevilla	233
ANEXO III: Distribución geográfica de los distritos de la ciudad de Sevilla con barrios oficiales y secciones censales	236
ANEXO IV: Consentimiento Informado.....	248
ANEXO V: Cuestionario	251
ANEXO VI: Informe Comité Ético de Experimentación	263
ANEXO VII: Descripción de las variables sociodemográficas del instrumento	265
ANEXO VIII: Descripción de las variables de conductas de salud del instrumento....	268

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución de las tasas brutas de natalidad, mortalidad, crecimiento natural y de migración neta en el siglo XX en España (1900-2005).....	47
Gráfico 2. Población extranjera empadronada en España según Comunidad Autónoma de residencia.	50
Gráfico 3. Evolución de los extranjeros en Andalucía. Período 2001-2011.	56
Gráfico 4. Extranjeros en Andalucía según continente de procedencia, 2011.	57
Gráfico 5. Proporción de extranjeros sobre el total de empadronados en Andalucía según provincia de residencia. Años 2001 y 2011.....	58
Gráfico 6. Crecimiento porcentual de la población inmigrante en las distintas provincias andaluzas. Período 2001-2011.	60
Gráfico 7. Extranjeros en Sevilla capital según su origen de procedencia. Período 2001-2011.....	62
Gráfico 8. Pirámide poblacional de la población inmigrante en la ciudad de Sevilla. ...	63
Gráfico 9. Distribución de la población inmigrante por Distritos en la ciudad de Sevilla, 2009.....	64
Gráfico 10. Procedencia americana de extranjeros en Sevilla, 2011.	65
Gráfico 11. Procedencia de la Unión Europea de extranjeros en Sevilla, 2011.....	65
Gráfico 12. Procedencia africana de extranjeros en Sevilla, 2011.....	66
Gráfico 13. Procedencia asiática de extranjeros en Sevilla, 2011.....	66
Gráfico 14. Procedencia europea no comunitaria de extranjeros en Sevilla, 2011.....	67
Gráfico 15. Evolución del Índice de masculinidad de la población inmigrante latinoamericana en la ciudad de Sevilla. Período 2001-2011.....	68
Gráfico 16. Representación gráfica de los determinantes de salud según el Informe Lalonde.	73
Gráfico 17. Distribución porcentual de la muestra según estado civil y sexo.....	114
Gráfico 18. Distribución de la muestra según el distrito administrativo de residencia y el sexo.	115

Gráfico 19. Distribución proporcional de la muestra por las variables ocupación laboral anterior y actual.	117
Gráfico 20. Principales preocupaciones económicas de los encuestados.	118
Gráfico 21. Estado de salud autopercebida por sexo y total.	122
Gráfico 22. Categorías de IMC según sexo y total.	123
Gráfico 23. Centros de salud para recibir asistencia sanitaria identificados por los encuestados.	125
Gráfico 24. Motivos de asistencia a la consulta de Enfermería.	126
Gráfico 25. Actitudes frente a la etnia en el ámbito laboral y la asistencia sanitaria en los últimos 12 meses.	128
Gráfico 26. Frecuencias en la práctica de ejercicio físico en la última semana.	132
Gráfico 27. Frecuencias en la ingesta de alimentos en las diferentes comidas del día.	135
Gráfico 28. Frecuencias en la ingesta de bebidas en las diferentes comidas del día. ...	136
Gráfico 29. Motivos para la disminución de la ingesta de alcohol.	138
Gráfico 30. Uso de los métodos anticonceptivos en personas con vida sexual activa de la muestra según sexo y total.	149
Gráfico 31. Citologías y mamografías realizadas por la muestra.	153
Gráfico 32. Asistencia sanitaria requerida en accidentes sufridos por los encuestados durante los últimos 12 meses.	155
Gráfico 33. Medidas de protección empleadas en el último mes, en función del medio de transporte.	157

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Proporción de extranjeros sobre el total de empadronados en Andalucía. Período 2001-2011.....	56
Tabla 2. Población extranjera residente en las provincias Andaluzas. Período 2001-2011.....	59
Tabla 3. Extranjeros en Sevilla capital según su origen de procedencia. Período 2001-2011.....	61
Tabla 4. Distribución de la población inmigrante latinoamericana de 25 a 44 años según sexo y distrito. Sevilla, 2009.	99
Tabla 5. Distribución de la población inmigrante latinoamericana de 25 a 44 años según sexo y país de origen. Sevilla, 2009.....	100
Tabla 6. Distribución de la muestra inmigrante latinoamericana de 25 a 44 años por sexo y distrito.	102
Tabla 7. Representatividad de la población por nacionalidad en la muestra y en la población. Sevilla, 2009.....	102
Tabla 8. Características generales de 190 personas inmigrantes latinoamericanos adultos de la ciudad de Sevilla.	119
Tabla 9. Actividad física realizada por 190 personas inmigrantes latinoamericanas residentes en Sevilla.	130
Tabla 10. Prevalencia por cien del consumo de alcohol en el último mes de 190 personas inmigrantes latinoamericanas residentes en Sevilla.	140
Tabla 11. Conglomerados para consumo de alcohol en el último mes, tener riesgo para alcoholismo, haber fumado en la vida y haber consumido tóxicos en los últimos 6 meses.....	142
Tabla 12. Prevalencia por cien del consumo de tabaco de 190 personas inmigrantes latinoamericanas residentes en Sevilla.....	144
Tabla 13. Estimación de los parámetros de la regresión logística para la variable dependiente automedicación en los últimos 6 meses.....	146

Tabla 14. Conglomerados para automedicación y consumo de remedios caseros según variables de interés.	147
Tabla 15. Prevalencia por cien del consumo de sustancias tóxicas en los últimos 6 meses de 190 personas inmigrantes latinoamericanas residentes en Sevilla.	148

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera los estilos de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De este modo, ha propuesto la siguiente definición: “Los estilos de vida son una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (1).

La transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles, entre ellas las crónicas, ha llevado a que éstas en la actualidad sean la principal causa de mortalidad en nuestro país, cobrando especial importancia el estudio de los estilos de vida relacionados con la salud (2).

Entre las dimensiones que integran los estilos de vida se han incluido conductas de salud y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo (3-6). La OMS definió en 1986 las conductas de salud u orientadas hacia la salud *-Health behaviors* en inglés-, como cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin (7).

En la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Yakarta (Indonesia) en 1997 (8), se enfatizó en la necesidad de incrementar en los países la conciencia y los esfuerzos sobre la adquisición de conductas de salud que componen los estilos de vida, especialmente en los colectivos más desfavorecidos. En principio, el colectivo inmigrante lo es, si lo comparamos con la población autóctona de las zonas receptoras, debido fundamentalmente a las condiciones de vida y de trabajo a que se ven sometidos con frecuencia (9). Dicho colectivo inmigrante de cualquier zona del mundo se ve inmerso dentro de los denominados movimientos migratorios. Adepoju en 2005 (10) describe que el principal flujo migratorio del mundo se produce en el

continente africano, desde África Oriental a África Occidental, afirmando Cebrián (11) en 2009 que España se sitúa entre los principales países receptores de flujos migratorios. Debido a ello, en las dos últimas décadas desde inicios del siglo XX, se ha incrementado en la literatura científica biomédica el número de trabajos enfocados al estudio de la salud de la población inmigrante (12). Aparte de los trabajos de Rodríguez et al. (13, 14) sobre la salud de los inmigrantes, son pocos los estudios que se han acercado a las necesidades sanitarias de esta población por medio de encuestas poblacionales (15).

Este tipo de aproximaciones son de gran importancia ya que, tal y como exponen Gushulak et al. (16) y Rodríguez et al. (14), estudiar la salud exclusivamente a través de los pacientes que acuden a los servicios sanitarios puede crear estereotipos que identifiquen a la población inmigrante con personas enfermas, cuando la realidad parece ser diferente. Tal como exponen los autores anteriores (14,16), la falta de representatividad de la población inmigrante que ha habido en algunas encuestas de salud regionales es lo que promueve la realización de trabajos como el que aquí se presenta, que tratan de dar respuesta a preguntas que no han podido responderse con la información de los registros sanitarios de base poblacional disponibles.

Las diferencias en el estado de salud, en los estilos de vida y en el uso de los servicios sanitarios, según el país de origen de las personas, pueden tener importantes implicaciones a la hora de garantizar la asistencia sanitaria de la población. En los últimos años, la administración sanitaria se ha concienciado de esta necesidad y, actualmente, una gran parte de las encuestas de salud permiten identificar a la población según el lugar de origen (15).

Hoy en día, es necesario que las fuentes de información sanitaria recojan otras variables que permitan dilucidar los factores que explican la salud de la población, así como identificar, en todo caso, las posibles desigualdades en salud producto de los mismos (17). Algunos autores (18-20) dejan entrever cómo la salud del colectivo inmigrante empeora según aumenta el tiempo de estancia en el país receptor. Quizás este hecho se asocie con la hipótesis del “inmigrante sano”, unido al deterioro de la salud tras la llegada al país receptor, deterioro que distintos estudios han relacionado con la pérdida de estatus social (21), la privación material (22), la inseguridad económica (23-25), la discriminación y la ruptura del soporte social, entre otros

factores (26). Otra variable que es necesario tener en cuenta a la hora de estudiar la salud de la población inmigrante es la situación administrativa. Rodríguez et al. (13) afirman que la irregularidad conlleva una mayor predisposición al estrés (16), mayor discriminación laboral (27), mayores dificultades de acceso al sistema sanitario (28) y, en definitiva, una mayor vulnerabilidad tanto social como sanitaria (13).

En este sentido, diversas investigaciones (29-31) han mostrado la importancia de conocer las conductas de salud de la población con el fin de disponer de una mejor información que pueda ser utilizada para intervenir y mejorar la situación de salud. Específicamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto (32). Los estudios llevados a cabo con población inmigrada sobre su salud consideran la participación de dicho colectivo como una condición indispensable para que puedan expresar sus demandas (33,34) y se garantice la cobertura de sus necesidades (35,36), su protagonismo como agentes de salud (37) y, finalmente, su empoderamiento para promover su autorresponsabilidad en la salud (38, 39).

Para un mejor abordaje de dicho fenómeno, es necesario entender la migración como un proceso con diferentes fases o etapas, asociadas a problemas de salud específicos que van desde los procesos de incomunicación inicial hasta los problemas de identidad en la fase de asentamiento (40), y el conocimiento de la realidad y formas de vida de los inmigrantes como un elemento imprescindible para fomentar y promocionar su salud.

Con el fin de favorecer y promocionar el estado de salud de los inmigrantes, se requieren profesionales que atiendan sus respuestas humanas de forma integral. Desde la profesión enfermera se otorgan cuidados a las personas sanas y enfermas dentro de su ciclo vital (6). Para brindar cuidados en enfermería y ayudar a las personas a mantener o recuperar su salud debemos prestar especial atención a la cultura, las creencias de salud y enfermedad, los valores y prácticas de las personas (41); por tanto, las enfermeras deben estar preparadas para afrontar el reto de cuidar al colectivo inmigrante (42) y, para esto, es fundamental conocer sus conductas de salud (43), muchas de ellas

determinadas por la cultura (44), con el fin de que puedan ser intervenidas para conservar o recuperar la salud (45).

En la última década, ha sido un tema de preocupación en enfermería la forma en que se debe adaptar el cuidado a la población inmigrada (42), aseverando Baraza et al. (46) que la atención de enfermería a este colectivo debe basarse en la aplicación de cuidados integrales a partir del conocimiento cultural y de la valoración inicial, identificando los principales diagnósticos enfermeros con los que se trabajará su intervención conjuntamente con la persona inmigrante, teniendo como resultado un plan de cuidados adaptado culturalmente a su contexto. Consideramos, pues, que uno de los grandes desafíos que tiene nuestra disciplina es mejorar la salud de la persona, considerando sus aspectos actitudinales y comportamentales.

La presente Tesis se inscribe bajo la perspectiva de la Salud Pública, en la línea de investigación “Promoción de la Salud en las distintas etapas de la vida” del Departamento de Enfermería y dentro del Proyecto de Investigación (PI-0138) “Análisis descriptivo de las conductas de salud en personas inmigrantes y autóctonas en la ciudad de Sevilla” financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la Convocatoria de 2009. A lo largo del desarrollo de la Tesis se han llevado a cabo tres estancias académicas y de investigación de tipo predoctoral bajo la temática de la Inmigración y Promoción de la Salud, la primera en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia (3 meses), la segunda en la Facoltà di Medicina e Chirurgia de la Università degli Studi di Firenze (1 semana) y en la actualidad, durante 6 meses, en la Escola Superior de Saúde de la Universidade do Algarve en Faro, Portugal.

El estudio que se presenta se enmarca en el contexto de los proyectos de investigación que promueven tanto la política sanitaria nacional (Plan Nacional I+D+I) (47) como la de la Comunidad Autónoma de Andalucía (Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (PAIDI) (48), III Plan Integral para la Inmigración y III Plan Andaluz de Salud) para dar solución a los problemas de salud de la población española y de la andaluza, respectivamente, ya que, en ambos casos, tales políticas contemplan entre sus líneas prioritarias la investigación sobre “Inmigración y Salud”.

Consideramos que la presente investigación se circunscribe a este área temática estratégica, pues pretende indagar sobre las necesidades preventivas, relacionadas con las conductas de salud. Estimamos que la relevancia del trabajo es alta, por cuanto constituye el primer estudio de estas características que se lleva a cabo en la ciudad de Sevilla y será el punto de partida para poder evaluar los servicios sociosanitarios disponibles en la ciudad y, muy especialmente, los ofertados al colectivo inmigrante. A nivel municipal, este estudio servirá igualmente para conocer las necesidades de los distintos colectivos de inmigrantes que sean tomados en cuenta a la hora de planificar actuaciones de tipo social, de una manera contextualizada y desde una perspectiva más realista.

Con esta Tesis Doctoral se pretende conocer las conductas de salud del colectivo latinoamericano adulto de la ciudad de Sevilla, para abrir una línea de investigación destinada a que la disciplina enfermera promueva la prestación de unos cuidados de calidad (49), potenciando los estilos de vida saludables de las personas inmigrantes.

2. MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La población en la edad adulta

La edad adulta es el período de la vida de las personas comprendido entre la juventud y la ancianidad. Según la mayoría de los autores, incluye los grupos de edad de 25 a 64 años; no obstante, en la mayoría de los trabajos, y particularmente desde un punto de vista epidemiológico, a la hora de estudiar las causas de morbi-mortalidad de la población, se suele dividir ésta en dos periodos: un primer grupo que abarca desde los 25 a 44 años, que correspondería a adultos jóvenes, y un segundo que comprende desde los 45 a 64 años, que se identifica con la madurez (50, 51).

Son diferentes las causas de morbi-mortalidad pero, en general, en el primer grupo predominan los accidentes, envenenamientos y violencias, los tumores malignos y las enfermedades del aparato circulatorio, pasando a ocupar éstas y los tumores los primeros lugares en el segundo grupo de edad. En general, las principales causas de pérdida de salud son procesos en los que se pueden identificar una serie de factores de riesgo relacionados estrechamente con los estilos de vida, y por tanto, con las conductas y comportamientos de las personas.

Obviamente, el mayor interés debe estar en la prevención de los mismos, es decir, en emplear “cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión” (52), siendo específicamente la prevención primaria, esto es, impedir que ocurran, la más importante desde un punto de vista epidemiológico. No obstante, en muchas ocasiones, sobre todo en aquellos procesos multifactoriales en los que se desconocen algunos de los factores causales, las medidas de prevención primaria son poco efectivas, adquiriendo entonces una mayor relevancia las medidas de prevención secundaria, consistentes en una detección precoz de los problemas de salud para intentar controlarlos también lo antes posible, al objeto de reducir su prevalencia, siendo imprescindible, para ello, que exista un contacto eficaz del usuario con los servicios de salud y una captación activa, por parte de los profesionales, para que se involucren en los programas de cribaje o “screening”, que tienen su especial indicación, por su mayor valor predictivo positivo, cuanto más temprana sea la edad del individuo, especialmente en la etapa adulta (51).

2.2. Conceptualización de la migración

El hecho migratorio ha constituido una constante en la naturaleza social de la Humanidad, países y continentes se han desarrollado gracias a dicho fenómeno; el contacto con otras culturas ha conformado la base de sus identidades (53).

Desde los albores de la Humanidad, el ser humano ha sido una especie migrante “*Homo Viator*”; desde las primeras culturas cazadoras, pasando por los asentamientos agrícolas, la sociedad industrializada y la era de los avances informáticos, la movilidad geográfica ha formado parte de la historia de los pueblos. El ser humano, gracias a su actitud de supervivencia, ha buscado desde el Paleolítico hasta nuestros días la manera de mejorar sus condiciones de vida (vivienda, recursos económicos, laborales,...); ello ha impulsado al ser humano a migrar y buscar una reubicación a enclaves geográficos con mayores prestaciones, idóneas tanto para el individuo como para su entorno familiar (53, 54).

Tal y como afirma René Dubós “todos los seres humanos son migrantes con un origen común. Por obra de los desplazamientos que los expusieron a diferentes factores biológicos y los indujeron a adoptar diferentes modos de vida, las diversas razas humanas sufrieron modificaciones mínimas en el curso de los tiempos prehistóricos y los históricos, pero en conjunto su constitución genética sigue siendo casi la misma que hace decenas de miles de años” (55).

Puede definirse la migración, según la Real Academia Española, como el desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales (56).

Desde mitad del siglo XIX, ha sido considerado el derecho a migrar como algo que deriva de la propia concepción del hombre como ser racional y libre. Y así aparece consagrado en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en la Carta Social Europea y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (57).

En términos generales, el concepto de migración ha sido utilizado para hacer referencia a la *movilidad geográfica* de las personas, teniendo una doble dimensión: emigración que hace referencia a los flujos migratorios que salen de un país, e inmigración cuando éstos llegan a su lugar de destino siendo ajenos al territorio de residencia (58). Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (59),

dichos flujos migratorios permiten clasificar a la población en función de tres criterios: distancia geográfica, credenciales y razones de la migración.

En primer lugar, se definen los movimientos migratorios según la distancia geográfica recorrida por la persona; se clasifican desde desplazamientos de refugiados, el éxodo rural, las migraciones nacionales, las migraciones internacionales, etc. Dicha clasificación puede agrupar migraciones externas o internas si ocurren dentro o fuera de una determinada demarcación geográfica, especificados por Pinto da Cunha (60).

El segundo criterio son las credenciales consignadas durante el período migratorio; se establece una distinción entre los migrantes documentados e indocumentados. Los migrantes regulares o documentados son aquellos cuya entrada y residencia y cuyo empleo, cuando procede, han sido reconocidos y autorizados por las autoridades oficiales del Estado en un país de acogida o tránsito. Los migrantes irregulares o indocumentados (en ocasiones se les denominada de forma inadecuada migrantes/ inmigrantes “ilegales”) son aquellos que han entrado en un país de acogida sin autorización legal y/o autorización de entrada para una estancia prolongada, por ejemplo, como visitantes, turistas, estudiantes extranjeros o trabajadores con contratos temporales (61).

En tercer lugar, dichos movimientos migratorios pueden clasificarse en función de las razones que impulsan a migrar; encontramos los migrantes “voluntarios” y “forzados”. Los migrantes voluntarios son aquellos que han decidido migrar voluntariamente (aunque pueden verse también sometidos a fuertes presiones económicas y de otra índole que les llevan a migrar). Entre ellos se incluyen los migrantes laborales, los familiares que se reencuentran con parientes, los estudiantes y jubilados extranjeros. La migración forzada se refiere a los “movimientos de refugiados y de desplazados internos (los desplazados por causa de conflictos), así como de personas desplazadas debido a desastres naturales o medioambientales, desastres químicos o nucleares, hambrunas o proyectos de desarrollo” (62).

2.2.1. El fenómeno de la inmigración

Una primera cuestión a analizar es el concepto de población inmigrante, dada la inexistencia de una definición consistente del mismo (63). Con el fin de evitar la alusión a realidades distintas bajo la misma denominación, se clarifica seguidamente el significado del concepto inmigrar e inmigrante (64).

La Real Academia Española (56), define inmigrar como “dicho del natural de un país: llegar a otro para establecerse en él, especialmente con idea de formar nuevas colonias o domiciliarse en las ya formadas”. A su vez, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1999, definió al inmigrante como “toda persona que cambia de país de residencia habitual” (65). Borge en 2006 (66), analiza que “el migrante es en consecuencia una categoría diferente de no nacional que tiene como parte de sus características necesidades básicas que cubrir, sobre todo la de un empleo. En su gran mayoría, no salen de su territorio por elegir entre alternativas que le favorezcan o les generen un valor agregado, lo hacen porque no tienen alternativa. Es una elección forzada, guiado por la necesidad. Por lo tanto, la categorización de los individuos que se movilizan de un territorio tiene una carga que corresponde a su estatus quo, a su posición económica y social”.

La inmigración es un fenómeno, puesto que se trata de una manifestación que se hace presente en la conciencia de los sujetos y aparece como objeto de su percepción. Se refiere también el vocablo “fenómeno” a la cosa extraordinaria y sorprendente (30). Dicho fenómeno migratorio puede caracterizarse como una oportunidad y como un problema.

Argerey (67) valora la inmigración como una oportunidad, puesto que el fenómeno migratorio puede tener efectos muy positivos para todas las partes implicadas en el mismo. Las personas que huyen de la falta de oportunidades económicas en sus países de origen lo hacen con el fin de encontrar en el mercado laboral del país de destino un empleo y unas perspectivas de vida adecuadas a sus expectativas. También el país de acogida puede beneficiarse de la llegada de inmigrantes si la gestión de los flujos migratorios es adecuada a unas características socioeconómicas y demográficas determinadas.

No menos importante es la caracterización de este fenómeno como un problema, ya que la inmigración puede provocar en ocasiones en el país de acogida fenómenos de xenofobia y racismo más o menos aislados (68), rechazo o incluso miedo ante los hipotéticos efectos negativos de las migraciones en las sociedades de destino de los extranjeros (69). Efectos que, a priori, podrían materializarse en menores oportunidades de empleo para los nativos, pérdida de ciertos referentes culturales y religiosos, inseguridad ciudadana, etc.

El concepto por el cual nos decantaremos en esta Tesis Doctoral es el de la Organización de las Naciones Unidas debido a ser el más integral.

2.2.2. La inmigración en el Mundo

La migración mundial de personas tiende a aumentar en los últimos decenios; lo más influyente no es dicho aumento sino que se haga cada vez más diversa, sobre todo, aunque no sólo, en términos de orígenes nacionales. Ello se manifiesta en el elevado y creciente número de países sistemática y significativamente implicados en las migraciones internacionales y en la multiplicación de rutas migratorias. Hace cien años, el grueso de los migrantes internacionales, nueve de cada diez, desembarcaba en cinco grandes países: Estados Unidos, Argentina, Brasil, Canadá y Australia. Ahora, para dar cuenta de una proporción equivalente, habría que sumar los recibidos por una cuarentena de países. Ello significa que la nómina de países receptores de inmigración, entendiendo por tales los que reciben flujos de forma sostenida y sistemática, se ha multiplicado. La mayor parte de ellos se agrupan en cuatro grandes sistemas migratorios internacionales -Norteamérica, Europa occidental, la región del Golfo Pérsico y la cubeta occidental del Pacífico- (70), que pueden calificarse de mundiales por ser destinatarios de flujos procedentes de múltiples procedencias. Por todo ello, puede decirse que las migraciones internacionales se han mundializado (71).

A ellos hay que añadir un puñado de países que no forman parte de ningún sistema reconocible, como Israel, Libia, Costa Rica o la República Sudafricana. Para complicar el cuadro, alguno antaño destacado, como Costa de Marfil, está en vías de dejar de serlo. Por el lado de las áreas de origen, los principales manantiales de la emigración internacional ya no están en Europa, sino en Asia, América Latina y África (72).

Hace un siglo, nueve de cada diez emigrantes internacionales eran europeos. En nuestros días, el número de países que nutren sistemática y significativamente los flujos migratorios internacionales supera el centenar. A los más veteranos se suman constantemente otros nuevos, como Ucrania, Bolivia o Nepal. Algunos grandes países de origen, como China, India o Vietnam, muestran una decidida tendencia a aumentar su participación. En otros, desde Argentina y la República Dominicana a Malasia y Tailandia, pasando por Marruecos, Turquía y varios de Europa Central, se intensifica la doble condición de inmigrantes y emigrantes. Algunos de ellos, y muchos otros más, engrosan la categoría de países de tránsito, una categoría en fuerte expansión que es en sí misma reflejo de los obstáculos que se oponen a la libre circulación.

Tradicionalmente, desde el punto de vista de los flujos migratorios, se tendía a clasificar los países o regiones en receptores y emisores, de destino y de origen. Ahora, razonablemente, suele añadirse una tercera categoría, la de los de tránsito, de creciente importancia. Y frecuentemente se afirma que casi todos los países son a la vez receptores, emisores y de tránsito. Ello es muy cierto, aunque no oblitera la utilidad de la vieja distinción, porque si bien todos reúnen esa triple condición, algunos países son sobre todo receptores y otros son ante todo emisores (70).

2.2.3. La inmigración en Europa

Desde 1950, Europa no ha dejado de ser receptora de inmigración, siendo el comportamiento de sus Estados miembros bastante heterogéneo al respecto, en función de las particularidades propias de cada país.

La zona Norte (Finlandia, Suecia, Irlanda y Reino Unido) ha sido muy dinámica en cuanto a movimientos migratorios; la zona central (Dinamarca, Alemania, Bélgica, Austria, Luxemburgo, Holanda y Francia) es el principal foco de atracción de la inmigración que se dirige a Europa. La zona mediterránea (Italia, España, Portugal y Grecia) ha experimentado, en cambio, un giro importante, pasando de ser una suministradora de inmigración a ser receptora de inmigración procedente principalmente del norte de África (ONU, 2006) (73).

A partir de la II Guerra Mundial (1939), el patrón migratorio ha ido cambiando hasta nuestros días. Dicho acontecimiento bélico y sus posteriores consecuencias demográficas constituye el denominado “sistema migratorio”, definido por Arango como un denso tejido de interrelaciones que se establece entre una región receptora de inmigración y un conjunto de países emisores de emigración (74).

Analizaremos brevemente el impacto migratorio en Europa a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI.

En la década de los 40, la tendencia de los europeos era emigrar: unos 4,5 millones de inmigrantes de una población europea estimada en 6,3 millones cambiaron de país. Los principales países de origen eran Reino Unido, Italia, Países Bajos, Portugal y España. Quienes hacían de “anfitriones” eran países como Estados Unidos (EE.UU.), Argentina, Venezuela, Brasil, Australia, Canadá y Sudáfrica (75).

Tras la II Guerra Mundial (1945), desde la óptica de los países receptores, los inmigrantes eran concebidos eufemísticamente como “trabajadores invitados”, “*guest-worker*” en el contexto anglosajón; o bien, se utilizaba el término de “*gästarbeiter*” en Alemania, Suiza y Austria (76).

En la década de los 50 y 60, el anterior dibujo migratorio se invirtió, dado que países como Alemania, Bélgica, Austria, Francia o Reino Unido empezaron a demandar trabajadores para su expansión económica e industrial, mientras que América Latina comenzó a ver reducido su flujo migratorio. Francia, Alemania y otros países europeos demandaban de la incipiente Comunidad Europea la libre circulación de personas; de esta forma se liberalizaron los controles fronterizos, a partir de su creación por el tratado de Roma de 1957.

Durante los años siguientes (1960-1970), EE.UU. continuó siendo el principal país receptor de inmigración, la cual, si bien seguía procediendo de Europa, empezó a dar paso a inmigrantes procedentes de Asia y América del Sur.

La crisis del petróleo de 1973 cambió la situación de la etapa anterior de forma radical, frenándose el crecimiento en las grandes ciudades durante la década de los 70 y 80 (77). Es en estos años donde prevalece el sector terciario sobre el resto de los sectores de la actividad económica, a lo que debe sumarse el desarrollo tecnológico que

contribuyó a que no fueran necesarios trabajadores poco cualificados, sino a la inversa (78).

A finales de los años ochenta, en plena crisis económica y con elevadas tasas de paro, los países del Sur de Europa se transformaron en países receptores de inmigrantes (53). Esta época, desde el punto de vista económico-laboral, se caracterizó por el auge de la irregularidad de la actividad laboral de los extranjeros, mayoritariamente extracomunitarios. Esta condición no fue transitoria, sino que se convirtió en una característica estructural de la economía vinculada con el sector servicios, así como dirigida a la “economía sumergida”.

En los años noventa, entró en vigor el Acuerdo de Schengen (enero de 1993) permitiendo la libre circulación de mercancías y personas entre los países de la Unión Europea (UE), lo que eliminaba las fronteras interiores para reforzar los pasos fronterizos del exterior¹. Con la firma el 2 de octubre de 1997 del Tratado de Amsterdam, en vigor, de forma general, a partir del 1 de mayo de 1999, ha quedado configurado un nuevo espacio europeo en el que 15 Estados miembros de la Unión Europea están determinados a progresar en libertad, seguridad y justicia, garantizando la libre circulación de personas conjuntamente con medidas referidas al control de las fronteras exteriores, el asilo y la inmigración.

En la primera década del siglo XXI, se aprobó la Directiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, por la que se modificó el Reglamento (CEE) nº 1612/68 del Consejo, de 15 de octubre de 1968, relativo a la libre circulación de los trabajadores dentro de la Comunidad y se derogaron las Directivas 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE y 93/96/CEE.

En junio de 2008, el Parlamento Europeo aprobó una nueva directiva (2005/0167) sobre el retorno de inmigrantes “ilegales”, un paso fundamental hacia una política europea de inmigración que tiene como objetivo fomentar el retorno voluntario

¹ En junio de 1985 cinco países comunitarios firmaron el Acuerdo de Schengen, con el fin de eliminar los controles fronterizos a partir de 1990, pero la caída del muro de Berlín en 1989 suspendió esta decisión, que se vio ampliada con nuevos países europeos, con la excepción de Inglaterra, Dinamarca e Irlanda.

de inmigrantes no regularizados, pero de otra manera establecer normas mínimas para su tratamiento.

El 20 de noviembre de 2008, el Parlamento Europeo ratificó una Resolución legislativa (P6_TA(2008)0557) para crear la tarjeta azul, un instrumento que pretende atraer inmigrantes altamente cualificados profesionalmente.

El 1 de junio de 2009, entró en vigor el Espacio Económico Europeo (79), aportando condiciones de seguridad y calidad en el proceso inmigratorio reciente.

La evolución del fenómeno inmigratorio en Europa puede ser observada en el incremento significativo que han experimentado las dinámicas migratorias desde la II Guerra Mundial. La tasa neta de emigración -número de efectivos extranjeros en la Unión Europea- ha pasado del 1,5% de 1950 al 4,2% en la UE de los 15 o el 3,3% de los 25 en 2008 (80).

A partir de 2010, la migración neta para los países desarrollados al año se espera sea un promedio de 2,3 millones de personas. Los principales receptores netos de migrantes internacionales en Europa entre 2005 y 2050 se proyectan en Alemania (150.000), Italia (139.000), Reino Unido (130.000) y España (123.000) (81).

Según datos del International Migration Stock (United Nations- Population Division, 2008) (82), España recibió para el año 2005, el 4% de todos los inmigrantes internacionales que se dirigían hacia países desarrollados, y el 7% de todos los inmigrantes internacionales en el continente Europeo. Teniendo en cuenta los datos de Eurostat (2007- 2009), en el territorio español se concentra el 17% de toda la población de inmigrantes de la Unión Europea (UE-27) (European Comission, 2010) (83).

2.2.4. La inmigración en España

España es un “país de emigración”. Su mismo nacimiento como Estado coincide en el tiempo (1492) con la llegada de Colón y sus naves a América y con el inicio de tres siglos de emigración de españoles a las colonias del centro y sur del casi despoblado continente, en contraste a la ya por entonces saturada Europa.

Los trabajos de investigación cifran en varios millones el número de españoles que a lo largo de los siglos se vieron obligados a seguir los caminos de la mar (84). Durante

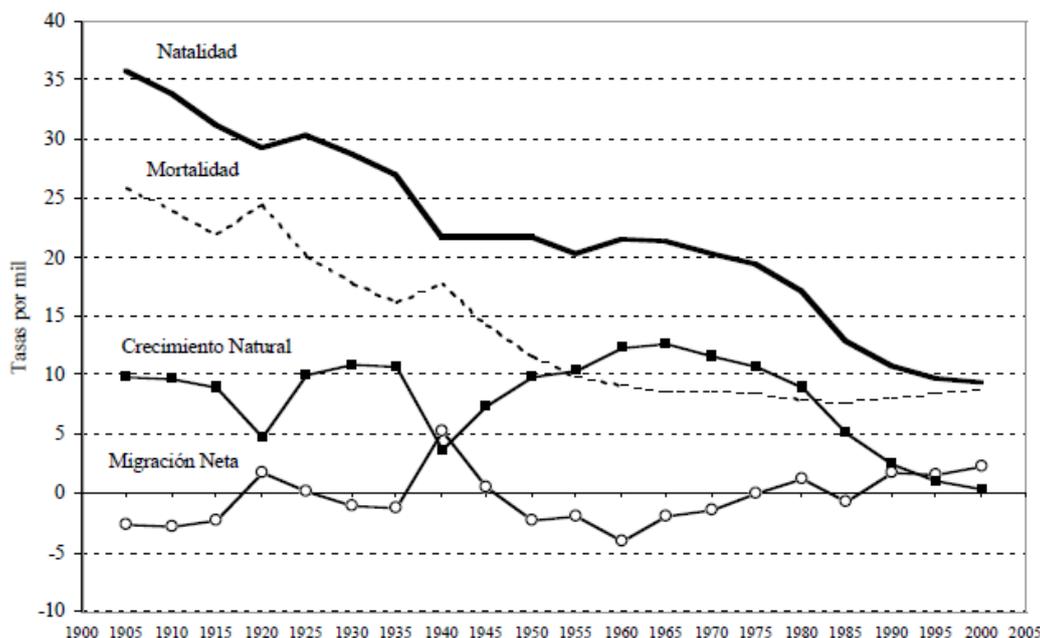
la segunda mitad del XIX, la emigración transoceánica española se incrementó de forma notable, sobre todo a partir de la década de 1880. Países con capacidad exportadora y escasa mano de obra (Brasil, Uruguay y Argentina) atrajeron la oleada de emigrantes españoles. Argentina fue el país hispanoamericano que mejor supo utilizar la propaganda y el que recibió el mayor número de ellos, pero el proceso de crecimiento económico y diversas convulsiones de orden político los llevó igualmente a Cuba, Venezuela y México, entre otros países, como muestran las cifras de embarque de la época en los puertos gallegos o canarios (85). Nuestro país, a lo largo de todo el siglo XX, presentaba un retraso en la industrialización y en el desarrollo urbano con respecto a los países más desarrollados de Europa. Este retraso se traduce en que, durante todo el período comprendido entre 1900 y 1974, España ha sido un país emisor de mano de obra cuyos destinos principales eran Latinoamérica (hacia donde salieron más de tres millones y medio de españoles entre 1900 y 1964) y Europa (con más de un millón de salidas entre 1960 y 1974) (86). El Plan de Estabilización de 1959 abrió las puertas a una nueva oleada migratoria, esta vez dirigida sobre todo a Europa. Gallegos, canarios, extremeños, castellanos, andaluces, manchegos... buscaron en Suiza, Francia, Bélgica o Alemania el pan y el trabajo del que carecían en España. Hombres y mujeres, jóvenes, mayores y niños, se establecieron en países con una cultura y unas costumbres desconocidas y, en ocasiones, hostiles.

Tras la incorporación española a la Unión Europea en 1986, España se convirtió, por su situación económica y geográfica, en una importante puerta de entrada al territorio comunitario para la población de países de África, Asia, América Latina y Europa del Este. Como reiteran todos los análisis sociodemográficos sobre migraciones, en menos de 20 años (1980-2000), España ha pasado de ser país de emigración a país de inmigración (87).

Analizando más de cerca este fenómeno (Gráfico 1), vemos cómo a mediados de los años setenta del siglo XX España culminaba el paso de un modelo demográfico antiguo caracterizado por una elevada fecundidad, una alta mortalidad y un saldo migratorio negativo hacia una inversión en el signo del saldo migratorio, que se debió fundamentalmente al efecto combinado de un notable retorno de antiguos emigrantes españoles junto con los primeros flujos de inmigración internacional con destino a España; en la década de los ochenta este saldo positivo se mantuvo gracias a la

inmigración extranjera, tendencia que aumentó en los noventa, convirtiéndose en uno de los fenómenos impulsores del crecimiento de la población española en la primera década de siglo XXI (88).

Gráfico 1. Evolución de las tasas brutas de natalidad, mortalidad, crecimiento natural y de migración neta en el siglo XX en España (1900-2005).



Fuente: Censos, padrones y Movimiento Natural de la Población.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (89). Elaboración propia.

Aparecen, tal y como se ha comentado, dos fenómenos demográficos migratorios de interés durante el siglo XX e inicio del XXI en España.

El primero transcurre en la década de los 90; desde 1991, tras el proceso de regularización extraordinario, se produce un incremento de extranjeros básicamente procedentes de la UE; es entre 1998-1999 cuando dicho colectivo aportó más personas (32.077) en toda España (90), incrementándose significativamente en los sucesivos procesos de regularización. Dicha situación fue analizada por Izquierdo (91), considerando que se trataba de una inmigración básicamente temporal, laboral y no de poblamiento.

El segundo período, iniciado con el nuevo milenio, supone un cambio significativo tanto a nivel cuantitativo, como cualitativo. A nivel cuantitativo, una característica de la nueva etapa es el incremento espectacular, en términos absolutos, del número de extranjeros residentes empadronados entre 2000 y 2010. El carácter fundamental del Padrón (también del Censo) como documentos que retratan la realidad demográfica en la fecha censal es innegable, si bien en el ámbito de las migraciones presentan algún inconveniente que ha de tenerse en cuenta. Uno de ellos es que la información que recogen corresponde a población extranjera, definida a partir del criterio jurídico de nacionalidad², que no coincide totalmente con la de población inmigrante (92, 93), puesto que, como afirma Urdiales (2007) (94) el número de extranjeros pueda estar sobrevalorado por la dificultad de detectar empadronamientos dobles.

Si tomamos como referencia los datos de la revisión del Padrón Municipal del año 2000, en España residían 923.879 inmigrantes, lo que representaba el 2,3% de la población; sin embargo, según el avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2011 (95) el total de extranjeros inscritos es de 5.730.667, representando el 12,2% del total de la población. Estos datos son de enorme relevancia ya que se ha multiplicado por seis la frecuencia de la población inmigrante en nuestro país, si bien es cierto que durante 2010 ésta ha disminuido en un 0,3%. Es especialmente significativo que, durante este último año, la población inmigrante perteneciente a la UE-27 se ha incrementado en 42.319 personas, lo que supone el 41,7% del total, mientras que la población inmigrante no comunitaria se ha reducido en 59.383 personas.

Durante 2010, la cifra de ciudadanos rumanos experimentó el mayor crecimiento en términos absolutos, con un aumento de 33.043. Otros incrementos importantes se dan en los marroquíes (+15.840) y en los ciudadanos de Pakistán (+12.964) y China (+7.979). Por el contrario, los mayores descensos se producen entre los ciudadanos de Ecuador (-40.510), Colombia (-20.868) y Bolivia (-15.274). Los mayores incrementos relativos, entre las nacionalidades con mayor número de empadronados, corresponden a ciudadanos de Pakistán (22,8%), China (5%) y Rumanía (4%) (95).

² La clasificación de nacionalidades, territorios y regiones empleada en este trabajo se ha basado en la distribución de la población según la Organización de Naciones Unidas, actualizado a 11-Mar-2009.

Las comunidades donde se ha producido un mayor aumento de población extranjera, en términos absolutos durante el año 2010, son: Andalucía (+23.120), País Vasco (+5.182) y Extremadura (+2.104). Por el contrario, el número de extranjeros ha descendido en mayor medida en Comunidad de Madrid (-17.918), Comunidad Valenciana (-16.081) y Cataluña (-15.581). En términos relativos, los mayores incrementos de población extranjera se producen en las ciudades autónomas de Ceuta (+18,5%) y Melilla (+13,1%) y en Extremadura (+5,3%). Las mayores reducciones se dan en Comunidad Valenciana (-1,8%) y Comunidad de Madrid (-1,7%) (95).

Comparando el año 2010 con respecto a las cifras de 2009, el número de extranjeros se incrementa en 135.376 (2,8%) del total de la población española. Entre estos últimos, los pertenecientes a la UE-27 aumentan en 164.154 hasta alcanzar una cifra total de 2.401.632 personas (lo que supone el 49,8% del total de extranjeros).

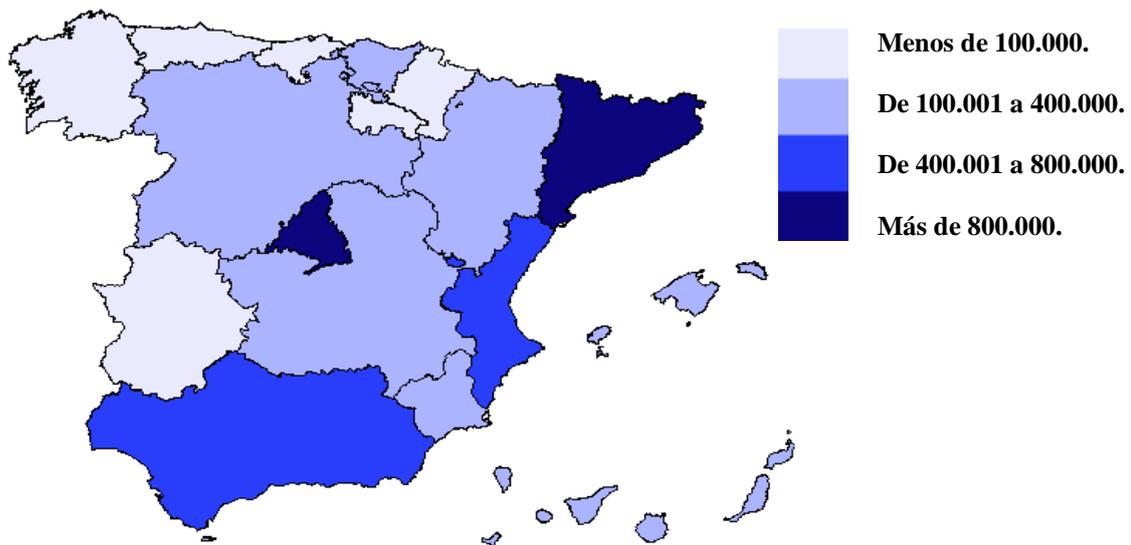
Con respecto a los extranjeros no comunitarios en España, la cifra durante 2010, ascendió a 2.524.976 personas (lo que supone el 51,3% del total de extranjeros). Los datos de ciudadanos rumanos son los que han experimentado un mayor crecimiento, con total de 840.682, representando un 35% de los ciudadanos comunitarios. Otros crecimientos importantes se han dado en el número de ciudadanos no comunitarios o de Régimen General: marroquíes (755.809), de Ecuador (369.692) y de Colombia (222.061). Entre las nacionalidades con mayores incrementos relativos interanuales con respecto a 2009 encontramos los ciudadanos pakistaníes (18,2%), senegaleses (14,2%) y bolivianos (5,7%) (96).

No obstante, no resulta fácil estimar con absoluta certeza las características demográficas de la población inmigrante residente en España debido a que existen todavía muchas situaciones de irregularidad administrativa. Hasta hace muy poco tiempo, la única fuente que se utilizaba para la determinación de los extranjeros era el Registro de Permisos de Residencia del Ministerio del Interior, fuente de naturaleza legal y no estadística (97).

Por otra parte, las cifras disponibles cambian cada mes, con una invariable tendencia ascendente en los últimos años (98,99). Según datos oficiales, a 30 de septiembre de 2011, estaban registrados en España algo más de dos millones y medio de extranjeros no comunitarios con tarjeta o autorización de residencia vigente (100). Las

Comunidades Autónomas donde se produjo un mayor aumento de población extranjera, en términos absolutos (Gráfico 2), fueron Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía.

Gráfico 2. Población extranjera empadronada en España según Comunidad Autónoma de residencia.



Fuente: INE. Ministerio de Trabajo e Inmigración (MTIN).

Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI). A 30 de septiembre de 2011 (96).

*Datos Provisionales

El análisis cualitativo de este segundo período, que se inicia con el milenio, nos muestra que, mientras que hasta esta fecha el envejecimiento constituía una constante en los análisis demográficos de nuestro país, a partir de este momento, las características de estos nuevos residentes, en su mayoría población joven (16 a 44 años), junto con el incremento de hijos de madres y padres extranjeros han amortiguado e incluso modificado esta tendencia (101). El verdadero *efecto llamada* de estos inmigrantes, en su mayoría de países en vías de desarrollo, hay que buscarlo en el modelo de crecimiento económico vigente en nuestro país durante los últimos lustros, basado en el desarrollo de sectores de actividad intensivos en factor trabajo y baja productividad (construcción, agricultura). El déficit de cuidados producido por la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral, insuficientemente apoyada por el Estado de bienestar, generó también una fuerte demanda de mano de obra femenina para el sector doméstico.

Los análisis del impacto de estos flujos migratorios sobre la economía y las finanzas públicas españolas arrojan un balance claramente positivo. La inmigración ha contribuido al desarrollo de nuestro país, favoreciendo el crecimiento del empleo y permitiendo la supervivencia de importantes sectores de la economía española. En el ámbito concreto del Estado de bienestar, los inmigrantes han actuado también como contribuyentes netos, fundamentalmente por su mayor juventud y alta tasa de actividad. Uno de los ejemplos más evidentes se refiere al sistema de Seguridad Social. En la actualidad, menos del 1% de los perceptores de pensiones son extranjeros, aunque estos representan más del 10% de los afiliados. A pesar de que el desempleo está afectando de manera particularmente importante a la población extranjera (con una tasa de paro superior al 30%, frente al 18% de los autóctonos), el porcentaje de extranjeros afiliados al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) ha permanecido prácticamente invariable durante los últimos años. Así, el sistema de Seguridad Social no ha incurrido en déficits, como había ocurrido en anteriores periodos de crisis, pese al sustancial incremento de la factura de las prestaciones por desempleo.

Los efectos netamente beneficiosos de la inmigración para las arcas de la Seguridad Social se reproducen en el resto de ámbitos del bienestar. La proporción del gasto social dedicado a la población inmigrante ha ido creciendo en los últimos años (del 1% del gasto sanitario y educativo en 2000, al 5% y 6% respectivamente en 2007), aunque sigue siendo considerablemente inferior a su peso relativo en la población total. El uso que los extranjeros hacen del sistema sanitario es inferior al de la población española (consultan un 7% menos al médico de cabecera y un 16,5% menos al especialista). Además, pese a que las tasas de pobreza de latinoamericanos, africanos y asiáticos son sustancialmente superiores a las de los autóctonos (más del 30% de ellos se encuentran por debajo del umbral del 60% de la mediana de la renta, frente a algo más del 18% de los españoles), en 2008 los extranjeros representaban tan solo el 11,2% de perceptores de rentas mínimas de inserción, y el 13,7% de los usuarios de los servicios sociales (102).

Con relación al impacto económico de la inmigración en los costes del sistema de salud, un estudio previo concluye la existencia de un efecto positivo (mayores aportaciones que gastos) por parte del colectivo inmigrante (103). Si comparamos la aportación anual de los inmigrantes a las arcas públicas con los gastos que aquéllos

generan, el superávit a favor del Estado alcanza los 5.000 millones. Sólo entre 2000 y 2005, la inmigración logró un incremento de 623 euros en la renta anual de cada español y un aumento de más del 50% del crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB) del primer lustro del milenio. Y eso sucedió sin que el Estado tuviera que dedicar un solo euro a su formación, puesto que llegaron ya adultos y dispuestos a trabajar. De ahí que su tasa de actividad (cociente entre la población activa y la población en edad activa, habitualmente expresado en porcentaje) sea 10 puntos superior a la de los españoles (104).

Todo ello permite disponer de los elementos necesarios para afrontar las futuras necesidades y planificaciones con suficiente conocimiento de causa, evitando visiones catastrofistas sobre la inevitable crisis del sistema de salud vinculada al envejecimiento de la población y a la inmigración extranjera. Sin embargo, pese a la aportación claramente positiva que la inmigración supone para el Estado de bienestar, la opinión pública española tiende a percibir a los inmigrantes cada vez más como “acaparadores” de recursos públicos. Así, el porcentaje de personas que cree que los inmigrantes reciben del Estado “más” o “mucho más” de lo que aportan pasó del 36% en 2006, al 52% en 2008. Más de la mitad de los encuestados opinaba también que, a igualdad de ingresos, los inmigrantes reciben más ayudas escolares que los españoles, y un 46% compartía esta misma opinión en relación con las prestaciones sanitarias. En 2008, la mayoría de la población española se mostraba, por primera vez, partidaria de restringir la entrada de inmigrantes a nuestro país (102).

Si bien las actitudes de rechazo a la inmigración son más frecuentes entre personas con bajo nivel educativo y económico, mayor religiosidad, mayor edad o/y orientación ideológica más conservadora, la experiencia de otros países nos demuestra que el apoyo a partidos populistas xenófobos procede de sectores sociales muy diversos, incluyendo a desencantados con los partidos tradicionales. La creciente actitud de desconfianza hacia los inmigrantes constituye así un potencial caladero de votos para “empresarios políticos” dispuestos a aplicar una estrategia populista xenófoba (102, 104).

2.2.5. Marco legislativo europeo y español

El marco normativo español en materia de inmigración tiene como punto de partida la Constitución: norma superior de nuestro ordenamiento jurídico, marca las directrices en materia de extranjería en su Título I, Artículo 13 (105), en el que se establece que las personas extranjeras disfrutarán de los derechos y libertades regulados para todos los ciudadanos en ese mismo Título (excepto los derechos políticos aunque se matizó posteriormente en cuanto a las elecciones locales).

La primera ley específica que abordó la situación de extranjeros en España fue la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España (106), ley que obedecía a la exigencia de regulación de la inmigración por nuestra inminente entrada en la UE (entonces CEE) y que tenía como finalidad distinguir entre trabajadores comunitarios y pertenecientes a terceros países.

Hasta el año 2000 ha permanecido vigente con las matizaciones derivadas del acuerdo de Schengen (que permite la libre circulación de personas entre países de la UE). En dicho año, la Mesa del Congreso decidió por unanimidad tramitar con carácter de urgencia el proyecto de modificación de la Ley de Extranjería y el 11 de enero de 2000 se aprobó la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (107). La primera diferencia con la anterior regulación la encontramos en el nombre mismo de la ley que añade respecto de la 7/85, el apéndice "... y su integración social".

Las crecientes oleadas inmigratorias hacia nuestro país y la necesidad de mano de obra despertaron la necesidad de modificar la legislación sobre inmigración, vigente en España desde entonces, para lograr un espacio legal más abierto y receptivo que potenciara la integración de los extranjeros en nuestra sociedad, aspecto que apenas trataba la primera ley. La ley fue aprobada en un proceso paradójico y complicado. El contenido de la ley 4/2000 resultó novedoso, principalmente, porque por primera vez se hablaba del fenómeno inmigratorio como un fenómeno de carácter estructural.

En el mes de julio, el Consejo de Ministros aprobó el proyecto de Ley Orgánica de Modificación de la Ley de Extranjería. El 23 de diciembre, el Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó la Ley Orgánica 8/2000 (108), que reformaba la Ley de Extranjería (4/2000). El nuevo articulado, que sustituyó al vigente desde hacía menos de

un año, entró en vigor el 23 de enero de 2001. Entre los cambios más destacados figuran los siguientes:

- *Derechos sociales*. Establece diferencias entre los extranjeros con y sin permiso de residencia. Los extranjeros sin documentación sólo tienen derecho a la educación obligatoria y a la asistencia sanitaria (si son adultos, de urgencia) además de la tutela judicial efectiva. Se les impide en esta ley el ejercicio de los derechos de asociación, sindicación.

- *Silencio administrativo sobre el visado*. Sólo habrá que motivar la denegación del visado cuando la solicitud se refiera a reagrupación familiar o trabajo por cuenta ajena.

- *Reagrupamiento familiar*. Se considera un derecho del extranjero residente, no de los familiares: primer requisito, por tanto, la regularización de quien la solicita. Además, sólo podrá acoger bajo este supuesto a los familiares que estipula la ley y en las condiciones determinadas (antes no se especificaban qué familiares ni condiciones para la reagrupación). Una novedad importante y de positiva repercusión es la opción de conservar la residencia en caso de ruptura matrimonial posterior a la adquisición de la misma.

- *Multas a empresarios*. Se endurecen las penas para empresarios que contraten a trabajadores y no faciliten la regularización de su situación. Aquellos que contraten a inmigrantes sin permisos de trabajo serán multados. En la ley anterior la sanción llegaba con la reincidencia en la misma acción.

- *Solicitud de asilo*. Presentarla sólo paraliza temporalmente cualquier procedimiento de expulsión hasta que sea admitida o rechazada. Antes no lo paralizaba, sino que lo impedía si se presentaba antes de que se iniciara el proceso.

- *Acceso a la residencia*. Cabe señalar que aumenta a cinco el número de años que un extranjero debe haber tenido la residencia temporal en España para poder obtener la residencia permanente, que le autoriza a vivir en el país y a trabajar en igualdad de condiciones que los españoles.

Posteriormente, la citada Ley Orgánica 8/2000, fue modificada por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de

noviembre, aprobándose el 30 de diciembre de 2004 un Nuevo Reglamento de la ley de Extranjería.

Por otra parte, el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, aprobado por el Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre (109), quedó modificado por el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero (110) introduciendo una disposición adicional decimonovena sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. El 10 de julio de 2009, entró en vigor el Real Decreto 1161/2009 (61), por el que se modificaba el Real Decreto 240/2007.

2.2.6. La inmigración en Andalucía

La historia de Andalucía es el resultado de un complejo proceso migratorio en el que se fusionan a lo largo del tiempo diferentes pueblos y culturas, así como diferentes realidades socioeconómicas y políticas. A pesar de la contemporaneidad de la formación de la Comunidad Autónoma de Andalucía, no se puede olvidar la impronta que han dejado al actual territorio andaluz pueblos como el íbero, el celta, el fenicio, el cartaginés, el romano o el musulmán a lo largo de los siglos.

En la actualidad, si nos atenemos a las fuentes consultadas más recientes del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2012 (111), podemos decir que el hecho demográfico más significativo que se ha producido en Andalucía en el último decenio ha consistido en un notable incremento de la población extranjera; actualmente dicha población se ha cuadruplicado en nuestra comunidad autónoma con respecto al año 2001, pasando de representar el 2,2 % del total, al nada despreciable 8,7% de la población total de la región. Ello significa, en datos relativos, un incremento del 343%. (Tabla 1).

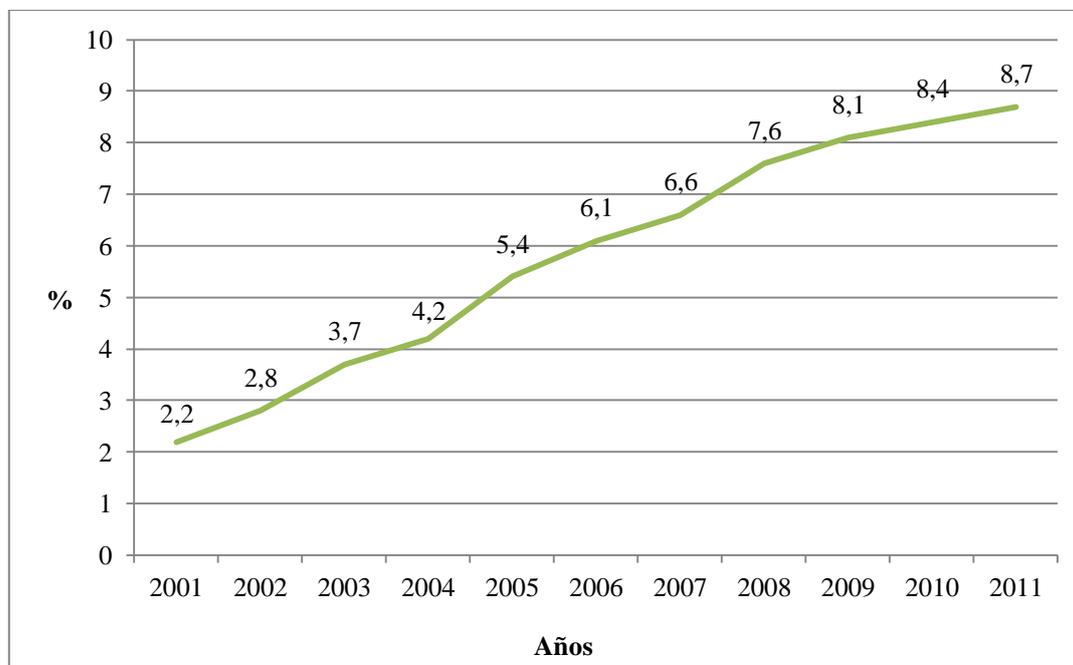
Tabla 1. Proporción de extranjeros sobre el total de empadronados en Andalucía. Período 2001-2011.

Años	Población Andalucía	Extranjeros	%
2001	7.403.968	164.145	2,2
2002	7.478.432	212.202	2,8
2003	7.606.848	282.901	3,7
2004	7.687.518	321.570	4,2
2005	7.849.799	420.207	5,4
2006	7.975.672	488.928	6,1
2007	8.059.461	531.827	6,6
2008	8.202.220	623.279	7,6
2009	8.302.929	675.180	8,1
2010	8.370.975	704.056	8,4
2011	8.415.490	727.176	8,7

Fuente: INE. MTIN. OPI. A 1 de enero de 2012 (111). Elaboración propia.

Esta evolución se aprecia, de manera más clara, en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Evolución de los extranjeros en Andalucía. Período 2001-2011.

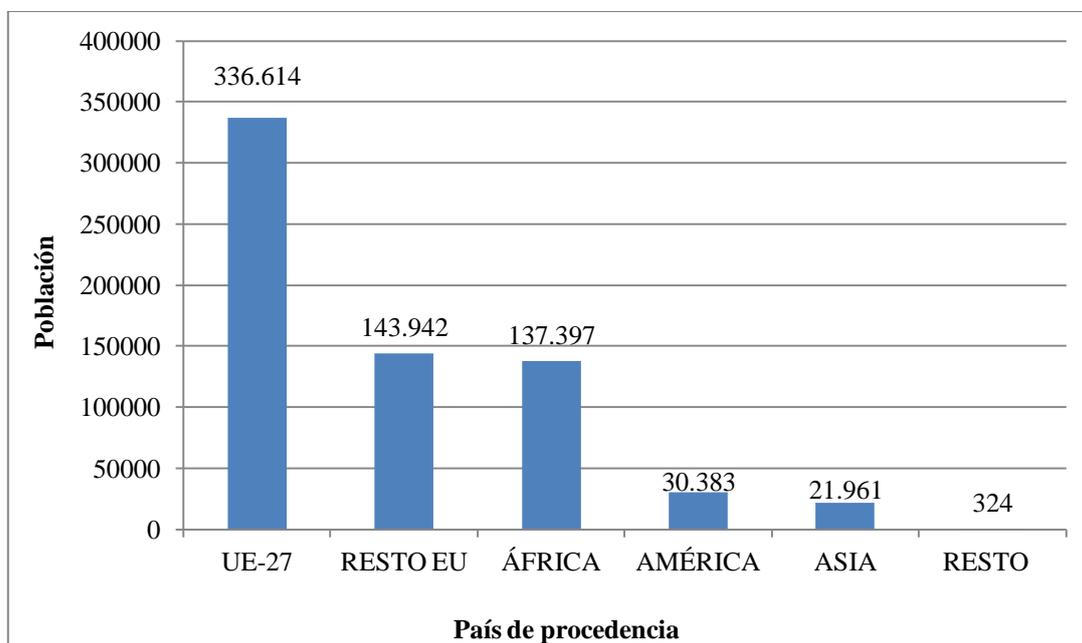


Fuente: INE. MTIN. OPI. A 1 de enero de 2012 (111). Elaboración propia.

En los últimos años, la inmigración en Andalucía se ha convertido en un hecho consolidado, con un fuerte crecimiento en determinados municipios. Ello repercute en la demanda de servicios municipales y, más específicamente, de aquellos vinculados a las tareas de acogida e integración de la población inmigrante.

Este intenso incremento dentro de la población inmigrante, ha supuesto que la nuestra pase a ser la cuarta Comunidad Autónoma, según el número de extranjeros residentes, por detrás de Cataluña (1.182.957), Madrid (1.062.026) y Comunidad Valenciana (877.678) (INE, 2011) (111). Cabe reseñar el reparto de los flujos de inmigrantes según continente de procedencia, destacando el mayor número de personas provenientes de la UE-27, América Latina, África, resto de Europa, Asia y Oceanía, respectivamente (Gráfico 4).

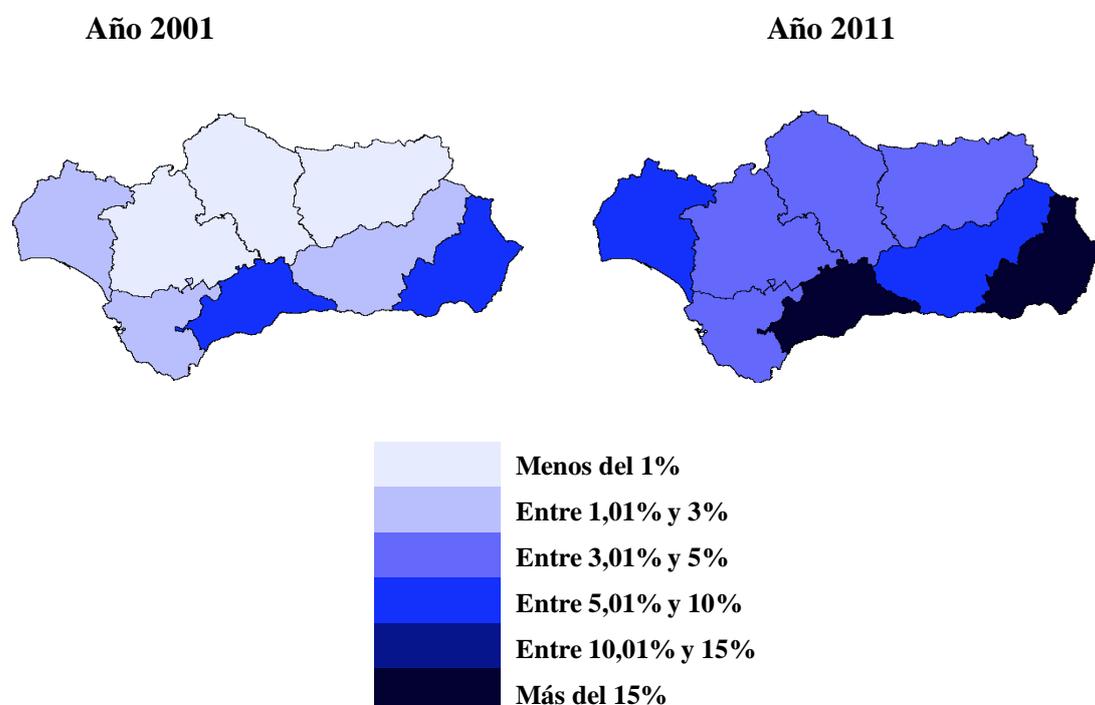
Gráfico 4. Extranjeros en Andalucía según continente de procedencia, 2011.



Fuente: INE (111). Elaboración propia.

Desde el punto de vista de su localización territorial, ha sido Andalucía Oriental donde tradicionalmente, y de forma predominante desde finales del siglo XX, han establecido su residencia un mayor número de inmigrantes. Esta tendencia se mantiene en la actualidad, ya que si observamos la distribución porcentual de la población según provincias (Gráfico 5), son las de Almería (21%) y Málaga (16,8%) las que reciben el mayor número de extranjeros, así como en las demás con municipios costeros, propiciado por la necesidad de mano de obra en el sector de la agricultura, construcción y servicios.

Gráfico 5. Proporción de extranjeros sobre el total de empadronados en Andalucía según provincia de residencia. Años 2001 y 2011.



Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2011 (89).

Elaboración: Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM)

Ahora bien, siguiendo la distribución territorial, resulta interesante observar la evolución que han tenido las distintas provincias andaluzas, ya que el número de inmigrantes, se ha quintuplicado en la última década (Tabla 2).

Tabla 2. Población extranjera residente en las provincias Andaluzas. Período 2001-2011.

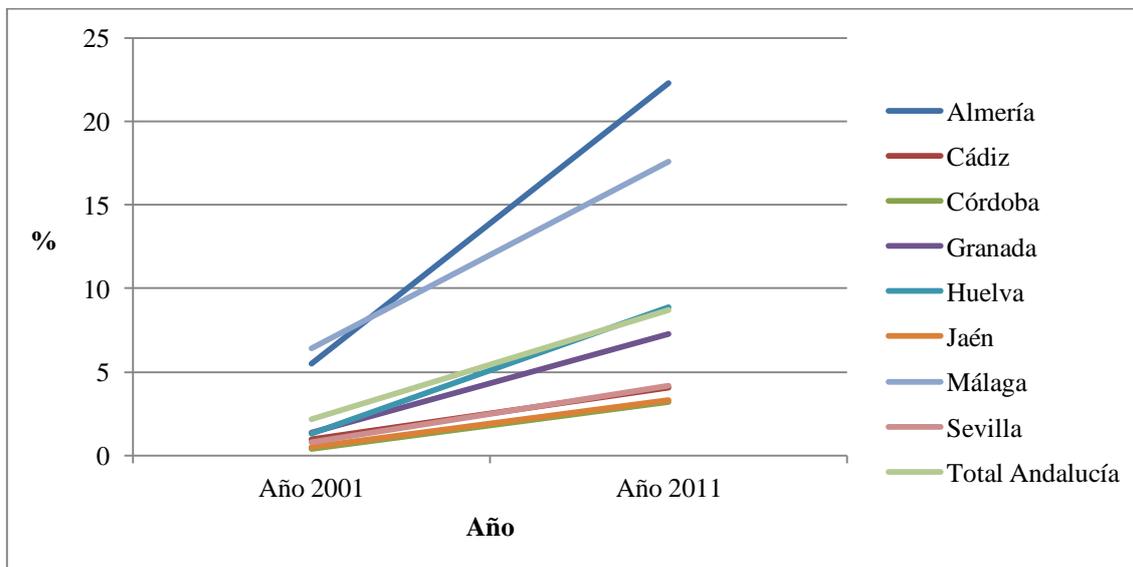
PROVINCIA	Año 2001			Año 2011			Dif.
	Población total	Población inmigrante	%	Población total	Población inmigrante	%	%
Almería	546.498	29.912	5,5	695.560	155.315	22,3	16,8
Cádiz	1.140.793	11.834	1,0	1.236.739	50.374	4,1	3,1
Córdoba	771.131	3.313	0,4	805.108	25.894	3,2	2,8
Granada	818.959	11.115	1,4	918.072	67.283	7,3	5,9
Huelva	464.934	6.196	1,3	518.081	45.863	8,9	7,6
Jaén	647.387	3.001	0,5	670.761	22.270	3,3	2,8
Málaga	1.330.010	85.480	6,4	1.609.557	283.498	17,6	11,2
Sevilla	1.758.720	13.295	0,8	1.917.097	79.658	4,2	3,4
Total Andalucía	7.478.432	164.146	2,2	8.424.102	730.155	8,7	6,5

Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2001 y 2011 (95).

Elaboración propia.

Esta variación porcentual se aprecia, de una manera más clara, en el siguiente gráfico (Gráfico 6).

Gráfico 6. Crecimiento porcentual de la población inmigrante en las distintas provincias andaluzas. Período 2001-2011.



Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2001 y 2011 (95).

Elaboración propia.

2.2.7. La inmigración en la ciudad de Sevilla

La inmigración en Sevilla se ajusta al modelo de inmigración del sur de Europa (España, Italia, Portugal, Grecia...) iniciado a finales del siglo XX (112), caracterizado por dos hechos claves: la evolución demográfica y económica actual, así como la inserción en países que carecían de preparación para asumirla.

El número de extranjeros que se ha empadronado en la ciudad en el año 2011 supone el 5,3% (37.352 personas) de la población total de la ciudad (704.198 habitantes) (95), situándose tres puntos por debajo de la media andaluza (88).

A esta circunstancia, incremento progresivo del número de extranjeros en los últimos años, hay que añadir su caracterización según el lugar de procedencia, pues sólo así puede llegar a comprenderse cuál es la verdadera situación de la población inmigrante en la ciudad de Sevilla. En la Tabla 3 queda reflejado el reparto de los flujos de inmigrantes en función del continente de procedencia, así como su evolución; como puede observarse, la población americana, 17.183 personas (22,3%), fundamentalmente boliviana, colombiana y ecuatoriana, ha pasado a ser la comunidad más numerosa,

superando incluso a los europeos que siempre han tenido un protagonismo especial en lo que respecta a su representación numérica (95). En segundo lugar se encuentra la población proveniente de otros países europeos, 10.247 personas (13,3%), de la que destacan rumanos, ingleses y franceses. En tercer lugar encontramos a la población procedente de África (8,8%), especialmente marroquíes. En cuarto lugar se encuentra la población asiática (4%), prácticamente todos provenientes de China (98%). Finalmente, con escasa representatividad, 24 ciudadanos (0,03%) de Oceanía y otros lugares de procedencia (apátridas).

El carácter heterogéneo de los inmigrantes, a su vez, es producto no sólo de la procedencia geográfica de países de origen, sino también de los niveles previos de formación, de la clase social, de la situación familiar y del proyecto migratorio. Estas cuestiones son relevantes, pues influyen en los procesos de integración urbana en las zonas de llegada ya que, en parte, ésta es debida a las interacciones entre estas variables.

Tabla 3. Extranjeros en Sevilla capital según su origen de procedencia. Período 2001-2011.

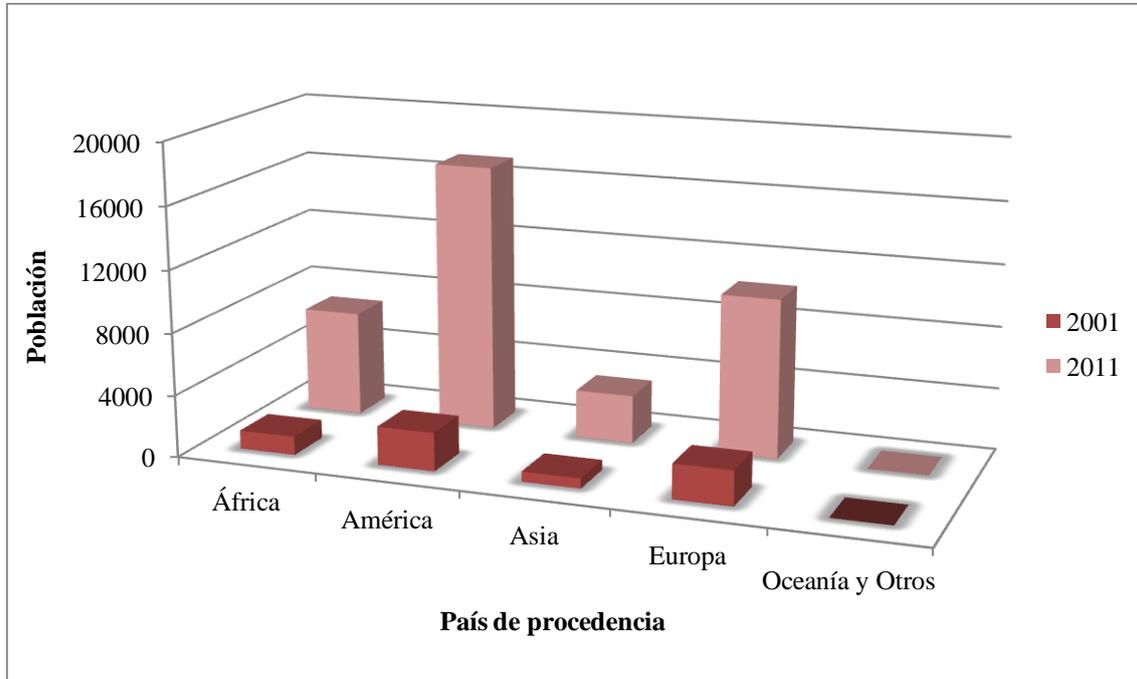
Años	África	América	Asia	Europa	Oceanía y otros
2001	1.191	2.470	640	2.238	13
2011	6.791	17.183	3.107	10.247	24

Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2000 y 2011 (95).

Elaboración propia.

Este incremento se aprecia mejor en el siguiente gráfico (Gráfico 7).

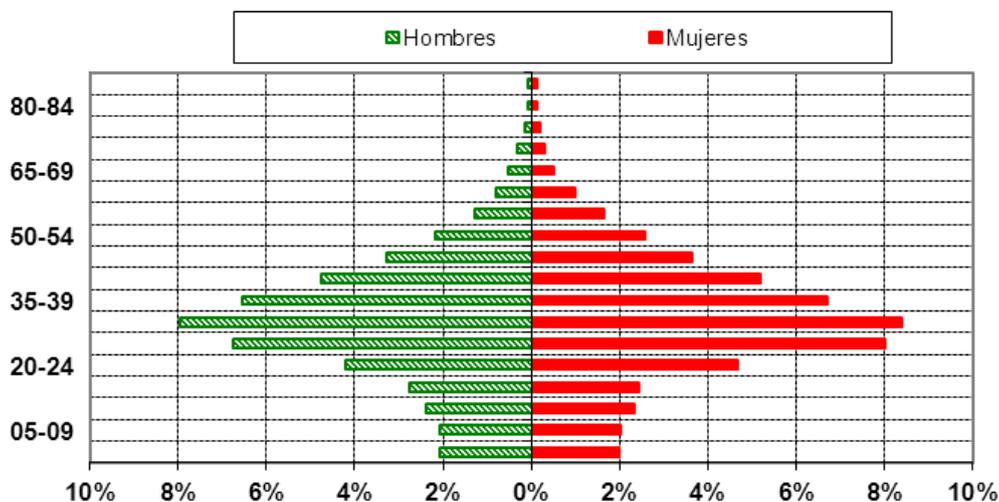
Gráfico 7. Extranjeros en Sevilla capital según su origen de procedencia. Período 2001-2011.



Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2000 y 2011 (95).

Elaboración propia.

En lo que respecta a la edad de la población inmigrante en nuestra ciudad, en el siguiente gráfico se puede observar los efectivos de población en cada estrato de edad, según los datos del último padrón (Gráfico 8).

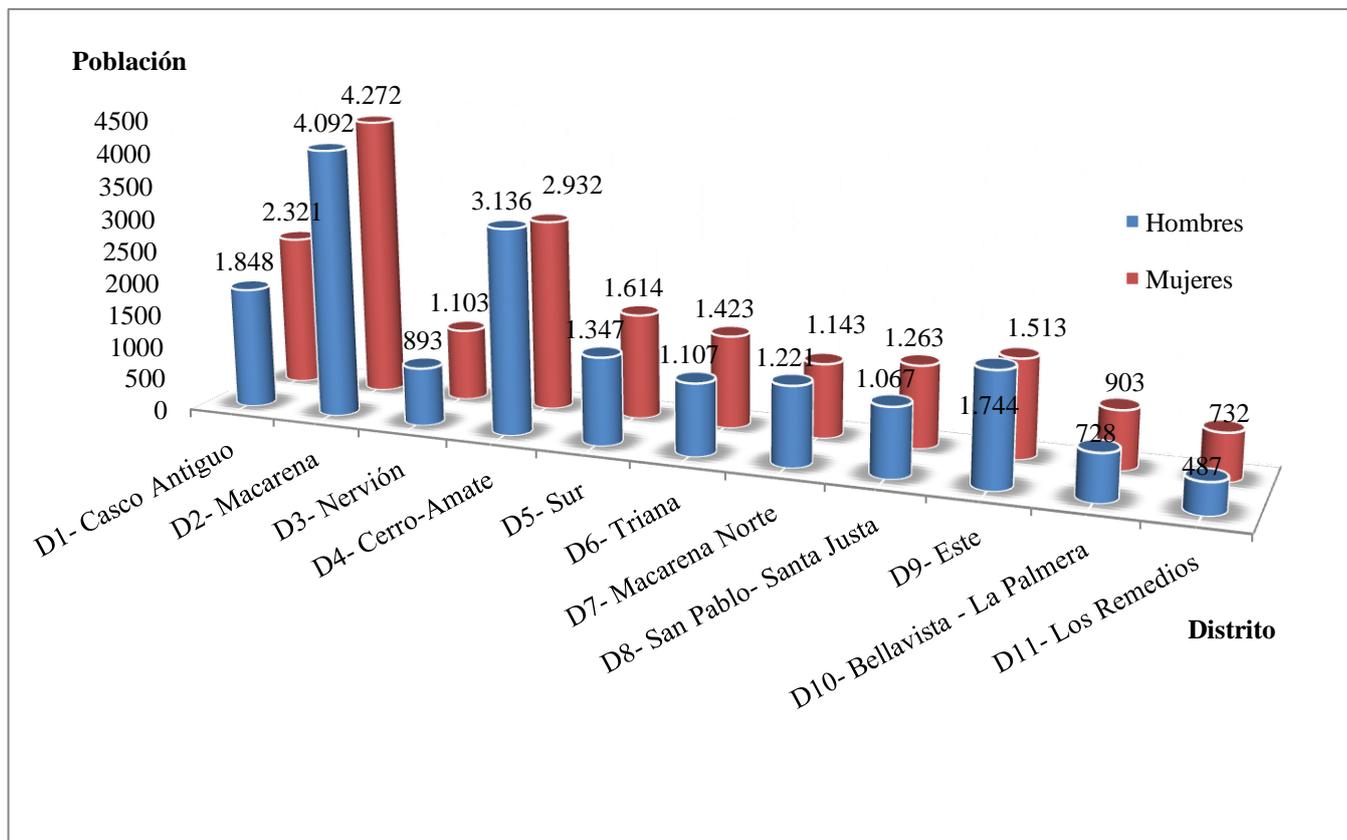
Gráfico 8. Pirámide poblacional de la población inmigrante en la ciudad de Sevilla.

Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2011 (95).

Elaboración: Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM)

Sevilla es una ciudad que se ha caracterizado por la ausencia relativa de inmigración extranjera. Tan sólo en los últimos años, desde el año 2000, se asiste a un importante crecimiento de la población extranjera, por lo que nos encontramos con la creación de barrios de inmigrantes (Gráfico 9) como los Distritos Macarena y Cerro-Amate, que acogen al 41,6% de la población inmigrante sevillana (14.432 personas en el año 2009, último del que se dispone de datos). Siguiendo con el reparto territorial según grandes sectores, a ambos distritos le siguen, en orden de importancia numérica, los Distritos Casco Antiguo y Sur, mientras que donde menor número de inmigrantes tienen fijada su residencia es en el Distrito Los Remedios (113).

Gráfico 9. Distribución de la población inmigrante por Distritos en la ciudad de Sevilla, 2009.

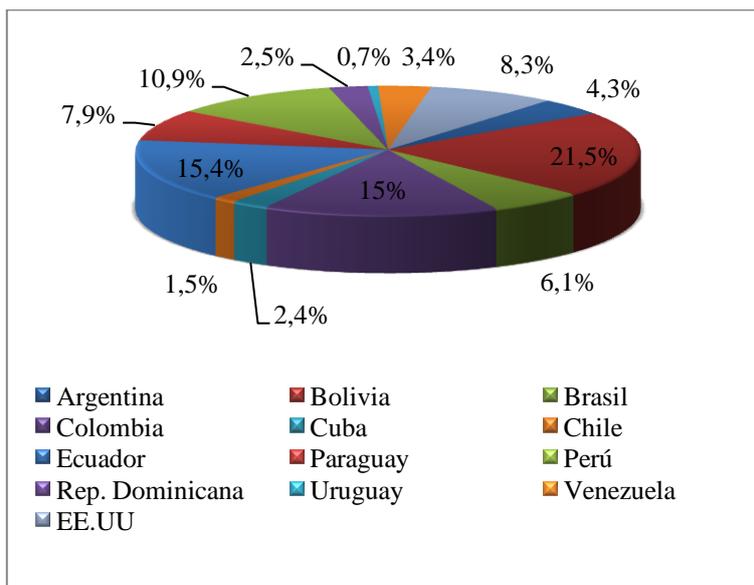


Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. Servicio de Estadística Ayuntamiento de Sevilla, 2009 (113). Elaboración propia.

La gran variedad de procedencia de la inmigración en los últimos años en Sevilla se hace especialmente evidente en 2011. Así, la población de América (Tabla 3) representa el mayor número de extranjeros de la capital andaluza con un 46%. Siendo latinoamericanos el 42,8%, los grupos más destacados, por nacionalidad, son boliviana, ecuatoriana, colombiana, peruana (Gráfico 10). En segundo lugar se encuentra la población europea comunitaria (Gráfico 11), 7.978 personas (21,4%), de la que destacan rumanos, italianos, franceses y alemanes. En tercer lugar encontramos a la población procedente de África (18,1%), con una gran representación de marroquíes y nigerianos (Gráfico 12). En cuarto lugar se encuentra la población asiática (8,3%), entre los que destaca los provenientes de China (98%) (Gráfico 13). En quinto lugar, aparece la población europea no comunitaria, 2.269 personas (6,1%) con gran afluencia de rusos y ucranianos (Gráfico 14). Finalmente, con escasa representatividad, 24 ciudadanos (0,1%) se encuentran los procedentes de Oceanía y apátridas (95, 96).

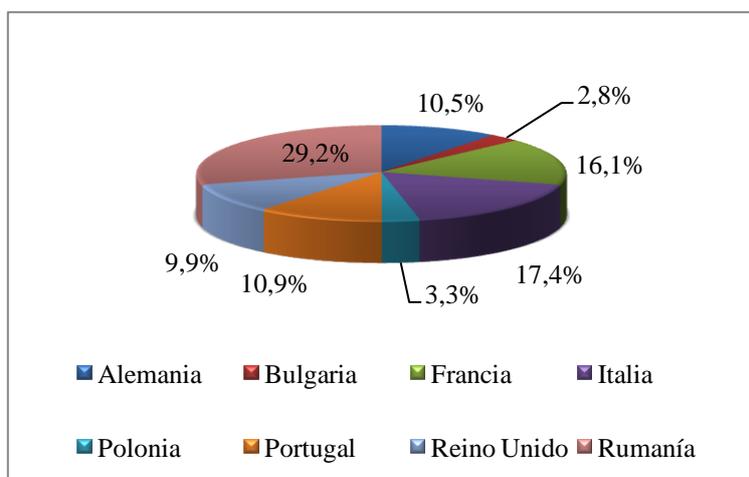
El carácter heterogéneo de los inmigrantes, a su vez, es producto no sólo de la procedencia geográfica de países de origen, sino también de los niveles previos de formación, de la clase social, de la situación familiar y del proyecto migratorio. Estas cuestiones son relevantes, pues influyen en los procesos de integración urbana en las zonas de llegada ya que, en parte, ésta es debida a las interacciones entre estas variables.

Gráfico 10. Procedencia americana de extranjeros en Sevilla, 2011.

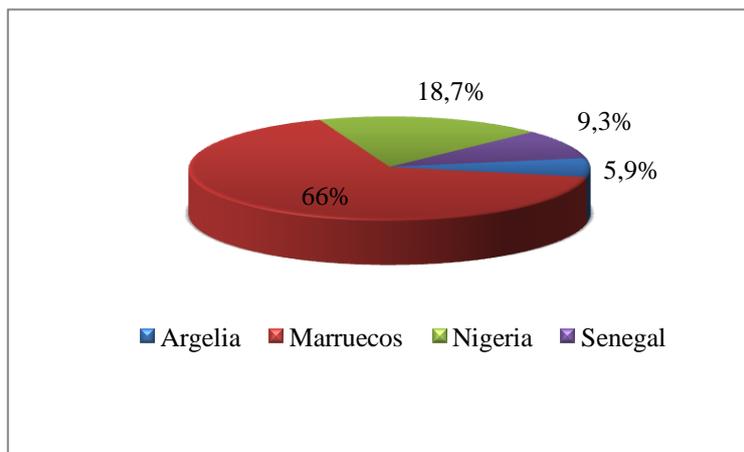


Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2011 (95). Elaboración propia

Gráfico 11. Procedencia de la Unión Europea de extranjeros en Sevilla, 2011.

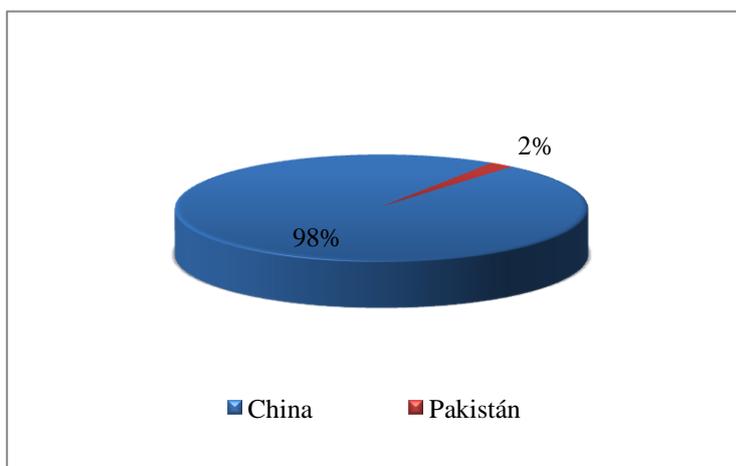


Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2011 (95). Elaboración propia

Gráfico 12. Procedencia africana de extranjeros en Sevilla, 2011.

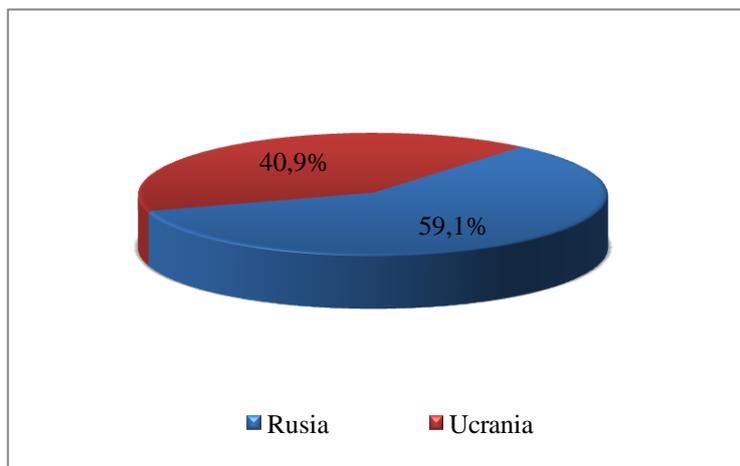
Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2011 (95).

Elaboración propia.

Gráfico 13. Procedencia asiática de extranjeros en Sevilla, 2011.

Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2011 (95).

Elaboración propia.

Gráfico 14. Procedencia europea no comunitaria de extranjeros en Sevilla, 2011.

Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2011 (95).

Elaboración propia.

2.2.7.1. La inmigración latinoamericana en la ciudad de Sevilla

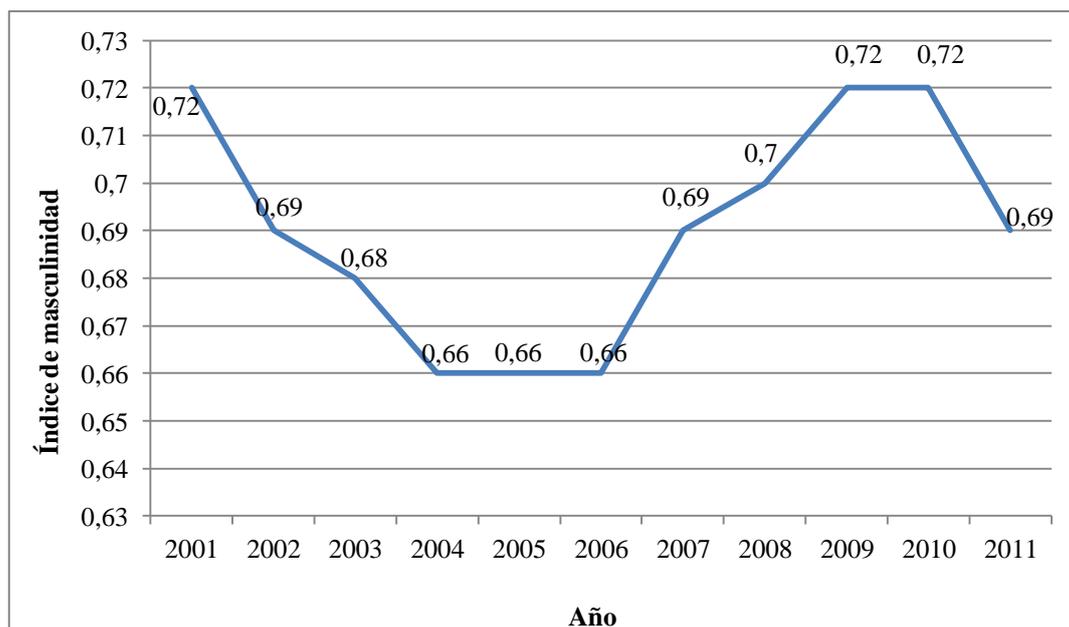
La Real Academia Española (56) define latinoamericano como la persona que ha nacido en algunos de los países considerados por la Organización de Naciones Unidas en su clasificación de nacionalidades, territorios y regiones (114) como países de América Latina o del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela), conjunto de países del continente americano en los que se hablan lenguas derivadas del latín (español, portugués y francés), en oposición a la América de habla inglesa (59). Como se ha podido apreciar, dicho colectivo representa casi la mitad de la población inmigrante (42,8%) de Sevilla en el año 2011 (96).

Al igual que ha ocurrido en otras ciudades españolas, el crecimiento de la población latinoamericana en la ciudad de Sevilla ha sido espectacular en la última década. En la pirámide poblacional, de carácter regresiva, éste se observa especialmente en las edades potencialmente activas tanto para desarrollar una actividad económica como para procrear (Gráfico 8). El índice de masculinidad al nacer, es decir la proporción de hombres frente a la de mujeres, en la población latinoamericana sevillana en 2011 es de 0,69; a excepción de los argentinos, que es de 1 (115). Dicha cifra es

inferior a la de los autóctonos de España -0,96- y Sevilla -1,05- en el año 2010, según el instituto Nacional de Estadística (INE) (89).

Como se puede apreciar en el Gráfico 15, se ha producido un evolución en los últimos diez años, de manera que, si en el año 2001 predominaban los hombres, dicha tendencia fue disminuyendo hasta a partir de 2006; a partir de este año, hasta el 2009, fue incrementándose de nuevo los hombres hasta que dicha tendencia se estabilizó por un incremento de mujeres. Parece que la incorporación de hombres y mujeres al proceso migratorio es cíclica, por la reavivación del flujo masculino con las demandas laborales en la agricultura y con las facilidades políticas y las preferencias empresariales, siendo un hecho que conforme se instala de manera definitiva la migración latina se va equilibrando el peso de los dos sexos (116).

Gráfico 15. Evolución del Índice de masculinidad de la población inmigrante latinoamericana en la ciudad de Sevilla. Período 2001-2011.



Fuente: INE. Padrón de habitantes a 1 de enero de 2001 y 2011 (95).

Elaboración propia.

En Sevilla capital, la población latinoamericana se distribuye, de acuerdo con las nacionalidades, de la siguiente manera: son bolivianos el 22,6% (3.335 personas), ecuatorianos el 18,2% (2.712 personas), colombianos el 17,2% (2.564 personas), peruanos 11,1% (1.644 personas), paraguayos el 7,1% (1.59 personas), brasileños el 7,1% (1.051 personas), argentinos el 5% (740 personas), venezolanos el 4,9% (609 personas), cubanos el 2,8% (410 personas), dominicanos el 2,4% (359 personas), chilenos el 1,6% (233 personas) y uruguayos el 0,9% (133 personas).

Por sexo, la mayor población masculina corresponde a los bolivianos (1.300 hombres), seguidos de los ecuatorianos (1.234 hombres). En el sexo femenino se encuentran en primer lugar las bolivianas (2.055 mujeres), seguido por las colombianas (1.539 mujeres). Así pues, la inmigración femenina es la predominante y la pionera en muchos casos (110). Con respecto a la distribución geográfica, los latinoamericanos se concentran principalmente en el clúster norte, con concentraciones secundarias pero numerosas en el clúster este y en Triana (117).

2.3. Conceptualización de la promoción de la salud

La Promoción de la Salud es un campo emergente de acción, a menudo denominado la “nueva” Salud Pública (118). Dicho concepto surge como consecuencia de la evolución en la definición de la salud, desde una perspectiva tradicional o clásica “La salud es la ausencia de enfermedades”, hasta el moderno o dinámico “La salud y la enfermedad forman un continuo, cuyos extremos son el óptimo de salud y la muerte (situaciones extremas)” (119). Last (120), citado por Colomer y Álvarez-Dardet, habla del equilibrio dinámico disminuyendo el estatismo. Dicha transición conceptual permite un cambio en el punto de mira de la atención sanitaria desde el individuo enfermo al paciente sano (121).

La Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Ottawa, 1986) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, de ella derivada, son consideradas mundialmente como el fundamento de los conceptos y principios de la moderna promoción de la salud. Tanto la Conferencia de Ottawa, que promovió el espíritu de la Declaración de Alma-Ata, como las posteriores conferencias mundiales celebradas en Adelaida, Australia (1988), Sundsvall, Suecia (1991), Yakarta (1997), México D.C. (2000), Bangkok (2005) y Nairobi (2009) proporcionaron indicaciones y orientación

sobre las medidas a tomar para abordar los determinantes de la salud con miras a lograr la, tan anhelada, salud para todos.

La Promoción de la Salud, según la Carta de Ottawa, consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La Promoción de la Salud constituye, por tanto, un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Según Colomer y Álvarez-Dardet (121) y Oblitas (122-124), dicha estrategia se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de la salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida.

Entre los objetivos directores de la Promoción de la Salud, se encuentran:

1. **Desarrollar políticas que apoyen la salud:** se insta a que la salud forme parte de los programas de acción de los políticos en todas las instituciones y todos los sectores. Supone identificar e intentar corregir las barreras que impiden adoptar políticas saludables fuera del sector sanitario.
2. **Crear entornos favorables:** la salud humana se construye sobre la forma en que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Las sociedades que no tienen en cuenta los aspectos ecológicos acaban por sentir los efectos adversos en cuanto a problemas sociales y de salud. El trabajo y el ocio tienen un impacto claro en la salud, por esto, la Promoción de la Salud debe crear condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y divertidas
3. **Reforzar la acción comunitaria:** las comunidades deben tener su propio poder y ejercer el control de sus propias iniciativas y actividades. Esto significa aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones a cualquier nivel.
4. **Adquirir aptitudes individuales:** a través de la información y la Educación para la Salud se pretende el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables, tanto a nivel personal como a nivel social. Se facilita así un mayor

control por parte de la gente sobre su propia salud y sobre el ambiente. Todo este proceso debe ser apoyado desde la escuela, el hogar, el lugar de trabajo y la propia comunidad.

5. Reorientar los servicios asistenciales: debe tenderse a cambiar las actividades clínicas, que ocupan la mayor parte del tiempo de los profesionales por actividades de Promoción y Educación para la Salud que implique a individuos, grupos comunitarios, profesionales de la salud, personal auxiliar, administrativo, etc. Todos deben trabajar juntos reorientando el sistema hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo.

Y para que esto sea posible, es necesario que se cumplan una serie de principios clave para la promoción de la salud³ y que son (121):

- Implicar a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Centrarse en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combinar métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspirar a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud en sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un importante papel en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

³ Tomado del documento de la OMS (1987): Health promotion: A discussion document on the concept and principles. Supplement to Europe News. Traducido por los autores que figuran en la cita.

El reconocimiento del valor de esa actividad es cada vez mayor, debido a la eficacia y la costoeficacia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades. Existe un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, salud y desarrollo humano y económico (125).

2.3.1 Conductas promotoras de la salud

Todo comportamiento o actividad de un individuo tiene alguna influencia sobre la salud. En este contexto, puede ser útil distinguir entre los comportamientos que se adoptan deliberadamente con el fin de promover o proteger la salud y aquellos que puedan adoptarse con independencia de las consecuencias que puedan tener para la salud. En el Glosario de la OMS (1986), modificado en 1998 se definen las conductas de riesgo como comportamientos asociados a una mayor susceptibilidad para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente. Por el contrario, se conceptualizan las conductas orientadas hacia la salud o conductas promotoras de la salud como cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin (1).

Las conductas de salud son aquellas en las que toma parte un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Las conductas de salud no ocurren en un vacío. Para comprender las mismas uno debe analizar los contextos en que tienen lugar. Estos contextos comprenden una constelación de factores personales (122), interpersonales (123), ambientales (124), institucionales, que incluyen aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales (126).

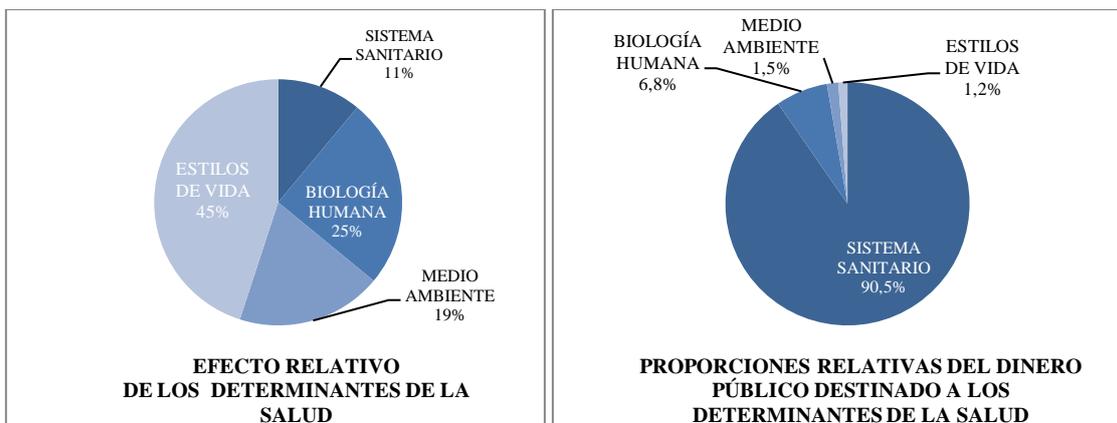
Ambas conductas, de riesgo y salud, se agrupan en unos patrones más complejos de comportamientos conocidos como estilos de vida.

Dichos estilos de vida fueron analizados en el modelo de Laframboise sobre factores determinantes de la salud y, tras la aplicación que hizo de él Lalonde a la realidad canadiense de 1974 en su informe “Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses”, se ha generalizado (119). En él se aprecia el papel preponderante de dichos estilos de vida al comparar la proporción de muertes atribuibles a los cuatro grandes

grupos de causas (factores biológicos, factores medioambientales, factores ligados a los estilos de vida y factores relacionados con la asistencia sanitaria) y la disparidad con los fondos dedicados a luchar contra esos determinantes (Gráfico 16).

Todos estos factores, hacen que la persona adquiera un determinado nivel de salud. Estos determinantes están relacionados con las conductas que el individuo lleva a cabo para la protección de su salud. Como puede apreciarse, los estilos de vida, dentro de los cuales se encuentran las conductas de riesgo y promotoras de salud, influyen según este modelo en más del 45%, puesto que dentro de los factores medioambientales existen elementos (drogas, accidentes, uso de la energía, etc.) que forman también parte de los estilos de vida; y sólo se invierte en gasto sanitario un 1,2%. De ahí la importancia de conocer las conductas de la población con el fin de dar respuestas a sus necesidades y mejorar su estado de salud.

Gráfico 16. Representación gráfica de los determinantes de salud según el Informe Lalonde.



Fuente: Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11ª ed. Barcelona: Masson; 2008 (119). Elaboración propia.

2.4. Inmigración y salud

Nos encontramos en un período de construcción política, en el cual se requiere incrementar la toma de decisiones, y retomar aspectos cruciales relacionados con la reflexión sobre el contexto internacional de los procesos migratorios (127), así como tener en cuenta estrategias como la de la OMS, Salud para el Siglo XXI (128) que incorporan el mejoramiento de la situación de salud en los grupos más desfavorecidos y el abordaje de los determinantes sociales.

2.4.1. Estado de salud de la población inmigrante

El aumento de la inmigración se ha generado en España, de manera similar a lo que ha ocurrido en otros países de nuestro entorno, creando un gran interés por conocer las implicaciones de este fenómeno desde diferentes ámbitos, entre otros el de la salud (129). Las investigaciones sobre la salud de los inmigrantes en España identifican que se trata de una población joven y sana (130,131), con patología similar a la de las poblaciones locales (132). La literatura internacional coincide en expresar una preocupación sobre los efectos que puede tener la crisis económica en la salud de la población (133-135).

El estudio en nuestro país del acceso y uso de los servicios sanitarios por parte del colectivo inmigrante, al igual que en los países de mayor tradición sobre dicho fenómeno migratorio, ha concentrado gran parte de la producción científica (29, 136-138), destacándose los países de mayor tradición sobre dicho fenómeno migratorio (18, 139-141). En el ámbito internacional, países con larga tradición y experiencia en temas de inmigración, como Estados Unidos, Canadá, Países Bajos, Reino Unido y Suiza utilizan desde principios de los años noventa encuestas poblacionales periódicas para obtener perfiles epidemiológicos de las comunidades de origen inmigrante y analizar su estado y accesibilidad a los servicios de salud (142-146).

En nuestro país, a excepción de la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2006, en la que se ofrecen datos sobre estilos de vida de la población por comunidades autónomas, diferenciando español y extranjero pero sin especificar su origen (147), son escasos los ensayos publicados sobre los hábitos de salud de la población inmigrante, centrándose sobre todo en el estudio y la descripción de la morbilidad atendida (39,148), así como en la situación laboral del colectivo inmigrante (149-151) pero, obviamente, el estado de salud no puede medirse exclusivamente mediante la población que acude a los centros sanitarios y los resultados obtenidos no pueden extrapolarse a otros contextos.

Por todo ello, y aunque algunos trabajos investigan la importancia de los factores sociodemográficos y de los estilos de vida en la valoración de la salud en la población inmigrante, como es el caso del País Vasco (13), se ha constatado la escasez de material e investigaciones referentes a los hábitos de salud de la población inmigrante en general, y en nuestro medio en particular, así como de los factores de riesgo para la salud

asociados al comportamiento y a la realización de prácticas preventivas, al igual que se han realizado en otras comunidades, en población autóctona (152), posiblemente porque el fenómeno migratorio no se ha interiorizado aún en nuestra sociedad como debiera.

Un primer estudio realizado con datos de la Encuesta Nacional de Salud de España de 2003 establece que no hay evidencia de que los inmigrantes utilicen en forma excesiva e inapropiada los servicios sanitarios (29). Otra investigación con datos de las encuestas nacionales de salud de 2003 y 2006, destaca que en la utilización de los servicios sanitarios intervienen factores demográficos relacionados con el estatus de inmigrante (136).

Asumiendo la presencia del efecto del inmigrante sano, se producirá una mayor frecuentación de los servicios de salud conforme aumenta el tiempo de residencia del inmigrante en el país de destino (153). En este sentido, el tiempo de residencia vuelve a ser un factor crítico que afectará al nivel de uso y utilización de los recursos asistenciales del país de acogida, facilitando el acceso del inmigrante a los mismos o, por el contrario, creando barreras en su acceso y utilización (154).

En otros casos, utilizando la información de varias encuestas de salud realizadas en el país y en las Comunidades Autónomas, se reconoce en líneas generales que la población inmigrante utiliza con menor frecuencia la mayoría de los servicios sanitarios, con diferencias entre los países de origen y del tipo de servicio analizado (132). En algunos casos, entre las explicaciones sugeridas por los autores, está el tiempo de residencia en España, el entramado administrativo y barreras culturales (155). Todos estos factores resultarían compensatorios en relación con la utilización de recursos de salud por parte de la población autóctona (131).

En España, los problemas de salud de las poblaciones inmigradas son similares a los de la población autóctona (38), predominando en el ámbito de la atención primaria las infecciones respiratorias, los síndromes depresivos y los dolores lumbares (156, 157).

Históricamente, las migraciones y desplazamientos de las poblaciones humanas han supuesto la entrada y/o diseminación de enfermedades infecciosas en otros países (158,159), si bien, la perspectiva de las enfermedades que afectan a los inmigrantes

varía según la población atendida y el nivel asistencial (atención primaria versus atención especializada) (160).

Dichas enfermedades infecciosas no son exclusivas de los inmigrantes, sino que también nos llega desde otros colectivos, como los turistas, cooperantes u hombres de negocios (161-163). Sin embargo, algunas patologías infecciosas que acaban padeciendo los inmigrantes se deben, en parte, a las condiciones de vida y actividades de riesgo que sufren en el país de acogida (164).

La mayoría de las enfermedades infecciosas típicas de los inmigrantes tienen escaso impacto, en términos de salud pública, en el país de destino puesto que su transmisión es muy difícil en nuestro medio, ya sea por falta de los hospedadores intermediarios o del vector (165). Sin embargo, la disminución de la tuberculosis en algunos países de Europa occidental se ha detenido principalmente debido a la inmigración procedente de países con alta prevalencia (166).

La salud de los inmigrantes recién llegados es un reflejo del estado de salud de sus países de origen. Así, en una unidad de referencia de medicina tropical con atención mayoritaria de inmigrantes subsaharianos indocumentados, la fiebre, el prurito, la eosinofilia, la visceromegalia y la anemia fueron más frecuentes entre los africanos, mientras que la tos lo fue entre los latinoamericanos (167). Los diagnósticos más frecuentes fueron filariasis, malaria, parasitaciones intestinales, infección por los virus de hepatitis C y B, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis e infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (160). Según el Ministerio de Sanidad en el año 2008, los pacientes de origen extranjero presentan una mayor proporción que los autóctonos de tuberculosis extrapulmonar 7%, sífilis 6,4%, uretritis gonocócica 2,1% y menor infección por VHC, 19%; siendo la prevalencia de infección por VIH de 6,2% en extranjeros (168, 169).

Esta nueva situación sociodemográfica motiva un creciente interés sobre el estudio de la situación de salud de los inmigrantes, dirigido a conseguir su equidad y el acceso al conjunto del sistema sanitario (33), de ahí que en nuestra legislación sanitaria se contemple especialmente a la persona inmigrante.

2.4.2. Población inmigrante y Sistema Sanitario Español: Ley General de Sanidad

Cualquiera de los proyectos migratorios que culmine en una de las posibles formas de acceso al país de destino, desde la más fácil, hasta la más traumática y arriesgada, necesita de planificación, inversión económica y tiempo. Dicho cúmulo de factores influyen de manera directa en el estado de salud de la persona. Para preservar, proteger y promover la salud de inmigrante existe en España un marco jurídico que le ampara.

La Constitución Española hace referencia a la salud en 12 de sus artículos, de ellos destacamos el Artículo 43 (170):

1) Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2) Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

La Ley General de Sanidad (171) recoge, conforme al espíritu manifestado en la Constitución, las características fundamentales que deben regir la Sanidad en España; en el Artículo 46 señala:

a) La extensión de sus servicios a toda la población.

b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.

c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.

d) La financiación de las obligaciones derivada de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas cotizaciones y tasas por la realización de determinado servicios.

e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

En base a ello, los principios rectores o principios del Sistema Sanitario Público español y andaluz son: 1) sistema público, 2) universalización de la asistencia, 3) concepción integral e integrada, 4) equidad y superación de las desigualdades, 5) racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria.

La referencia explícita a los derechos sanitarios de los extranjeros aparece en la Ley Orgánica 4/2000 (107) reformada por la Ley 8/2000 (108), que los regula en el Artículo 12:

1) Los extranjeros que se encuentren inscritos en el padrón municipal en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2) Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

3) Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

4) Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

No obstante, el Sistema Sanitario Español, diseñado y preparado a priori para atender al paciente nativo, demuestra serias dificultades frente a nuevos usuarios con especificidades culturales y lingüísticas diferentes. Dicho sistema debe afrontar nuevas necesidades derivadas de la incorporación de los usuarios inmigrantes, y de los profesionales del sistema que los atienden.

2.4.3. Especificidades del Sistema Sanitario Andaluz

En virtud de la Ley 8/1986 (172), de 6 de mayo, se crea el Servicio Andaluz de Salud como organismo responsable de la gestión y administración de los servicios sanitarios públicos de la Junta de Andalucía. La Ley precisa que el Servicio Andaluz de

Salud es “garante del derecho de nuestros ciudadanos a la protección de la salud, de forma universalizada y equitativa, sin que nadie se vea discriminado por razones económicas, sociales, raciales, geográficas, o por cualquier otra circunstancia”.

En su Título I, y según el derecho constitucional a la atención sanitaria, la Ley establece como principio rector la universalización de la atención sanitaria y su garantía para todos los ciudadanos de Andalucía sin discriminación. En su Artículo 3, especifica que son titulares de los derechos de la misma:

1) Los españoles y los extranjeros residentes en cualesquiera de los municipios de Andalucía.

2) Los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía, que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación estatal.

3) Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

4) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos por el Estado español.

5) Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo, se garantizará a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencia.

En lo que concierne a la especificidad de la atención sanitaria a extranjeros, el III Plan Andaluz de Salud (173) concreta esta atención en una estrategia de cuatro ejes: “(I) mejorar el acceso al Sistema Sanitario Público en condiciones de equidad, (II) disminuir la incidencia de los problemas de salud de esta población, (III) facilitar información sobre servicios sanitarios y recursos existentes con estrategias de mediación cultural, (IV) facilitar el entendimiento lingüístico y cultural entre profesionales y personas extranjeras que residen en Andalucía”.

De ahí que todos los profesionales sanitarios, y muy especialmente los de enfermería, deban ser competentes en la práctica del cuidado teniendo como base las teorías y modelos que incorporen el contexto cultural.

2.5. Modelos y teorías enfermeras sobre el cuidado transcultural

Desde la fundación de la enfermería como profesión, por Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX (174), las enfermeras han logrado modificar su competencia y desempeño gracias al incremento de sus conocimientos teóricos acerca de su joven ciencia, especialmente a partir de la segunda mitad del pasado siglo XX (175).

La milenaria práctica del cuidado comenzó a encontrar justificación teórica desde ese momento y la apropiación de esa teoría ha permitido a las enfermeras perfeccionar sus prácticas cotidianas mediante la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos de la realidad en la que están inmersas; pero muy especialmente del objeto de estudio de su ciencia particular: el cuidado de las personas, familia y comunidad (176).

Son varias las autoras que han propuesto clasificaciones de los modelos y teorías existentes. La propuesta por Kérouac y colaboradores (177), es una de las más fundamentadas, que se plantea a partir de las bases filosóficas y científicas de cuatro conceptos centrales para la enfermería: cuidado, persona, salud y entorno.

Dichas autoras clasifican los modelos y teorías de enfermería en seis escuelas, a saber: escuelas de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados, de la promoción de salud, del ser humano unitario y del *caring* (cuidado) (177).

Destacaremos a tratar en este capítulo la escuela de las necesidades y del *caring* por ser las afines a los modelos y teorías enfermeras de cuidado transcultural.

2.5.1. Escuela de las necesidades

Los modelos de esta escuela han intentado responder a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras?. Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona para la satisfacción de sus necesidades fundamentales, o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. La jerarquía de necesidades de Maslow y la teoría de las

etapas de desarrollo han influenciado en esta escuela, según la cual, los cuidados de enfermería tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones. Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Faye Abdellah y Dorotea Orem, cuya teoría abordaremos seguidamente, por su mayor impacto en el campo comunitario.

2.5.1.1. La Teoría General de Orem

En 1980, la propuesta teórica de Orem aparece bajo el nombre de Teoría General de Orem; una década después fue especificado el nombre con la denominación de *Self-Care Deficit Theory of Nursing* o S-CDT (178), donde se articulan o interrelacionan tres teorías: la del autocuidado (describe y explica el autocuidado), la del déficit de autocuidado (describe y explica por qué la gente puede ser ayudada mediante la enfermería) y la de los sistemas de enfermería (describe y explica las relaciones que se deben dar y mantener para que exista enfermería). La teoría General de Orem está sustentada en seis ejes conceptuales (autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería) y en un concepto periférico (factores condicionantes básicos) (179).

Según Orem (178), el autocuidado es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Por tanto, es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de autocuidado que pueden ser universales (satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano); requisitos de desarrollo (garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud, y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo); y los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud (llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medicamentosa; a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el autoconcepto o a aprender a vivir con la patología) (180).

En la Teoría General de Orem, la demanda de autocuidado se define como la cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona debería realizar para alcanzar los requisitos de autocuidado. Si la demanda es superior a la capacidad de la persona surge el déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera en que la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado (178).

Los sistemas que se proponen son: el sistema totalmente compensatorio, el sistema parcialmente compensatorio y el sistema de apoyo educativo. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee (180). Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendentes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

Orem (180) destaca como avances en el desarrollo teórico e investigador del modelo: la identificación de conceptos y la evidencia de la interrelación entre los mismos, así como la aplicación del modelo en diversas situaciones de la práctica de enfermería. Considera como un reto llegar a establecer modelos específicos para poblaciones sujeto de la práctica profesional. Así, Orem ratifica su consideración de la Enfermería como una “ciencia práctica” (181).

El personal de Enfermería, al adquirir los conocimientos sobre los elementos de los estilos de vida como componente transcultural y la teoría del déficit del autocuidado de Orem, será capaz de brindar un cuidado holístico con un lenguaje cultural común al penetrar en los hogares y el entorno de sus pacientes, es decir, cuidará de una manera integral. El profesional de enfermería tiene la posibilidad de promocionar salud con el objetivo de lograr salud para todos, teniendo como meta aumentar la prevención y acrecentar la capacidad de hacer frente a nuevas conductas generadoras de salud tales como el autocuidado, la ayuda mutua y facilitar ambientes saludables (180).

La enfermera debe hacerse las siguientes preguntas: ¿Qué necesidades expresa la persona con determinadas conductas?, ¿Puede existir expresión de alguna cualidad

positiva o negativa en determinada conducta? y ¿Cómo puedo ayudar a la persona a expresar esa cualidad y satisfacer sus necesidades de forma más positiva?, encaminando su práctica a la modificación de hábitos inadecuados: higiénicos, alimentarios, tóxicos, del comportamiento sexual, entre otros (182).

2.5.2. Escuela del *caring* (cuidado)

Las teorizadoras de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Centrándose en el cuidado, intentan responder a ¿cómo las enfermeras hacen lo que hacen?. Jean Watson y Madeleine Leininger se orientan hacia lo existencial, fenomenológico y espiritual, inspirándose en la metafísica, las humanidades, el arte y la antropología. Las diferentes escuelas ponen énfasis en diversos elementos, según la época y las condiciones sociopolíticas en que surgen. Enfocan el cuidado, la persona, la salud y el entorno a partir de la concepción filosófica en que se basan, por lo que su análisis, especialmente el de la aportación de Leininger, puede contribuir al esclarecimiento de los modelos y teorías que se presentan en este material.

2.5.2.1. Teoría de la Enfermería Transcultural

Madeleine Leininger, desde su perspectiva holística, creó su “Teoría de la diversidad y universalidad” o “Teoría de la Enfermería transcultural”. Explica en ella cómo influyen diferentes factores económicos, religiosos, culturales, políticos, estilos de vida, factores tecnológicos, la etnohistoria, la religión (código moral), valores culturales y prácticas genéricas en la salud holística (183). Para Leininger (184), algunos de los factores que intervinieron para enunciar esta teoría y la necesidad de que el cuidado de enfermería tuviera en cuenta este postulado para su práctica fueron:

- El aumento en las identidades multiculturales, con personas que esperan que los profesionales de enfermería entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida.
- El marcado incremento en las migraciones de personas, dentro y entre países, a nivel mundial y, con ello, la aparición de una diversidad creciente que caracterizó las poblaciones nacionales y globales. Esta diversidad se refiere a las diferencias entre

grupos étnicos, origen nacional, religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, clase o estatus socioeconómico, nivel educativo y cultural, entre otras.

- La existencia a nivel mundial de múltiples conflictos culturales, choques y violencia que desencadenan un impacto sobre los cuidados en salud, al tiempo que cada vez más culturas interactúan las unas con las otras.

La Enfermería transcultural ha tenido como principal supuesto que la salud o el bienestar se puede pronosticar por medio de la dimensión epistemológica y ontológica de los cuidados culturales (185).

La dimensión epistemológica hace alusión a la forma de construcción veraz y confiable del conocimiento del cuidado de enfermería; la ontológica, a la naturaleza de la realidad que se estudia. Así, Leininger planteó que, para brindar los cuidados culturales -que están orientados hacia tres tipos: la preservación y/o mantenimiento, la adaptación y/o negociación y la reorientación y/o reestructuración de los cuidados culturales-, la enfermera debe tener en cuenta las dos fases que se obtienen mediante la investigación científica: la obtención de conocimientos sustanciales y la aplicación de los conocimientos en situaciones prácticas (184). Por esto, elaboró en la década de los sesenta el “Modelo del Sol Naciente” para representar los componentes esenciales para estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría. En este modelo, los seres humanos se describen como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno.

El cuidado de enfermería desde esta teoría significa el paso de la atención paternalista vertical enfermera-paciente a una relación dialógica comunicativa, reconociendo al otro como poseedor de saberes diferentes y con quien compartimos algunos elementos comunes del mundo de la vida (186).

El cuidado cultural es una alternativa interesante para la investigación y la práctica enfermera en la población en condición de desplazamiento y migración. Desde esta perspectiva, es imperiosa la necesidad de adquirir las competencias culturales, entendidas como ser sensible a los asuntos relacionados con la cultura, el grupo étnico, el género, la orientación sexual, la situación social y económica. Esto significa no sólo

comprender las necesidades de los otros, sino también tener las habilidades para intervenir apropiadamente en el cuidado de las personas (186).

A lo largo de estas décadas, además de las teóricas anteriormente descritas, han sido varias las enfermeras que han aportado conocimiento a esta línea emergente del cuidado transcultural. De esta forma, podemos encontrar teorías, modelos y valoraciones como el “*Model of Cultural Competence*” de Purnell (1989) que incluye una representación circular de la sociedad global, comunidad, familia y la persona; el “*Cultural Diversity in Health and Illness Model o Model of Heritage Consistency*” de Spector (1989) que describe el grado en que los estilos de vida se reflejan en la cultura tribal respectiva; el “*Transcultural Assessment Model*” de Giger y Davidhizar (1991) propuso seis fenómenos culturales que la enfermera debe comprender a fin de prestar una atención eficaz para todos los pacientes: comunicación, espacio, las organizaciones sociales, tiempo, control del medio ambiente, la variación biológica; el “*Model of Cultural Competence Care*” de Campinha-Bacote (1991) define la competencia cultural como “el proceso en el que el profesional de la salud se esfuerza continuamente para lograr la capacidad y disponibilidad para trabajar eficazmente en el contexto cultural de un cliente (familia, individuo o comunidad)”; el “*Hand Model*” de seguridad cultural de Jurlina (1995) desarrollado en el ámbito de la educación; el “*ACCESS Model*” de Narayanasamy (1999) de aplicación para pacientes de minorías étnicas; el “*Transdisciplinary, Transcultural Model for Health Care*” de Glittenberg (2004) que añade la perspectiva transcultural al trabajo diario del cuidado; el “*Cultural Competence and Confidence (CCC) model*” de Jeffreys (2010) destinado a “entender y aplicar” los recursos para el desarrollo óptimo de la competencia cultural en sí mismo y en los demás y el “*3D Puzzle model of culturally congruent care*” de Schim, Doorembos, Benkert y Miller (2007) con tres niveles o dimensiones: el proveedor de cuidados, el cliente y los resultados del cuidado (187-189).

2.6. Búsqueda bibliográfica

En los últimos años asistimos a un gran interés científico por estudiar la relación entre inmigración y salud, en diversos grupos de población migrante y desde diferentes marcos metodológicos y conceptuales. En nuestro campo sanitario, encontramos cada vez más la producción de artículos originales de investigación, de revisión y de opinión sobre diferentes temas de competencia de los profesionales de la salud.

En este apartado vamos a analizar los estudios realizados a los que se ha tenido acceso, sobre conductas de salud en la población inmigrante y el estado de salud de la misma.

2.6.1. Estado de la cuestión

Con la intención de conocer el estado de la cuestión en torno a nuestro problema, se efectuó la búsqueda y el estudio de la documentación existente sobre conductas de salud en la población inmigrante.

2.6.1.1. Bases de datos

Al inicio de esta tesis se realizó una revisión de artículos originales de investigación publicados entre enero de 2000 y noviembre de 2011, en 11 bases de datos [Medline, Embase, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Cochrane, Scopus, Lilacs, Scielo, ISI Web of Knowledge -Web of Science Current Contents and ISI Proceedings- ENFISPO, TESEO y Centro Superior de Investigaciones Científicas CSIC] que incluyen revistas científicas de revisión por pares.

Para la localización de estas publicaciones, se utilizaron diferentes ecuaciones de búsqueda con lenguaje controlado en las bases con descriptores disponibles tales como los descriptores del tesoro Medical Subject Headings (MeSH) tanto en español como en inglés, considerando los siguientes términos: [Emigration and Immigration] [Migración Internacional]: El proceso de dejar un país y establecer residencia en un país extranjero; [Transients and Migrants] [Transeúntes y Migrantes] personas que normalmente se desplazan en busca de empleo, residiendo por poco tiempo en una localidad y [Health Behavior]: Conductas manifestadas por las personas a proteger, mantener o promover su estado de salud. Dicha búsqueda fue complementada con lenguaje libre utilizando los descriptores Immigration (Inmigración) & Immigrant (Inmigrante) y Health (Salud).

De ellas se destacan los resultados más significativos:

1º. Base de datos Medline. Los descriptores del tesoro Medical Subject Headings (MeSH) utilizados y la combinación de los mismos han sido ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] AND "Health Behavior"[Mesh]) con un total de 87 referencias

relativas a la salud, conductas de salud y percepciones de la población inmigrantes en todo su ciclo vital.

En la misma base de datos realizamos otra búsqueda utilizando los descriptores: ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh] AND "Health Behavior"[Mesh]), obteniéndose 20 resultados, relacionados con cuestionarios que detectan comportamientos preventivos y factores de riesgo en la salud de los inmigrantes.

Así como la búsqueda ("Health Behavior"[Mesh] AND "Emigrants and Immigrants"[Mesh]) AND "Latin America"[Mesh] nos proporcionó 2 referencias más sobre la salud de los inmigrantes latinoamericanos.

2°. Base de datos Cochrane. Los descriptores fueron los mismos y se obtuvieron 4 resultados.

3°. Base de datos ENFISPO. En este caso los descriptores fueron “Inmigración” y “Salud”. Se obtuvieron 20 resultados, todos ellos relativos al estado de salud de la población inmigrante, destacando varios relativos a conductas de salud. Los descriptores “cuestionario” y “latinoamericanos” no dieron referencias.

4°. Base de datos TESEO. Se emplearon en primer lugar los Tesauros “[321200- Salud Pública]” y “[520302- Movilidad y Migraciones Internacionales]”, obteniéndose 3 resultados y encontrando en uno de ellos relación con nuestra investigación.

Posteriormente se emplearon los descriptores “inmigración”, “salud”. De los 22 resultados, analizamos 8, encontrando en dos de ellos relación con nuestra investigación. En sólo uno de éstos la muestra del estudio era la población inmigrante latinoamericana y el objetivo era conocer los factores de riesgo de la patología psiquiátrica en atención primaria.

5° Base de Datos del CSIC (IME Biomedicina): en ella se emplearon en una primera búsqueda los descriptores “inmigración” y “salud”, obteniéndose 15 referencias. En una segunda se emplearon los descriptores “extranjeros” y “salud” apareciendo 2 nuevas referencias.

2.6.1.2. Reseña de trabajos

Fueron analizados con detalle un total de 95 artículos procedentes de la búsqueda, que pueden clasificarse en tres bloques: un primer bloque de manuscritos, la gran mayoría de la búsqueda, trataba sobre temas de salud de la población inmigrante, un segundo bloque sobre problemas de salud específicos (salud mental y problemas psicológicos) de dicho colectivo y un tercer bloque sobre conductas de salud de dicha población. De todos ellos reseñamos los siguientes:

Los trabajos “Reproducibility of a telephone questionnaire on risk factors associated with behavior and preventive practices” (190) y “Telephone versus face-to-face household interviews in the assessment of health behaviors and preventive practices” (152) utilizan el instrumento validado del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles para población Adulta (SIVFRENT-A) y el Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) respectivamente. En ambos casos quedaron demostradas la fiabilidad y validez del instrumento de medida de conductas preventivas en materia de salud.

El artículo “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”(14) y “Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de la autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco” (13), aportan gran importancia al estudio del binomio inmigración y conductas de salud, ya que utilizan una muestra de la población inmigrante de 167 latinoamericanos.

En relación a la búsqueda podemos concluir que:

- Existen un buen número de trabajos que recogen investigaciones sobre los cuidados (examen de salud, vacunaciones, enfermedades tropicales, actitudes de los profesionales sanitarios) situación socioeconómica y laboral de los inmigrantes en España, Europa y América.

- Del amplio número de referencias encontradas, sólo 5 artículos se referían a la implementación de instrumentos de medida de conductas de salud, de ellos sólo dos en la población inmigrante.

-No se han encontrado investigaciones sobre conductas de salud en inmigrantes de la ciudad de Sevilla, así como cuestionarios específicos para medir las conductas de salud adaptados al contexto de la población inmigrante, por lo que el planteamiento del problema propuesto se mantiene sin cambios.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

El estudio de la salud del inmigrante en el país de acogida, así como su impacto en el sistema sanitario, está siendo motivo de investigaciones a lo largo de los últimos años debido a la presión migratoria acontecida en muchos países. No obstante, centrándonos en las conductas de salud que tienen las personas inmigrantes adultas, la heterogeneidad en los estudios es grande y no adaptada al contexto migratorio; existiendo pocas investigaciones de dicha población en nuestro país. Resultando, todo ello, fundamental a la hora de planificar intervenciones desde la disciplina enfermera para el dicho colectivo inmigrante. Con el fin de objetivar las características comportamentales y de estilos de vida en relación a la salud del colectivo inmigrante, y con la pretensión de ampliar el conocimiento sobre salud migratoria desde el punto de vista de los participantes, se ha diseñado este estudio, en el que nos planteamos los siguientes objetivos:

3.1. Objetivo general

- Describir el estado de salud de la población latinoamericana inmigrante adulta de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla en el año 2011.

3.2. Objetivos específicos

Para la población de estudio:

- Describir las características sociodemográficas.
- Estimar la frecuencia de las conductas de salud.
- Explorar la relación existente entre las características sociodemográficas y algunas conductas de salud.

4. METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de los objetivos de estudio se empleó una metodología cuantitativa. Ésta se encuentra sustentada en el recurso de la cuantificación y permite simplificar la complejidad de la realidad social y llevar a cabo un análisis descriptivo dirigido a organizar, presentar y sintetizar la información (191). Es fundamental, en este caso, la revisión de los datos recogidos para asegurar la calidad y validez del análisis posterior, así como describir las características de los sujetos estudiados y la asociación entre dos o más variables sin asumir una relación causal entre ellas y generar hipótesis razonables, que deberá contratarse posteriormente mediante estudios analíticos (191).

4.1. Diseño del estudio

En la descripción del diseño de nuestro estudio nos basamos en las clasificaciones realizadas por Argimon y Jiménez (191). De forma que para estos autores, según el control de la asignación de los factores de estudio, es *observacional* ya que el investigador se limita a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos de estudio sin establecer ni ejercer ningún control sobre ellas. En función de la finalidad, se trata de un estudio *descriptivo*, puesto que sus datos son utilizados con finalidades puramente descriptivas. En relación a la secuencia temporal es de corte *transversal*, puesto que los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo. Y por último, en cuanto a objetivo, es un estudio *de prevalencia*, ya que tiene como finalidad principal la estimación de prevalencia de una característica en una población, en nuestro caso las conductas de salud.

4.2. Población y muestra de estudio

4.2.1. Población

La población base fue obtenida del Padrón Municipal de la Ciudad de Sevilla en 2009 (113), éste recoge el número de extranjeros por sección censal, ofreciendo datos sobre su nacionalidad específica. Estos datos están clasificados en unidades geográficas, fruto de la agrupación de varias secciones censales, que denominamos Distritos; en la capital existen 11 distritos con sus barrios oficiales y secciones censales. En el Anexo I se describe el mapa de distritos de la ciudad de Sevilla.

La población inmigrante latinoamericana de la ciudad de Sevilla corresponde a la más numerosa de dicho colectivo extranjero, representando como ya se ha indicado, el 42,8% (95, 96). Entre los que emigran, predominan los más jóvenes y los más fuertes, tal como lo muestran las estadísticas del Ministerio de Trabajo e Inmigración con fecha del 31 de marzo de 2011 y donde la media de edad es de 36,6 años (96). Por ello, se ha seleccionado como objeto de estudio el grupo de edad de 25 a 44 años, que corresponde a población adulta joven.

En Sevilla, según los datos aportados por el Padrón Municipal de Habitantes del Ayuntamiento de Sevilla en 2009 (113), existen 20.903 inmigrantes del grupo etario de 25 a 44 años, correspondiendo un 46,1% (9.632) a personas de América del Sur, un 25,5% (5.339) a personas del resto de Europa, un 19% (3.980) a personas provenientes de África, un 8% (1.665) a personas de Asia, un 1,1% (233) de América del Norte y 0,3% (54) a personas de Oceanía y apátridas.

En la ciudad, según Díaz Parra en 2010 (117), se aprecian tres sectores donde la población extranjera cuenta con un peso considerable: el primero de ellos al norte de la ciudad, en el denominado Distrito Macarena (con un número elevado de extranjeros tanto en términos absolutos como relativos), la zona del barrio de La Plata (conjunto de barrios de autoconstrucción y viejos barrios obreros de tipo polígono) y un tercero coincidiendo con el sector intramuros: un sector ampliamente intervenido y revalorizado desde la década de 1990.

La población inmigrante latinoamericana adulta joven, según el Padrón Municipal de Habitantes de Sevilla (113), se distribuye principalmente entre los distritos 2 y 4 con 2.812 (32,4%) y 1.175 (13,5%) respectivamente, tal y como puede apreciarse en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de la población inmigrante latinoamericana de 25 a 44 años según sexo y distrito. Sevilla, 2009.

Distrito	Sexo		Total	Porcentaje por distrito
	Hombres	Mujeres		
1	219	384	603	7,0%
2	1.302	1.510	2.812	32,4%
3	172	296	468	5,4%
4	510	665	1.175	13,5%
5	206	388	594	6,9%
6	246	369	615	7,1%
7	200	313	513	5,9%
8	274	401	675	7,8%
9	249	350	599	6,9%
10	94	199	293	3,4%
11	109	219	328	3,9%
Total	3.581	5.094	8.675	100,0%

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. 2009 Servicio de Estadística. Ayuntamiento de Sevilla (113). Elaboración Propia

El universo muestral o conjunto de personas que comparten unas características definitorias, es decir, el total de población latinoamericana del grupo etario de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla es de 8.675 personas, los hombres constituyen el 41,3% (3581) y las mujeres el 58,7% (5.094).

Como puede apreciarse en la Tabla 5, describimos por nacionalidad y sexo la población total que conforma el universo muestral del estudio, destacándose la población boliviana (26,5%) y ecuatoriana (17,5%) en ambos sexos como las que mayor número de personas inmigrantes presentan.

Tabla 5. Distribución de la población inmigrante latinoamericana de 25 a 44 años según sexo y país de origen. Sevilla, 2009.

País	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	n	%	n	%	n	%
Argentina	215	6,0	206	4,0	421	4,9
Bolivia	876	24,5	1.421	27,9	2.297	26,5
Brasil	257	7,2	479	9,4	736	8,5
Chile	63	1,8	73	1,4	136	1,6
Colombia	505	14,1	896	17,6	1.401	16,2
Ecuador	694	19,4	822	16,1	1.516	17,5
Paraguay	280	7,8	392	7,7	672	7,8
Perú	469	13,1	538	10,6	1007	11,6
Uruguay	42	1,2	42	0,8	84	1,0
Venezuela	180	5,0	225	4,4	405	4,7
Total	3.581	41,3	5.094	58,7	8.675	100,0

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. 2009 Servicio de Estadística. Ayuntamiento de Sevilla (113). Elaboración Propia

4.2.2. Muestra

Para el cálculo muestral se empleó la aplicación Statcalc que forma parte del paquete EpiInfo Version 6.04 de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) (192), el cual emplea la fórmula (193):

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{[e^2 * (N-1)] + k^2 * p * q}$$

Donde:

- k es 1,96 (nivel de confianza 95%).

- p es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio, q es la proporción de individuos que no poseen esa característica (es decir, $1-p$); p adquirirá el valor de la prevalencia menor detectada de conducta de salud en el estudio piloto que realizamos en dicha población en 2010, es decir, 86% ($p=0,86$) que corresponde a la proporción de inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito 2 de Sevilla que no fuma (194).

- N es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados) es 8.675 y

- e es el error muestral deseado 0,05 (5%).

Como resultado, la muestra para esta población sería de 181 personas inmigrantes; no obstante, y como también se aconseja, habría que considerar un 5% atribuido a la posible mortalidad experimental y, por ello, el tamaño muestral definitivo se cifra en 191 personas.

Para la descripción del diseño del muestreo de nuestro estudio nos basamos en la clasificación realizada por Argimon y Jiménez (191). Según la técnica es un *muestreo probabilístico aleatorio estratificado proporcional*, puesto que en el proceso de selección todos los candidatos tienen una probabilidad conocida, distinta de cero, de ser incluidos en la muestra, presentando la misma distribución proporcional que la población de referencia o universo muestral en relación a determinadas variables (sexo, distritos y edad).

La muestra global de este trabajo está constituida por 191 personas inmigrantes latinoamericanas adultas del grupo etario de 25 a 44 años de la ciudad de Sevilla, de los cuales son hombres el 40,8% (78) y mujeres el 59,2% (113) de los distritos en función a su representatividad y pese a no estar estratificada la muestra por nacionalidad puesto que se poseían los datos globales y no por grupos etarios, se ha intentado aproximar a su distribución en cada uno de los distritos de Sevilla, tal y como puede apreciarse en las Tablas 6 y 7.

Tabla 6. Distribución de la muestra inmigrante latinoamericana de 25 a 44 años por sexo y distrito.

Sexo Distrito	Hombres		Mujeres		Total	
	n estimada	n encuestada	n estimada	n encuestada	n estimada	n encuestada
1	5	5	8	9	13	14
2	25	25	36	36	61	61
3	4	4	6	6	10	10
4	11	11	15	15	26	26
5	5	5	8	8	13	13
6	6	5	8	8	14	13
7	5	5	7	7	12	12
8	6	6	9	9	15	15
9	5	5	8	8	13	13
10	3	3	4	4	7	7
11	3	2	4	4	7	6
Total	78	76	113	114	191	190

Tabla 7. Representatividad de la población por nacionalidad en la muestra y en la población. Sevilla, 2009.

País	Muestra n (%)	Distribución de los inmigrantes en Sevilla (%) (113).
Argentina	1 (0,5)	4,7
Brasil	3 (1,6)	8,5
Bolivia	62 (32,6)	26,5
Chile	8 (4,2)	1,6
Colombia	32 (16,8)	16,2
Cuba	1 (0,5)	2,9
Ecuador	21(11,1)	17,5

Nicaragua	2 (1,1)	1,0
Paraguay	11 (5,2)	7,8
Perú	36 (18,9)	11,6
Uruguay	5 (2,6)	0,8
Venezuela	8 (4,2)	4,8

4.3. Selección de los participantes

4.3.1. Criterios de selección

Persona de cualquier sexo residente en alguno de los Barrios Oficiales o Secciones Censales de Sevilla (ANEXO II y III); tener una edad comprendida entre los 25 y los 44 años; ser latinoamericano de nacimiento, haber emigrado a España; estar capacitado para comunicarse y entender los requerimientos del estudio y haber firmado el consentimiento informado.

Los criterios que se consideraron suficientes para excluir a las personas del estudio fueron el padecimiento de una enfermedad mental que le impidiera comprender el motivo y fin del estudio o el hecho de que la persona simplemente hubiera rehusado a firmar el consentimiento informado.

4.3.2. Métodos de recolección de la información

La captación de la muestra se hizo de forma aleatoria en los barrios oficiales de cada distrito por la calle, así como en asociaciones y colectivos de inmigrantes latinoamericanos. Se informaba a los posibles candidatos detalladamente del objetivo del estudio y de la importancia de la participación de su colectivo, se destacaba que este estudio era anónimo y de carácter confidencial en la recogida y manejo de datos y que aportaría resultados que servirán para mejorar la prestación de servicios en materia de salud a la población inmigrante latina.

Una vez que la persona aceptaba a participar en el estudio, se le entregaba un documento informativo, el consentimiento informado, que explicaba la naturaleza de la investigación, sus objetivos, la ausencia de riesgos en la participación y los investigadores de contacto para cualquier duda o consulta. Si, al finalizar la lectura, la

persona aceptaba la participación en el estudio, se le solicitaba que firmara el documento elaborado para esta investigación (ANEXO IV). Ninguno de los encuestados se negó a participar en el estudio y todos destacaron la necesidad y pertinencia del mismo. Para evitar sesgos de información ha existido un único encuestador, quien hacía las preguntas y rellenaba las respuestas. La recogida de datos se ha realizado entre los meses de enero a mayo de 2011.

4.4. Control de la calidad de la información

4.4.1. Del instrumento

El control de la validez y calidad del instrumento se basa en tres pilares.

- Validación de contenido por expertos

En primer lugar, se pasó el instrumento a siete expertos en la temática sobre migración y conductas promotoras de la salud. Dichos expertos eran una doctora en medicina docente en promoción de la salud, una directora de un centro de acogimiento a personas inmigrantes, cuatro enfermeros con experiencia en atención a inmigrantes y una doctora en enfermería con experiencia docente en la materia. Entre los aspectos a evaluar individualmente se tuvieron en cuenta la comprensión de las preguntas, los ítems de las mismas y las variables a analizar en cada una de ellas; además, se consideró de especial relevancia aquellas preguntas más relacionadas con los hábitos de salud de la mencionada población inmigrante. Todas las sugerencias sobre conductas de salud y datos sociodemográficos fueron incluidas o ajustadas en el instrumento final.

- Prueba piloto con cinco participantes

Una vez establecida la validación de criterio, se realizó un pilotaje con 5 inmigrantes latinoamericanos adultos para ver si existía alguna dificultad en la comprensión y el orden de los ítems, el tiempo de duración del cuestionario y la claridad y entendimiento del consentimiento informado. El instrumento mostró adecuada claridad y comprensión de las personas que participaron en esta fase. Tras realizarse ligeras modificaciones en el diseño, se construyó el instrumento que se aplicó finalmente y que aparece como ANEXO V.

- Prueba piloto

Se efectuó un estudio piloto con 34 personas inmigrantes latinoamericanas de edades comprendidas entre 25 y 44 años, residentes en el Distrito 2, con el objetivo de conocer la fiabilidad y consistencia interna del cuestionario, entre otros. Este estudio piloto constituyó el Trabajo Fin de Máster perteneciente al Máster “Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud” que fue defendido el 17 de Noviembre de 2010 en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla y mereció la calificación de “Matrícula de Honor”. Los resultados del estudio pueden ser consultados en González et al. (194).

4.4.2. De la base de datos

Se revisaron de manera minuciosa, antes de vaciar la información en el paquete estadístico Statistics Pack 18.0.3 (PASW 18) para Windows, cada uno de los cuestionarios para ver que todas las preguntas fueron contestadas. El mismo encuestador pasó cada cuestionario a la base de datos y luego tomó aleatoriamente 50 registros para comparar la información con los cuestionarios respectivos, a fin de detectar la existencia de algún error de digitalización.

4.5. Aspectos éticos

Los procedimientos utilizados para la realización del presente estudio han seguido los principios éticos que recoge la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1975 (actualización 2008) (195). Para ello, se realizó un consentimiento informado escrito y, en lo relativo a los datos sociodemográficos, a fin de proteger el honor, el anonimato, la confidencialidad y la intimidad personal, que exige la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (196), se han numerado los cuestionarios. Todos los aspectos y principios éticos salvaguardados en este estudio fueron avalados por el Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla, considerando que esta investigación sigue los principios éticos generales para estudios con sujetos humanos en España y la Unión Europea (ANEXO VI).

4.6. Instrumento de recolección de la información

Por su metodología y contenido, nos decantamos por emplear el cuestionario del *Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles para Adultos* (SIVFRENT-A) (197) y el *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (198) unificándolos en un único cuestionario y desarrollando algunos apartados para adaptarlo a nuestro contexto.

El cuestionario SIVFRENT se puso en marcha, en 1995, con el propósito de estimar la distribución y evolución de la prevalencia de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento y prácticas preventivas en la Comunidad de Madrid, para ayudar a establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud y evaluar los efectos de las intervenciones de salud pública. En función de la población a la que va dirigido, juvenil (SIVFRENT-J) o adulta (SIVFRENT-A), el cuestionario se compone de tres partes, la primera parte con 11 preguntas de datos sociodemográficos, la segunda parte o núcleo central con 60 preguntas (antropometría autodeclarada, consumo de tabaco, consumo de alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial, accidentes, alimentación, ejercicio físico, salud de la mujer) que se mantiene fija a lo largo de los años para facilitar las comparaciones, y de un apartado flexible que se va modificando a propuesta de la estructura de salud pública. El cuestionario se realiza por la Dirección General de Atención Primaria de Comunidad de Madrid a una muestra anual de 2.000 personas, con recogida de datos mensual, representativa de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

El BRFSS se puso en marcha en la década de los ochenta en Estados Unidos por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), está implantado en todos los estados desde 1994. Este sistema recoge información mensual sobre factores de riesgo del comportamiento, prácticas preventivas, acceso al sistema sanitario, y está relacionado principalmente con la vigilancia de las enfermedades crónicas y accidentalidad. Es la encuesta telefónica con mayor número de entrevistas del mundo con la realización actual de 200.000 entrevistas anuales.

En cuanto al análisis de validez y fiabilidad, todos los instrumentos coinciden en poseer un alfa de Cronbach moderado, 0,78 (199) para el BRFSS y 0,82 (197) para el

SIVFRENT-A pudiéndose por tanto, considerar todas ellas válidas para su uso en la medición de conductas de salud en la población adulta.

Se utilizó el cuestionario del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Adultos (SIVFRENT-A) (197) y el Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (198) del Centers for Disease Control and Prevention, unificándolos en un único cuestionario (ANEXO V). El cuestionario estuvo estructurado en dos partes: a) datos sociodemográficos del encuestado (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, lugar de nacimiento, tiempo de estancia en España, ocupación laboral anterior y actual, características de su vivienda), b) conductas de salud (estado de salud físico y mental, antropometría autodeclarada, calidad de vida relacionada con la salud, acceso a los servicios sanitarios, prestación de cuidados, percepción de su raza⁴, sueño, actividad física⁵ y ejercicio físico⁶, alimentación, realización de dietas, consumo de alcohol⁷, tabaco, drogas ilegales, fármacos, prácticas sexuales, vacunación, salud de la mujer, detección de cáncer de próstata y salud masculina, prevención de accidentes y seguridad vial). En el apartado de Anexos se encuentra el análisis de todas las variables, su tipología, nivel de medición, descripción y valores que toman, tanto las demográficas de la primera parte del instrumento (ANEXO VII), como las variables sobre conductas de salud (ANEXO VIII).

4.7. Almacenamiento y organización de los datos

Una vez recogidos los datos mediante el cuestionario, se elaboró una matriz de datos, que contiene n individuos, en este caso 190 y p variables, en este caso 236. Posee, por tanto, tantas filas como individuos y tantas columnas como variables; de forma general, cuando n es diferente de p se la denomina matriz rectangular (200).

⁴ En el cuestionario se emplea dicha acepción pues es validada en los cuestionarios implementados y su respectiva bibliografía a efectos de una mejor comprensión de la pregunta; aunque el término científico que emplearemos para referirse a la raza es grupo étnico o etnia.

⁵ Cualquier movimiento corporal intencional realizado con los músculos esqueléticos que conlleva un gasto de energía (56).

⁶ Conjunto de movimientos corporales que se realizan para mantener o mejorar la forma física en momentos de ocio o de tiempo libre, es decir, fuera del trabajo o actividad laboral (56).

⁷ Dentro de esta variable se encuentran insertas cuatro preguntas que conforman el cuestionario Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (CAGE) para conocer problemas graves en el consumo de alcohol, que se suelen “camuflar” en cuestionarios mayores como éste.

Gracias a la codificación de los resultados de toda la muestra en la matriz, analizaremos los datos, de forma que en primer lugar vamos a presentar los datos con las medidas de resumen, centralización y dispersión.

4.8. Análisis estadístico de los datos

Los datos se han analizado con el paquete estadístico Statistics Pack 18.0.3 (PASW 18) para Windows. Se ha realizado un análisis exploratorio para identificar valores inusuales o extremos en las observaciones y caracterizar diferencias entre subpoblaciones (grupos de casos).

Para el análisis de las variables de tipo cualitativo se han realizado tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se han calculado medidas de centralización y dispersión. En aquellas variables cuya distribución se presentaba simétrica se ha calculado la media y la desviación típica y en aquellas que presentaban asimetría la mediana y el recorrido intercuartílico (P_{25} , P_{75}). Estas medidas se han determinado globalmente y para grupos de casos. Se obtuvieron estimadores puntuales e intervalos de confianza al 95% para promedios y porcentajes. La descripción de la muestra se completa con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (numérica/ no numérica).

Para valorar la relación entre variables de tipo cualitativo se han elaborado tablas de contingencia, realizándose la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) según criterios de aplicación o el test de la probabilidad exacta de Fischer para tablas 2x2 poco pobladas. Si los valores esperados de las casillas de las tablas de contingencia eran ≥ 5 , en caso contrario se utilizó la corrección de continuidad de Yates. Para la comparación de variables numéricas entre dos grupos se ha utilizado el test de la t de Student, una vez cumplidos los requisitos de aleatoriedad, normalidad e igualdad de varianza. En caso de no cumplirse este último, se ha utilizado el test de la t de Student con la corrección de Welch. En el supuesto de no cumplirse el requisito de normalidad por la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se ha utilizado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. En el caso de detectarse diferencias significativas, se determinaron intervalos de confianza para diferencias de medias al 95% que cuantificaron dichas diferencias.

Además se calcularon coeficientes de correlación lineal a través de la prueba de la r de Pearson para cuantificar la fuerza y naturaleza de la relación entre las variables cuantitativas, se describieron las Odds Ratio para evaluar la evaluación de la fuerza de asociación. Se calcularon los análisis de conglomerados para explorar si dentro del grupo de estudio subyacían agrupaciones naturales con características similares y se describieron regresiones logit con el fin de explorar si las variables sociodemográficas influían sobre la automedicación o el estado de salud percibida, entre otras.

Las prevalencias de conductas, se obtendrán del cociente entre el número de inmigrantes que afirman tener una determinada conducta de salud y el número de inmigrantes participantes, estratificándose esta proporción por sexo y edad.

Se ha considerado un nivel de significación α del 5% ($p < 0,05$) en todos los contrastes de hipótesis.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

A continuación presentamos los resultados de nuestro estudio expuestos en función de los objetivos que nos planteamos. Estos resultados se pueden organizar en dos partes.

En la primera parte, se exponen los resultados relativos a las características sociodemográficas de la población de estudio. En la segunda se analizan las percepciones de la población inmigrante latinoamericana sobre sus conductas de salud a través de un análisis descriptivo; así como se describen las relaciones y significación estadística de varias variables de interés para determinar la influencia de las mismas en la salud de la muestra.

5.1. Datos sociodemográficos

A continuación expondremos los resultados relativos a cada una de las variables dentro del apartado de información demográfica.

5.1.1. Sexo, país de origen y edad

La muestra está compuesta por 190 personas inmigrantes latinoamericanas, 114 (60%) mujeres y 76 (40%) hombres de edades comprendidas entre 25 y 44 años de la ciudad de Sevilla.

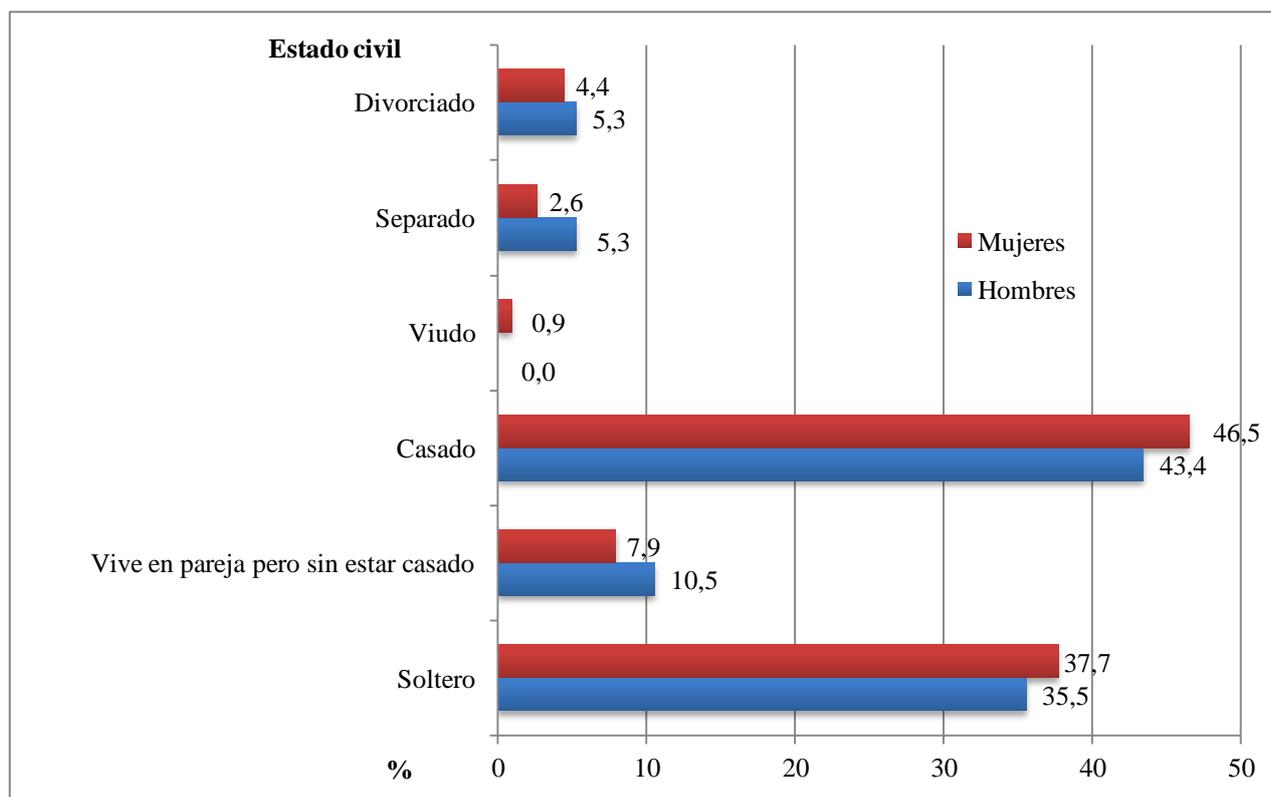
En la distribución por nacionalidad, la mayor presencia de inmigrantes en la muestra es de Bolivia con el 32,6% (35 mujeres y 27 hombres); le sigue Perú con un 18,9% (19 mujeres y 17 hombres); en tercer lugar se encuentra como país de procedencia Colombia con un 15,8% de sujetos (17 mujeres y 13 hombres); seguido de Ecuador con un 11,1% (11 mujeres y 10 hombres); muy de cerca les siguen como países de origen: Paraguay representado por un 5,8% (10 mujeres y un hombre); Venezuela con una frecuencia del 4,2% (cuatro mujeres y cuatro hombres); Chile con un 3,7% (seis mujeres y un hombre); seguido por Uruguay con un 2,6% de (tres mujeres y dos hombres), Brasil con un 1,6% (dos mujeres y un hombre), Nicaragua representada por un 1,1% (dos mujeres) y, por último, Cuba y Argentina, con una frecuencia del 0,5% cada una (una mujer respectivamente).

La edad media es de 33,8 años, con una desviación típica de 6,3 años, correspondiendo los mayores porcentajes a edades de 26 y 27 años (20,5%); por grupo etario quinquenal, el de 25 a 29 años corresponde al 36,8%, de 30 a 34 años 16,4%, de 35 a 39 años el 22,1% y de 40 en adelante representan el 24,8%.

5.1.2. Estado civil y distrito administrativo de residencia

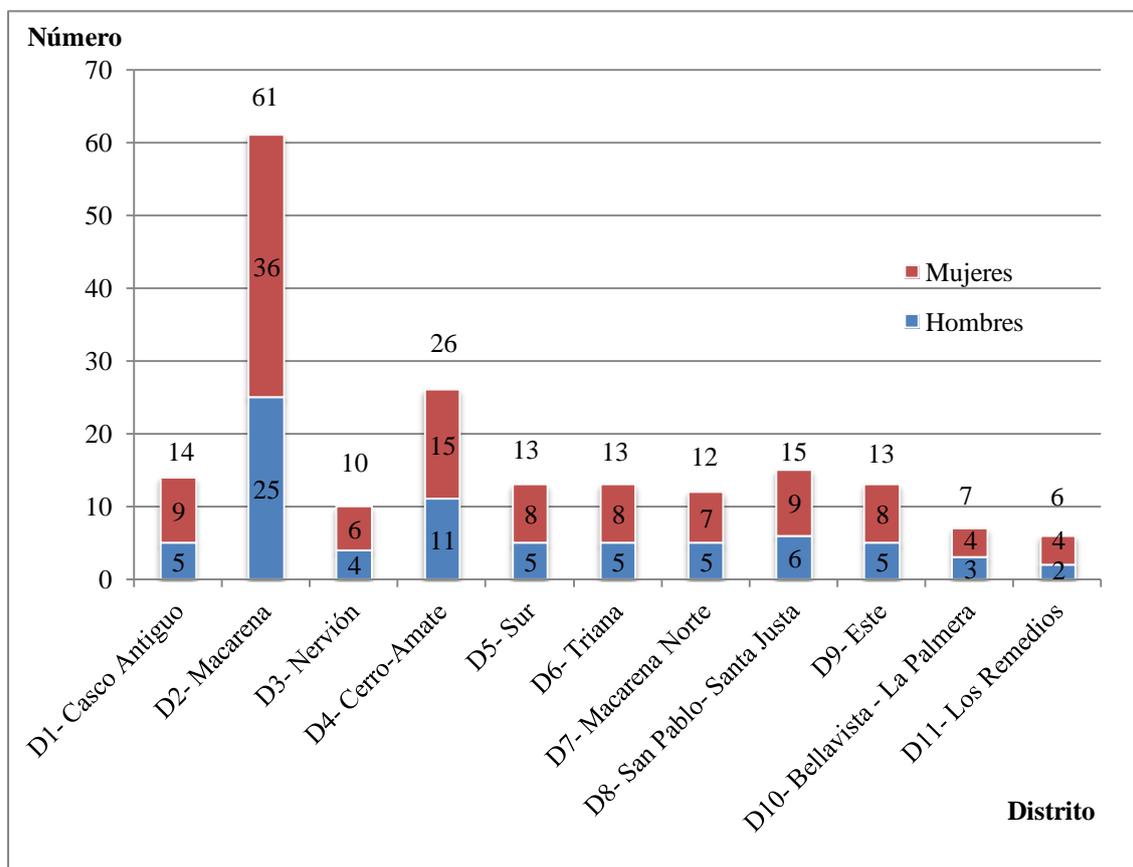
En lo que respecta al estado civil, predominan las personas casadas (45,3%) y las solteras (36,8%), sin que exista diferencia por sexo (χ^2 con corrección de Yates (1, $N = 190$) = 0,197; $p = 0,658$), como se aprecia en el Gráfico 17.

Gráfico 17. Distribución porcentual de la muestra según estado civil y sexo.



Con respecto al distrito administrativo de residencia, y conforme al muestreo representativo de la población latinoamericana Sevilla, tenemos que los distritos (D) con mayor frecuencia son el 2 (Macarena) con el 32,1%, seguido del 4 (Cerro-Amate) con el 13,7%. En el Gráfico 18 puede apreciarse cómo se distribuyen los participantes según la variable distrito administrativo de residencia y sexo.

Gráfico 18. Distribución de la muestra según el distrito administrativo de residencia y el sexo.



5.1.3. Nivel de estudios y tiempo de residencia en España y Sevilla

Dentro de la variable nivel de estudios, lo más significativo es que el 40% (76 sujetos) tiene Estudios Secundarios/Bachillerato Elemental/ FP/Ciclo Formativo Básico; el 24,2% (46 encuestados) son titulados universitarios: el 7,9% (15 sujetos) tienen una Diplomatura y el 16,3% (31 individuos) una Licenciatura o Doctorado. Según el sexo, el nivel de estudios Secundarios/Bachillerato Elemental/FP/Ciclo Formativo Básico es el más prevalente en mujeres, con un 28,9% (55 personas), y en hombres con un 11,1% (21 sujetos).

Para relacionar ambas variables, y dado que existe mucha heterogeneidad en la muestra, se ha agrupado la variable nivel de estudios en dos categorías, 1 (estudios primarios o menores) y 2 (estudios secundarios y superiores -Bachillerato, Ciclos

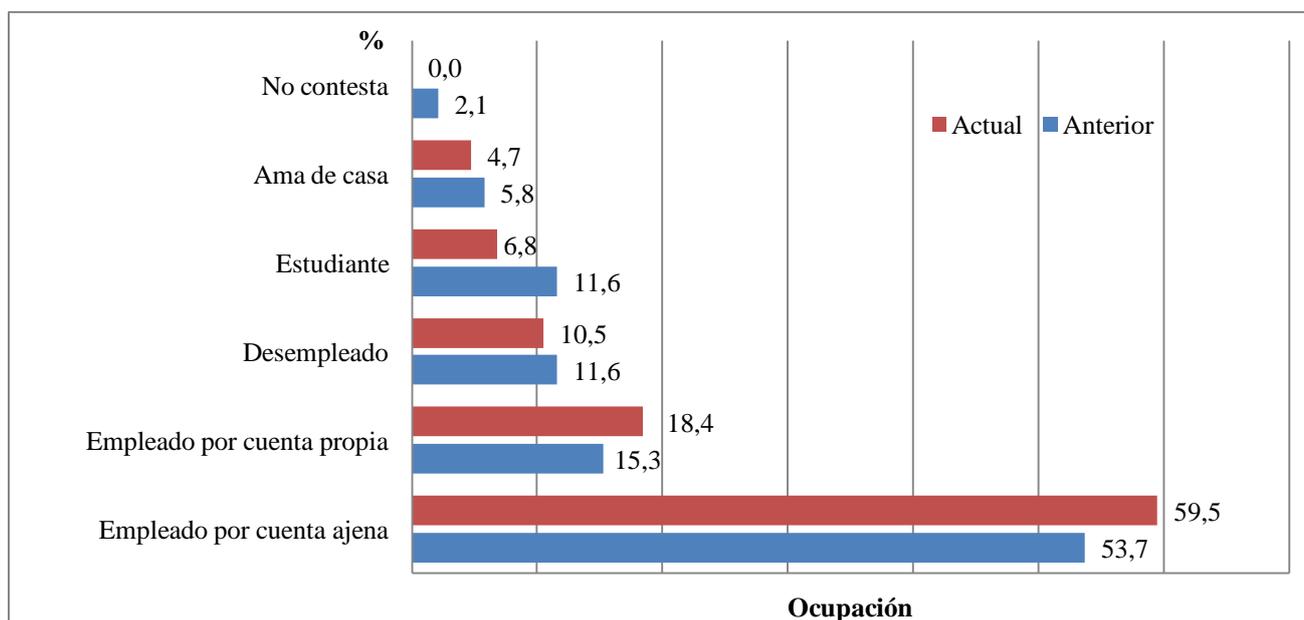
Superiores, Titulaciones Universitarias y Doctorado-). La proporción de mujeres fue mayor en el grupo de formación superior respecto al de hombres, 0,85 frente a 0,75. Esta diferencia resultó no estadísticamente significativa (χ^2 con corrección de Yates (1, $N = 190$)= 3,002, $p=0,082$).

Analizando el tiempo de residencia en España, se encontró que la muestra tenía una media de 5,4 (DT=3,6) años, ligeramente superior a la media del tiempo de residencia en la ciudad de Sevilla: 4,6 (DT=3,2) años.

5.1.4. Ocupación laboral anterior y actual

En lo relativo a la ocupación anterior, las mayores proporciones se encontraron en empleado por cuenta ajena (53,7%) -hostelería y construcción- y por cuenta propia (13,4%), representando la opción de desempleado y estudiante el 11,6% cada una. Con respecto a la ocupación actual, hay una tendencia positiva y las proporciones de ocupación se vieron incrementadas, encontrándose el 59,3% empleado por cuenta ajena y el 18,4% por cuenta propia, tal y como se refleja en el Gráfico 19. Se halló una correlación moderada de ($r=0,36$; $p < 0,01$) entre la ocupación anterior y la actual. Por sexo, tanto hombres como mujeres se agrupan en ocupación anterior (64,4% en hombres y 48,7% en mujeres) y actual en el trabajo por cuenta ajena (72,4% en hombres y 50,9% en mujeres), siendo estadísticamente significativas estas diferencias entre el sexo y la ocupación laboral anterior (χ^2 (4, $N = 186$)= 9,709, $p = 0,046$) y actual (χ^2 (4, $N = 190$)= 25,651, $p < 0,001$).

Gráfico 19. Distribución proporcional de la muestra por las variables ocupación laboral anterior y actual.



5.1.5. Características de la vivienda

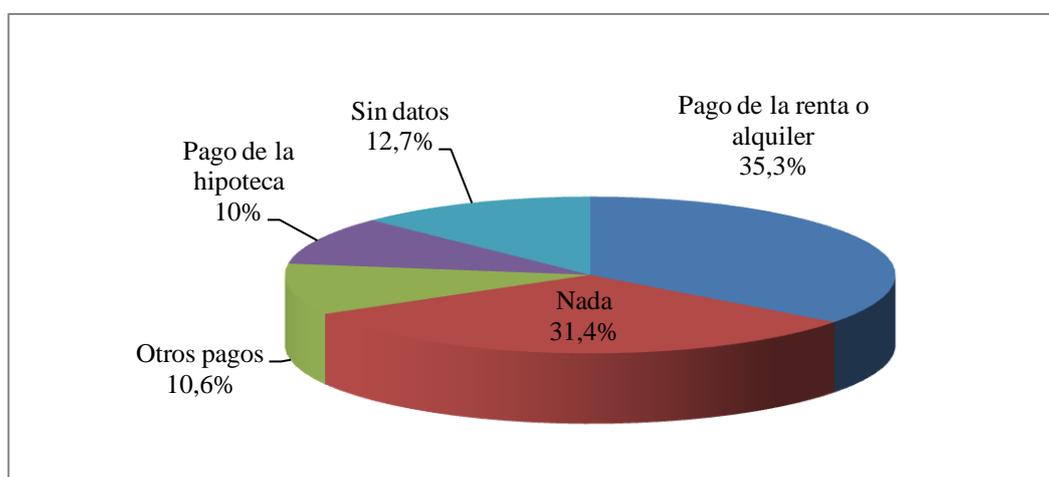
Analizado las características del hogar de las personas de la muestra encontramos que el 82,1% (156 encuestados) reside en una vivienda alquilada, siendo el 16,3% (31 sujetos) los que tienen una vivienda en propiedad, no contestando a esta pregunta 3 sujetos. El número de personas con las que el encuestado comparte el hogar varía, siendo la media 3,7 (DT=1,3), coincidiendo la mediana y la moda en 4.

El número de personas que comparten vivienda con la población encuestada se distribuye de la siguiente manera: existe un 27,9% (53 personas) que comparte su domicilio con 4 personas, le sigue un 20% (38 individuos) que vive con 2 y 3 personas respectivamente, otro 18,4% (35 encuestados) que vive con 5 personas, un 10% (19 sujetos) que reside con 6 o más personas y finalmente un 3,2% (6 personas) que vive con alguien. Un sujeto se niega a responder. Se encontraron diferencias significativas en la media del número de personas que compartían la vivienda en función de que las características de la vivienda para la salud afectasen negativamente a la salud; $F(2, N = 187) = 4,849$; $p = 0,009$.

De toda nuestra muestra, 190 personas, contestaron a esta pregunta 181. De ellos, 52 (27,4%) perciben que las condiciones de su vivienda no son buenas para su salud, mientras que 129 personas (67,1%) estiman que las características de su vivienda (luminosidad, humedad, situación,...) no afectan negativamente a su salud. La proporción de mujeres que no considera buenas las características de su vivienda fue superior a la de hombres, 69,3% frente al 65,5%. Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa: χ^2 con corrección de Yates (2, $N = 190$) = 0,634; $p=0,426$, no llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,30; $d= 0,058$.

En lo relativo a la situación económica y sus preocupaciones, existe gran heterogeneidad de inquietudes; lo más destacado es que al 35,3% (67 sujetos) le preocupa principalmente el pago de la renta o alquiler, a otro 10,6% (28 personas) le intranquiliza otros pagos (ropa, colegio de los niños) y la compra de alimentos y a un 10% (19 personas) de los encuestados le inquieta el pago de la hipoteca, como puede apreciarse en el Gráfico 20.

Gráfico 20. Principales preocupaciones económicas de los encuestados.



En la Tabla 8 se describe las características resumidas de la muestra.

Tabla 8. Características generales de 190 personas inmigrantes latinoamericanas adultas de la ciudad de Sevilla.

Variable	Valor
Sexo; n (%)	
Mujer	114 (60,0)
Hombre	76 (40,0)
Edad en años; media (DT)	33,8 (6,3)
Grupo de edad; n (%)	
25 a 29	70 (36,8)
30 a 34	31 (16,4)
35 a 39	42 (22,1)
40 a 44	47 (24,8)
Estado civil; n (%)	
Casado	86 (45,3)
Soltero	70 (36,8)
Vive en pareja sin estar casado/ Unión libre	17 (8,9)
Divorciado	9 (4,7)
Separado	7 (3,7)
Viudo	1 (0,5)
Nivel de estudios; n (%)	
Sin estudios	7 (3,7)
Primarios	29 (15,3)
Secundarios	76 (40,0)
Superiores	32 (16,8)
Titulado universitario	46 (24,2)
País de origen; n (%)	
Argentina	1 (0,5)
Brasil	3 (1,6)
Bolivia	62 (32,6)
Chile	8 (4,2)
Colombia	32 (16,8)

Cuba	1 (0,5)
Ecuador	21(11,1)
Nicaragua	2 (1,1)
Paraguay	11 (5,2)
Perú	36 (18,9)
Uruguay	5 (2,6)
Venezuela	8 (4,2)
Distrito de residencia; n (%)	
Distrito 1	14 (7,4)
Distrito 2	61 (32,1)
Distrito 3	10 (5,3)
Distrito 4	26 (13,7)
Distrito 5	13 (6,8)
Distrito 6	13 (6,8)
Distrito 7	12 (6,3)
Distrito 8	15 (7,9)
Distrito 9	13 (6,8)
Distrito 10	7 (3,7)
Distrito 11	6 (3,2)
Tiempo en años de residencia en España; media (DT)	
	5,4 (3,6)
Tiempo en años de residencia en Sevilla; media (DT)	
	4,6 (3,2)
Ocupación anterior; n (%)	
Empleado por cuenta ajena	102 (53,7)
Empleado por cuenta propia	29 (13,3)
Desempleado	22 (11,6)
Estudiante	22 (11,6)
Ama de casa	11 (5,8)
No contesta	4 (2,1)
Ocupación actual; n (%)	
Empleado por cuenta ajena	113 (59,5)
Empleado por cuenta propia	35 (18,4)
Desempleado	20 (10,5)

Estudiante	13 (6,8)
Ama de casa	9 (4,7)

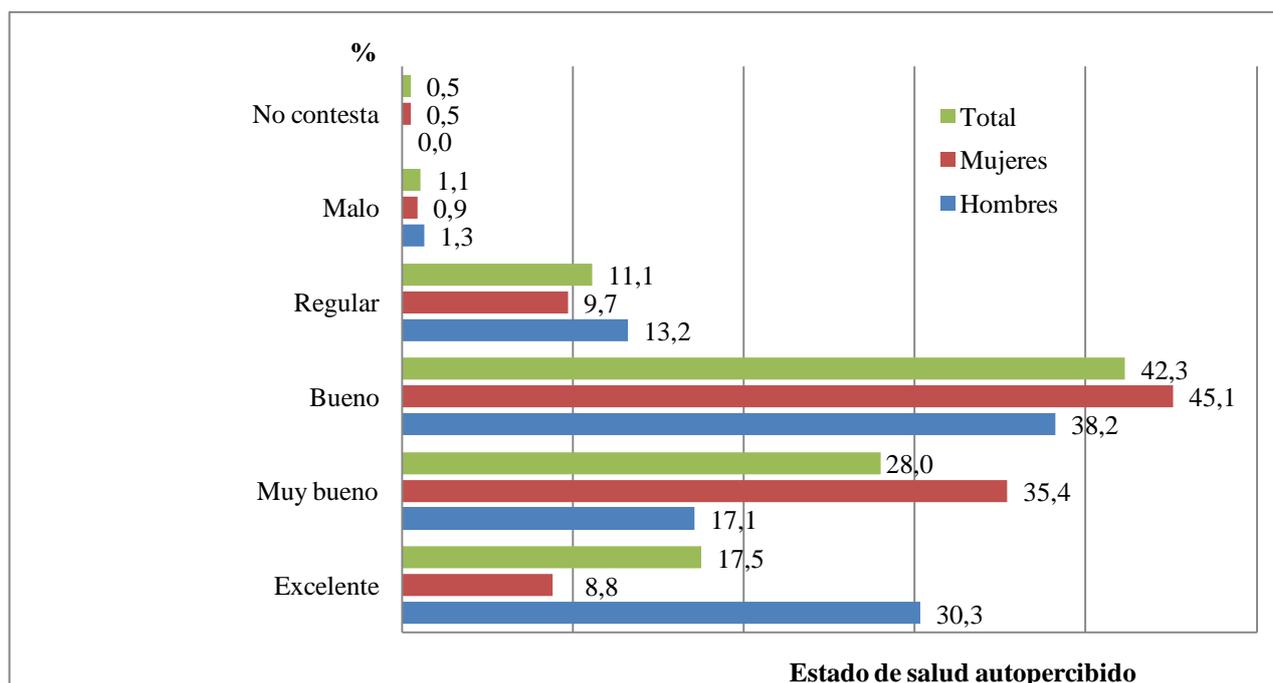
5.2. Conductas de salud

A continuación describiremos cada una de las variables dentro de las conductas de salud.

5.2.1. Estado de salud percibida

Dentro de la pregunta estado de salud percibida encontramos varias variables: estado de salud general, días con salud excelente y medidas antropométricas declaradas.

En cuanto al estado de salud general, considera que es bueno el 42,3% (80, 51 mujeres y 29 hombres), siendo muy bueno para el 28% (53, 40 mujeres y 13 hombres), mientras que estima que es excelente el 17,5% (33, 23 hombres y 10 mujeres); por el contrario, es considerado regular por el 11,1% (21, 11 mujeres y 10 hombres) y malo en sólo dos miembros de la muestra (1,1%, un hombre y una mujer). No contestando una persona a esta pregunta (Gráfico 21). La valoración del estado de salud excelente en hombres fue superior al de las mujeres, 30,3% frente al 8,8%, existiendo también estas diferencias en la valoración de estado de salud malo, 1,3% frente a 0,9%. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas, $\chi^2(4, N = 190) = 18,437; p = 0,001$ y el tamaño del efecto encontrado llegó al nivel de 0,30; $d = 0,298$.

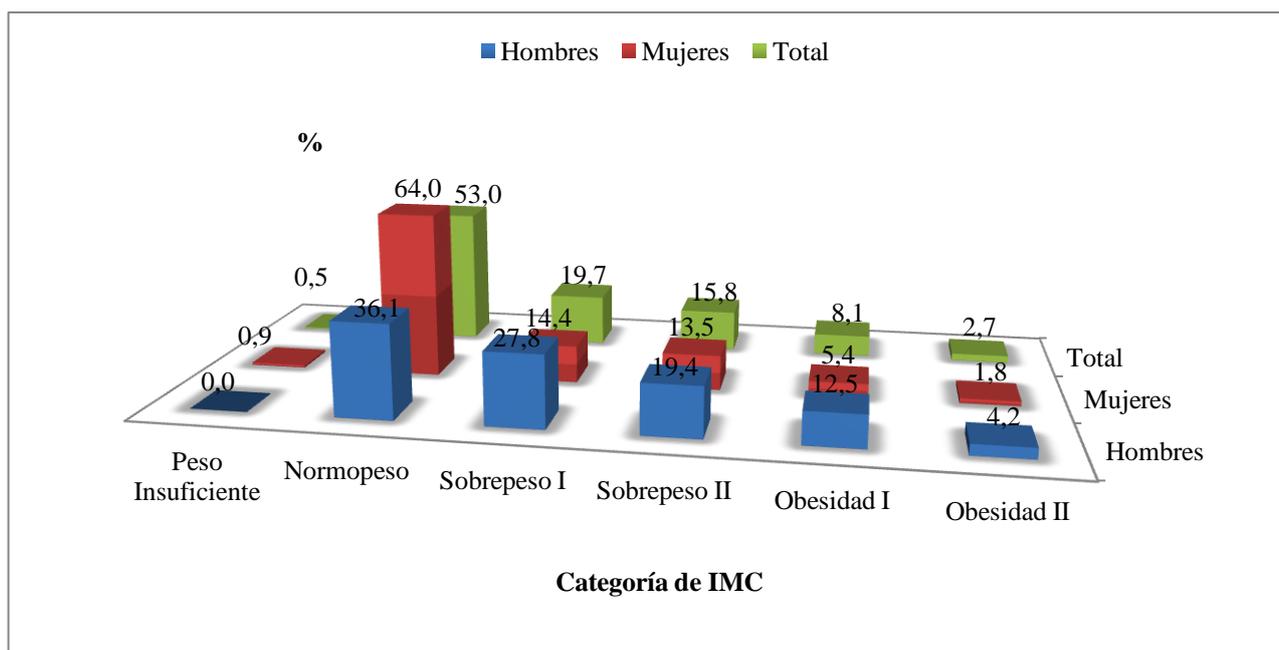
Gráfico 21. Estado de salud autopercibida por sexo y total.

La segunda variable es el número de días en el último mes (30 días) en que su estado de salud fue excelente y lleno de energía. La media fue de 22,1 días, siendo la desviación típica de 7,9 días y coincidiendo en 30 días la mediana y la moda. En relación a las frecuencias, el 8,9% de los encuestados (17 sujetos) consideró que no hubo ningún día en que su estado de salud percibida fuera óptimo, mientras que el 83,4% (157 encuestados) respondieron que, en el último mes, tuvieron de 7 a 30 días un estado de salud perfecto. Se encontró diferencia significativa en el promedio del número de días según el sexo: hombres 23,2 (DT=6,2), mujeres 21,1 (DT=8,9); ($t= 25,426$; $p<0,001$).

Finalmente, la tercera variable hace referencia a las medidas antropométricas de los encuestados. Calculando el Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra y estratificando por sexo, encontramos que el IMC medio en las mujeres es de 24,8 kg/m² y en los hombres de 26,6 kg/m² (Gráfico 22). Un 53% de los encuestados tiene normopeso, un 35,5% sobrepeso y un 10,8% presenta obesidad, $\chi^2 (2, N = 187) = 16,987$; $p < 0,001$ y el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30; $d = 0,289$.

Estudiando la posible relación entre la variable número de meses de residencia en España y el IMC mediante el coeficiente de correlación de Pearson, $r(N = 188) = 0,039$; $p = 0,598$, encontramos una correlación positiva no significativa. Igual situación fue observada al explorar la correlación entre el número de meses de residencia en Sevilla e IMC, $r(N = 188) = 0,062$; $p = 0,394$.

Gráfico 22. Categorías de IMC según sexo y total.



5.2.2. Calidad de vida en relación con la salud

Con respecto a la variable de salud física, que incluye tanto enfermedades como lesiones, se encontró una media de 3 días (DT=6,3) en que ésta no fue buena, considerando el 66,5% (125 sujetos) no haber tenido ningún día mala salud física, sin que existan diferencias según el sexo (75,7% de los hombres y el 68,7% de las mujeres, χ^2 con corrección de Yates (1, $N = 182$)= 2,610; $p = 0,146$). Esta pregunta no fue contestada por siete sujetos.

Describiendo la salud mental, segunda variable de la calidad de vida en relación con la salud, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, se encontró una media de 3 días donde ésta no fue buena (DT=7,3), considerando el 75,4% (138 sujetos) no haber tenido ningún día mala salud mental; aquí tampoco se observó diferencia por

sexo (74% de los hombres y el 76,4% de las mujeres, χ^2 con corrección de Yates (1, $N = 183$)=0,130; $p= 0,713$). Esta pregunta no fue contestada por siete sujetos.

Estudiando la variable estado de salud general y correlacionándola con el estado de salud física deficiente percibido mediante el coeficiente de correlación de Pearson, $r(N = 188) = -0,382$; $p < 0,001$, encontramos una correlación negativa significativa, es decir a medida que aumenta la salud general del sujeto disminuye el número de días que tuvo una salud física deficiente.

Analizando el comportamiento de la variable estado de salud general y salud mental, a través del coeficiente de correlación de Pearson, $r(N = 189) = -0,363$; $p < 0,001$, encontramos que aparece una correlación negativa significativa, es decir a medida que aumenta la salud general del sujeto disminuye el número de días que tuvo una salud mental deficiente.

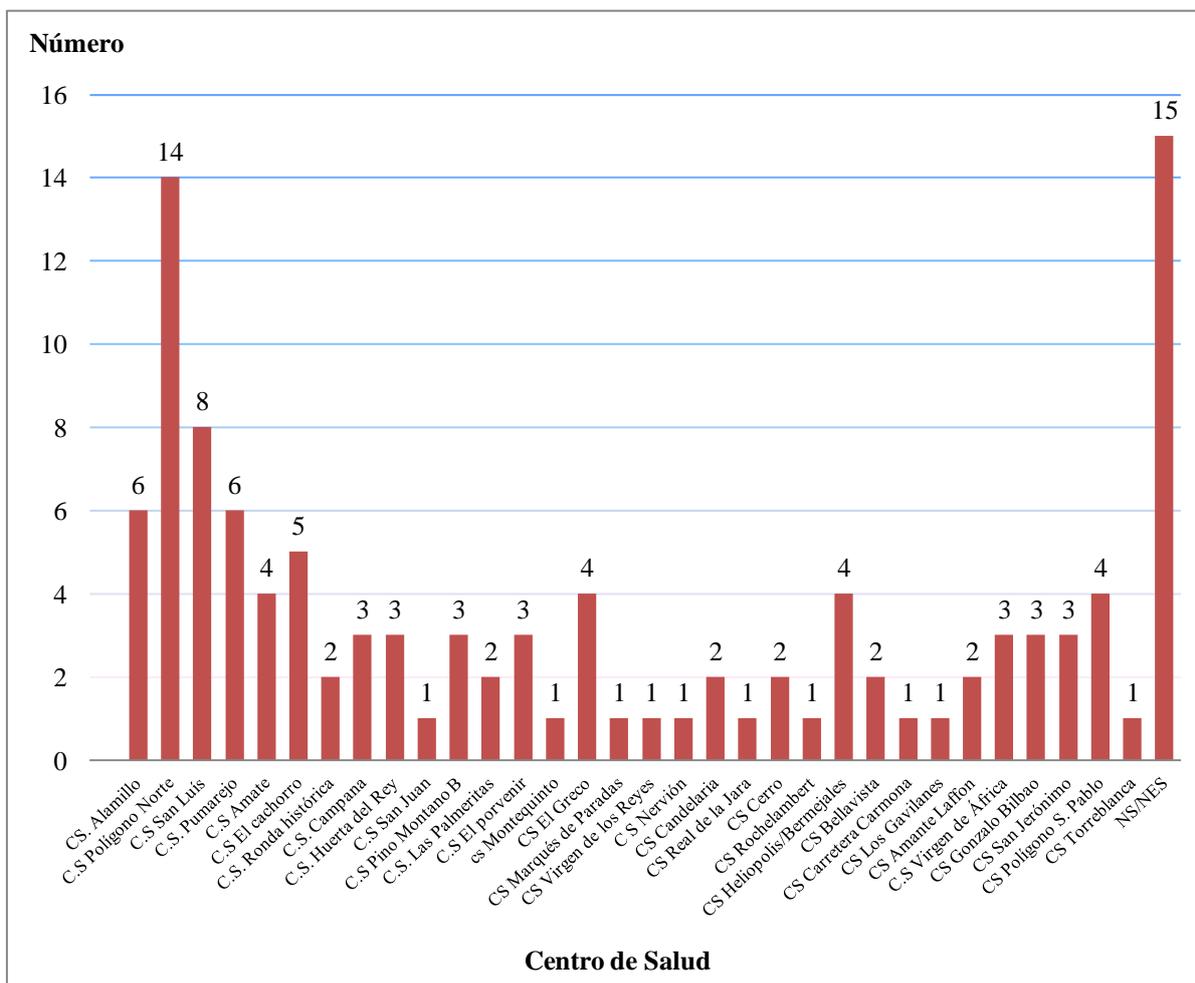
Describiendo el comportamiento de la variable salud física y salud mental de los sujetos, a través del coeficiente de correlación de Pearson $r(N = 188) = 0,297$; $p < 0,001$, encontramos una correlación positiva significativa, es decir a medida que aumenta o disminuye la salud mental lo hace de manera directamente proporcional también la salud física de los sujetos.

5.2.3. Acceso a los servicios sanitarios

Dentro de esta pregunta describiremos la variable de conocimiento del centro de salud (C.S.), asistencia a la consulta médica, asistencia a la consulta de la enfermera y sus motivos en ambos casos.

El total de los usuarios que respondieron a esta pregunta fue 113, de ellos 15 (7,9%) no sabe cuál es su centro de salud o no está seguro. El resto (51,8%) identifica el centro de salud al que se encuentra vinculado para recibir atención sanitaria. En el análisis de la frecuencia absoluta, tal y como puede verse en el Gráfico 23, se encuentran referenciados todos los centros de salud de los once distritos administrativos de la ciudad de Sevilla, siendo los de mayor frecuencia el C.S Polígono Norte y el C.S San Luis con el 14,3% y 8,1% respectivamente.

Gráfico 23. Centros de salud para recibir asistencia sanitaria identificados por los encuestados.



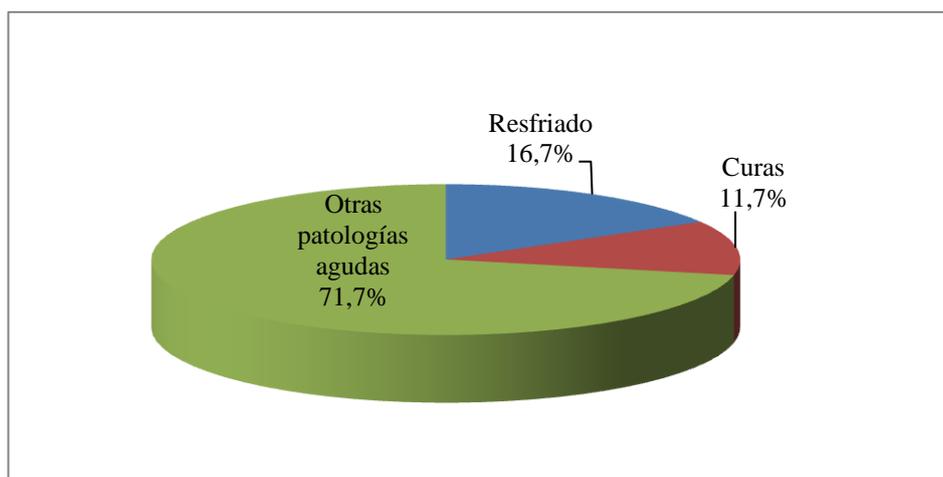
En lo relativo a la variable de asistencia a la consulta médica el 66,8% (127 personas) ha ido en el último año, el 15,8% (30 sujetos) en los últimos dos años, el 6,3% (12 encuestados) asistió en los últimos cinco años, el 4,2% (8 participantes) hace más de cinco años y el 2,6% (5 personas) nunca ha acudido. Esta pregunta no fue contestada por ocho sujetos. Las personas que han acudido al médico alguna vez lo han hecho por diversos motivos; lo más frecuente es que haya sido por patologías agudas (85,2%) como resfriados, dolores de estómago, de espalda, de columna cervical e infecciones; el 14,8% lo ha hecho por problemas crónicos, tales como diabetes, hipertensión y problemas de la vista.

Sólo 60 personas (31,6%) han acudido a la consulta de enfermería. De ellas, tal y como puede apreciarse en el Gráfico 24, destacamos que para 43 (71,7%) el motivo más frecuente fue por patologías agudas tales como cefaleas, gastritis, cólico, así como extracciones de sangre y educación para la salud, le siguen 10 personas (16,7%) que acudieron por resfriado y 7 sujetos (11,7%) para que les realizaran alguna cura.

Analizando las relaciones entre las variables sexo y asistencia a la consulta médica, se han encontrado diferencias significativas acudiendo con más frecuencia las mujeres frente a los hombres, $\chi^2 (5, N = 185) = 11,401, p = 0,048$, aunque el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30; $d = 0,239$.

En lo que respecta a las variables sexo y asistencia a la consulta de enfermería, no se han encontrado diferencias significativas, χ^2 con corrección de Yates (4, $N = 142$) = 0,725, $p = 0,394$, el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30; $d = 0,110$.

Gráfico 24. Motivos de asistencia a la consulta de Enfermería.



5.2.4. Persona que cuida de otra

Esta pregunta es analizada a través de tres variables, la primera es la prestación de cuidados o asistencia; el 70,5% de la muestra (134 personas) no prestó dichos cuidados mientras que el 26,3% (50 encuestados) sí lo hicieron. No contestaron a esta pregunta seis personas.

La siguiente variable contenida es determinar si los cuidados proporcionados ocasionaron algún problema de salud. De las personas que prestaron cuidados (50 participantes), sólo tres sujetos (6%) indicaron que esta circunstancia les causó algún problema de salud.

Finalmente, la tercera variable era determinar si los cuidados fueron remunerados; de las personas que prestaron cuidados (50 encuestados), 33 personas (66%) informaron que los cuidados que desempeñaron en el último mes tuvieron una retribución económica.

Las personas que cuidaron de otras fueron más mujeres que hombres, 82% frente a 18%. Aplicando la prueba no paramétrica de χ^2 se determinaron que estas diferencias resultaron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 184) = 12,279$; $p < 0,001$, aunque el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30; $d = 0,250$.

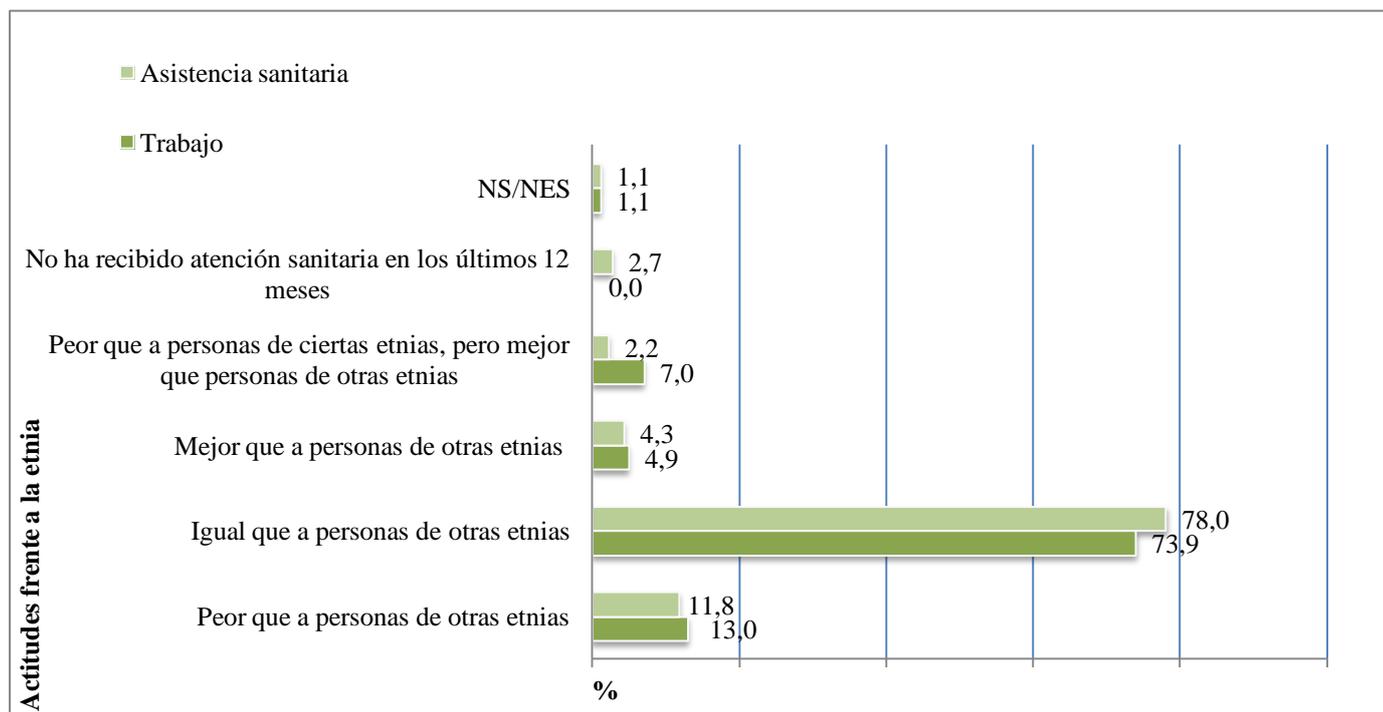
5.2.5. Actitudes de las personas hacia la etnia

Dicha pregunta se analiza a través de dos variables, la primera es la descripción del ambiente laboral en lo relativo a la percepción de la gente con respecto a la etnia del encuestado durante el último año. Lo más destacado es que un 73,9% (136 personas) responde que es tratada igual que otras etnias, siendo un 13% (24 sujetos) los que opinan ser tratados peor que a otras etnias. No contestaron a esta pregunta 8 personas.

La segunda variable analiza la percepción de la gente con respecto a la etnia del encuestado durante el último año al solicitar asistencia sanitaria. Destacamos que un 78% (145 personas) piensa que es tratada igual que otros grupos étnicos, siendo el 11,8% (22 sujetos) los que opinan ser tratados peor que a otras etnias. No contestaron a esta pregunta dos personas (Gráfico 25).

Teniendo en cuenta las variables país de origen y percepción sobre la etnia en el ámbito laboral y de atención sanitaria, con la prueba de χ^2 , determinamos que no existen diferencias significativas, $\chi^2(48, N = 184) = 24,375$; $p = 0,998$, aunque el tamaño del efecto encontrado llegó al nivel de 0,30; $d = 0,342$.

Gráfico 25. Actitudes frente a la etnia en el ámbito laboral y la asistencia sanitaria en los últimos 12 meses.



5.2.6. Sueño

A continuación describimos la pregunta sueño a través de sus dos variables de análisis: el número de horas al día (siestas, noche) y los días en el último mes que la persona sintió no haber descansado lo suficiente. La mediana de horas de sueño de la muestra es de 8 horas ($P_{25}= 7$; $P_{75}= 8$); siendo destacable que las frecuencias iguales o mayores a 8 horas corresponden al 56,2% de la muestra (107 personas).

En lo relativo al número de días que la persona no duerme lo suficiente, la mediana de la muestra es de 2 días ($P_{25}= 0$; $P_{75}= 7$). Los valores que tuvieron más frecuencia fueron los más extremos, es decir ningún día (40%; 76 encuestados) y los treinta días (4,2%; 8 sujetos).

Estudiando la variable número de horas de sueño y correlacionándola con el número de días percibidos con un estado de salud física deficiente, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, $r(N = 188) = 0,095$; $p= 0,195$, encontramos una correlación positiva no significativa.

Analizando la variable número de horas de sueño y correlacionándola con el número de días percibidos con un estado de salud mental deficiente, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, $r(N = 189) = -0,123$; $p = 0,092$, encontramos una correlación negativa no significativa, es decir a medida que aumentan las horas de sueño hay menos días con salud mental deficiente.

Relacionando la variable número de horas de sueño y días que no durmió lo suficiente, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, $r(N = 189) = -0,423$; $p < 0,001$, encontramos una correlación negativa significativa, es decir a medida que aumentan las horas de sueño, obviamente, hay menos días en que no durmió lo suficiente.

5.2.7. Actividad física y ejercicio físico

Ambas variables son analizadas de manera separada en esta pregunta. En primer lugar en actividad física, el 62,1% (118 personas) considera que está de pie o sentado la mayor parte del tiempo, el 13,2% (25 personas) tiene que transportar cargas ligeras o debe subir escaleras o cuestas frecuentemente, el 11,6% (22 personas) que camina la mayor parte del tiempo y el 4,2% (8 personas) afirma que tiene un trabajo pesado o que demanda mucho esfuerzo. No sabiendo o no estando seguro cuatro sujetos (2,1%) y no contestando el 6,8% (13 encuestados) a esta pregunta, tal y como se presenta en la Tabla 9.

Teniendo en cuenta las variables sexo y actividad física, con la prueba de χ^2 , determinamos que existen diferencias significativas, variando la frecuencia de realización en función del sexo, es decir los hombres realizan actividades físicas más intensas, $\chi^2(4, N = 177) = 16,193$; $p < 0,001$, aunque el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30; $d = 0,290$. Se encontró también diferencia significativa entre la edad y la actividad física desarrollada, variando la frecuencia de realización en función de la edad, ($t = 21,067$; $p < 0,001$), es decir, las personas más jóvenes realizan actividades físicas más intensas.

Tabla 9. Actividad física realizada por 190 personas inmigrantes latinoamericanas residentes en Sevilla.

Variable	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Tipo de actividad física; n (%)			
Está parado o sentado la mayor parte del tiempo	118 (62,1)	38 (20,0)	80 (42,1)
Camina la mayor parte del tiempo	22 (11,6)	14 (7,4)	8 (4,2)
Tiene que transportar cargas ligeras o debe subir escaleras o cuestas frecuentemente	25 (13,2)	12 (6,3)	13 (6,8)
Es un trabajo pesado o que demanda mucho esfuerzo físico	8 (4,2)	7 (3,7)	1 (0,5)
NS/NES	4 (2,1)	2 (1,1)	2 (1,1)
SNC	13 (6,8)	3 (1,6)	10 (5,3)

En lo relativo al ejercicio físico, la muestra presenta una variabilidad en cuanto a los diferentes tipos realizados. Así, cuando se pregunta por su práctica, el 60,5% (115 personas) afirma caminar a ritmo ligero, generalmente cuatro o más veces por semana (48,9%; 93 sujetos), seguido de dos veces (4,7%, nueve personas), tres veces a la semana (3,7%, siete personas) y una vez (3,2%, seis personas). El 8,4% de la muestra (16 personas) dice caminar a ritmo intenso cuatro veces por semana, el 3,2% (6 personas) lo hace con una asiduidad de tres veces por semana, idéntico porcentaje al de personas que dicen practicarlo dos veces por semana y el 0,5% (un encuestado) lo realiza una vez por semana. Por lo que respecta a la práctica de *footing* o correr, lo hace el 10,2% de la muestra (19 personas); cinco personas (2,6%) con una frecuencia de una vez por semana, otras cinco (2,6%) dos veces por semana e igual número (2,6%) tres veces por semana y cuatro personas dicen correr cuatro veces por semana (2,1%).

El 14,2% (27 personas) practica bicicleta a ritmo ligero: cuatro veces por semana o más (7,4%, 14 encuestados), dos veces por semana (3,7%, siete sujetos), tres veces por semana (2,1%, cuatro sujetos) y dos personas dos veces por semana (1,1%). Seis personas (3,2%) dicen practicar bicicleta a ritmo intenso, dos de ellas una vez por semana (1,1%), otros dos encuestados dos veces por semana (1,1%), una persona (0,5%) tres veces por semana y otra (0,5%) cuatro veces por semana.

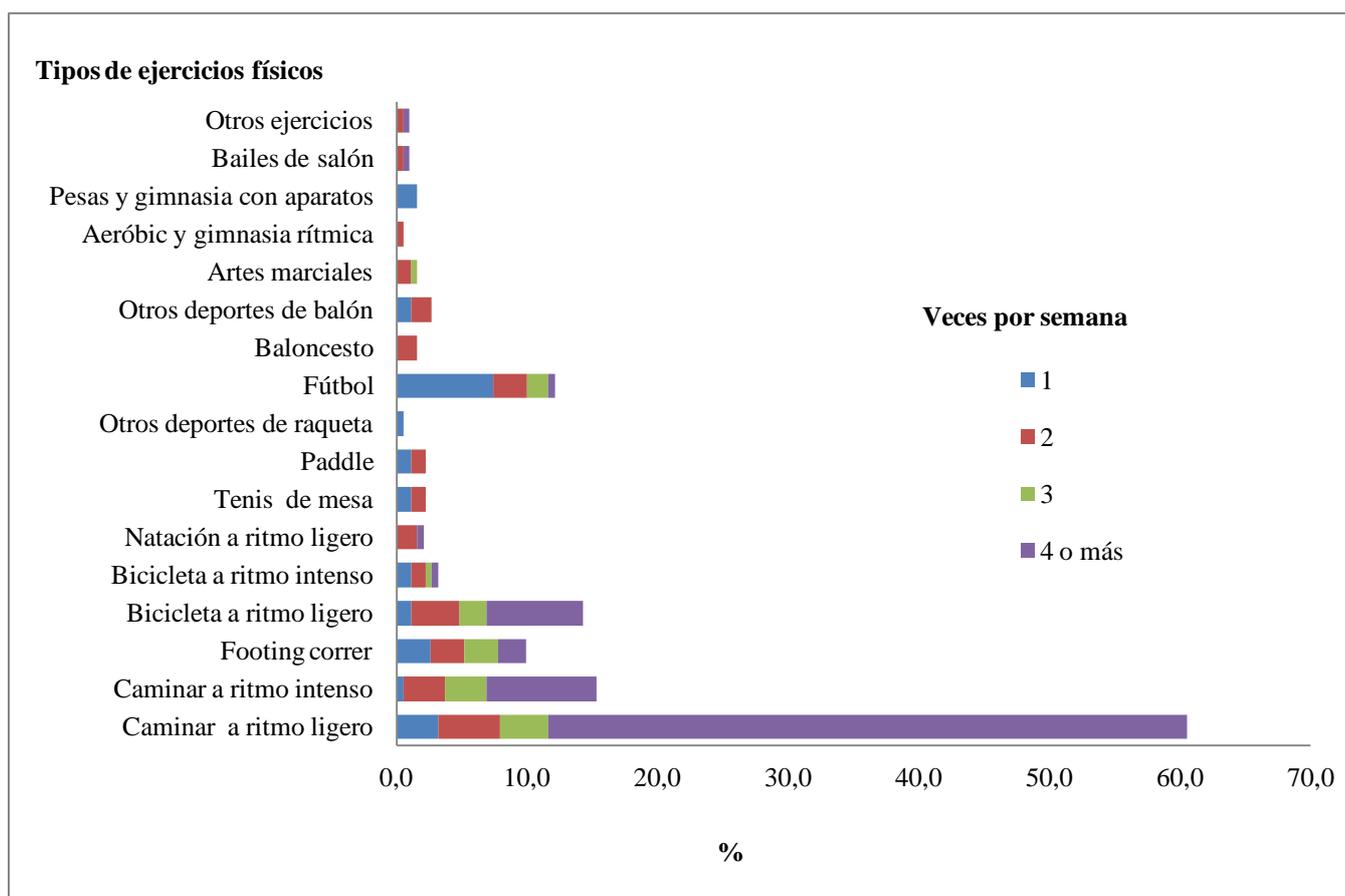
El 2,1% de la muestra (cuatro personas) afirma nadar habitualmente a ritmo ligero dos veces por semana (1,6%; tres personas) o cuatro o más veces (0,5%; una persona), mientras que nadie dice practicar natación a ritmo intenso.

Dentro de la categoría deportes de raqueta o “pala”, estos ejercicios son de seguimiento minoritario; tenis o paddle presentan una frecuencia similar, puesto que cuatro personas (2,2%) practican cada uno de ellos, dos sujetos una vez por semana y otros dos, dos veces por semana; mientras que una persona (0,5%) indica que practica otros deportes de raqueta, concretamente tenis de mesa, una vez por semana. En cuanto a los deportes de balón, el 12,1% (23 personas) practica fútbol con una asiduidad de una vez por semana (7,4%, 14 personas), dos veces por semana (2,6%, cinco personas), tres veces por semana (1,6%, tres encuestados) y cuatro o más veces por semana (0,5%, un encuestado). Tres personas (1,6%) juegan al baloncesto con una frecuencia de dos veces por semana. En la categoría otro deporte de “balón”, dos hombres (1,1%) indican que practican beisbol con una frecuencia de dos veces por semana y otros dos (1,1%) una vez por semana. Una mujer (0,5%) afirma practicar voleibol una vez en semana.

El 1,6% (3 personas) practica artes marciales: dos hombres (1,1%) realizan king boxing dos veces a la semana y una mujer (0,5%) practica kárate tres veces por semana.

Para finalizar con el análisis descriptivo de la práctica de ejercicio físico, observamos que una mujer (0,5%) practica tanto aerobio como gimnasia rítmica dos veces por semana; seis personas, tres hombres (1,6%) y tres mujeres (1,6%), realizan pesas y gimnasia con aparatos con una asiduidad de dos veces por semanas y tres veces por semana respectivamente; seis personas (3,2%) realizan bailes de salón, una vez a la semana dos hombres y una mujer y dos veces en semana un hombre y dos mujeres. Finalmente, dos mujeres (1,1%) realizan yoga y spinning con una frecuencia de dos y cuatro veces por semana respectivamente.

A continuación representamos gráficamente la distribución de ejercicios físicos realizados por la muestra, así como su asiduidad en la práctica a lo largo de la semana (Gráfico 26).

Gráfico 26. Frecuencias en la práctica de ejercicio físico en la última semana.

Es de señalar que el 37,9% (72 personas) no realiza ningún tipo de ejercicio físico.

Del total de ejercicios realizados y frecuencias, 255 veces a la semana, apreciamos que 114 (44,7%) son llevadas a cabo por hombres y 141 (55,3%) por mujeres. Teniendo en cuenta las variables sexo y tipo de ejercicio físico realizado, observamos que existen diferencias significativas en la práctica de fútbol y el sexo masculino, $\chi^2 (4, N = 190) = 34,421$; $p < 0,001$, llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,30; $d = 0,392$. Comprobando si existen relaciones entre los diferentes tipos de ejercicio físico y el resto de variables, no se han encontrado diferencias significativas a excepción de la práctica de caminar a ritmo intenso y el distrito administrativo 4 (Cerro- Amate), $\chi^2 (50, N = 139) = 89,797$; $p < 0,001$, llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,50; $d = 0,626$.

5.2.8. Alimentación

Para describir esta pregunta, lo haremos a través del análisis de cinco variables relativas a las comidas del día anterior, especificando el lugar, el tipo de alimentos y bebidas, a través de las preguntas de elección múltiple.

5.2.8.1. Desayuno

El desayuno es realizado por el 96,8% de la muestra (184 individuos); el 77,9% (148 encuestados) lo realiza en casa y el 18,9% (36 sujetos) lo hace fuera de su domicilio. No haciendo la primera ingesta del día seis personas (3,2%).

El 8,9% (17 personas) no refiere los alimentos consumidos; el 58,4% (111 personas) toma únicamente un alimento en el desayuno, el 26,3% (50 personas) consume dos alimentos y el 6,3% (12 personas) ingiere tres alimentos en dicha comida.

El pan aparece como el alimento más frecuentemente consumido, tomándolo el 63,7% de la muestra (121 personas); seguido por los cereales (17,9%; 34 sujetos), la fruta (12,1%; 23 encuestados) y los embutidos (10%; 19 personas). Las bebidas más consumidas en el desayuno son los lácteos (76,8%; 146 encuestados), los zumos (24,7%; 47 personas) y otras bebidas: agua e infusiones (3,2%; 6 sujetos). El 80,5% de la muestra (153 individuos) toma una única bebida; el 13,7% (26 personas) consumen dos bebidas y el 1,6% (tres sujetos) tres bebidas. El 4,2% de los encuestados (8 personas) no contestan.

5.2.8.2. Media mañana

Dicha ingesta es realizada por el 31,6% de la muestra (60 individuos); el 22,6% (43 encuestados) fuera de su domicilio y el 8,9% (17 sujetos) la hace en casa. Dos sujetos no sabían o no estaban seguros y dos no contestaron.

El 18,9% (36 sujetos) toma únicamente un alimento, el 4,7% (9 encuestados) dos y el 1,1% (2 personas) toman tres. Trece personas no ingirieron alimento pero si bebidas. Los alimentos consumidos con más frecuencia son las frutas (13,2%; 25 individuos), seguido del pan (6,8%; 13 personas) y la bollería (4,2%; 8 encuestados).

En cuanto a las bebidas, lo más frecuente es tomar zumos (9,5%; 18 personas) seguido de refrescos (4,7%; 9 sujetos), agua (4,2%; 8 individuos) y lácteos, consumidos por el mismo porcentaje.

5.2.8.3. Comida

El 97,4% de la muestra (185 personas) come a mediodía; el 71,6% (136 encuestados) lo hace en casa y el 25,8% (49 personas) fuera. Cuatro sujetos no sabían o no estaban seguros y uno no contestó.

El 97,4% de la muestra (185 personas) toman más de un alimento; el 47,9% (91 sujetos) dos; el 33,7% (64 encuestados) tres; el 9,5% (18 personas) cuatro alimentos, el 4,7% (9 individuos) ingiere cinco y el 1,6% (3 sujetos) toma seis. El alimento consumido con más frecuencia es la carne (51,1%; 97 personas) seguido de las hortalizas (34,7%; 66 encuestados), legumbres (29,5%; 56 individuos) y pan (27,4%; 52 sujetos). Ha sido escaso el consumo de fritos (3,7%; 7 personas).

En cuanto a las bebidas, lo más frecuente es tomar agua (34,7%; 66 encuestados), refrescos (32,6%; 62 personas), seguido de zumos (21,6%; 41 sujetos), otras bebidas (7,8%; 15 individuos) y bebidas alcohólicas (3,2%; 6 personas).

5.2.8.4. Merienda

El 33,7% (64 personas) merienda, habitualmente en casa (23,7%; 45 encuestados). Dos sujetos no sabían o no estaban seguros y tres no contestaron.

El 20,5% (39 sujetos) toma únicamente un alimento; mientras que cuatro personas (2,1%) toman dos. Veintiuna personas no ingirieron alimento pero si bebidas. El alimento consumido con más frecuencia es la bollería (13,2%; 25 personas) seguido de las frutas (7,4%; 14 encuestados). En cuanto a las bebidas, lo más frecuente es tomar lácteos (20,5%; 39 encuestados), seguido de zumos (4,7%; 9 sujetos) y otras bebidas (3,2%; 6 individuos).

5.2.8.5. Cena

El 93,2% de la muestra (177 personas) cena; el 80,6% (153 encuestados) lo hace en casa y el 12,6% (24 personas) fuera. Once sujetos no cenaron y dos no sabían o no estaban seguros.

El 4,7% de la muestra (9 personas) toma únicamente un alimento; el 53,2% (101 sujetos) dos; el 20,5% (39 encuestados) tres; el 7,4 % (14 personas) cuatro alimentos, el 3,2% (6 individuos) ingiere cinco y el 1,6% (3 sujetos) toma seis. Los alimentos consumidos con más frecuencia son las hortalizas (35,8%; 68 personas) seguidas de la carne (29,5%; 56 encuestados) y el pan (26,8%; 51 individuos). Ha sido escaso el consumo de fritos (7,4%; 14 personas).

En cuanto a las bebidas, lo más frecuente es tomar agua (31,1%; 59 encuestados), zumos (23,2%; 44 encuestados), seguido de refrescos (22,1%; 42 sujetos), lácteos (11,6%; 22 individuos) y otras bebidas (9,5%; 18 personas).

A continuación representamos la distribución de los diferentes tipos de alimentos y bebidas a lo largo del día por parte de la muestra (Gráfico 27 y 28).

Gráfico 27. Frecuencias en la ingesta de alimentos en las diferentes comidas del día.

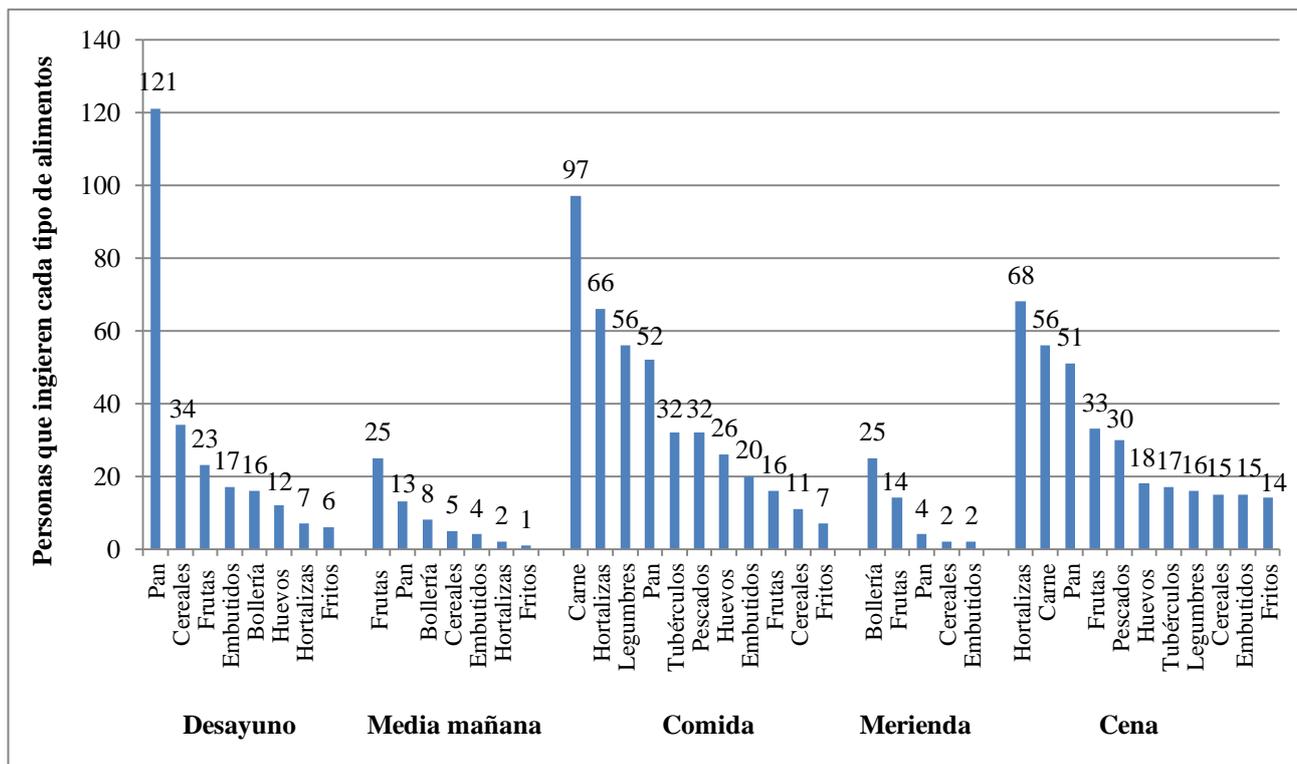
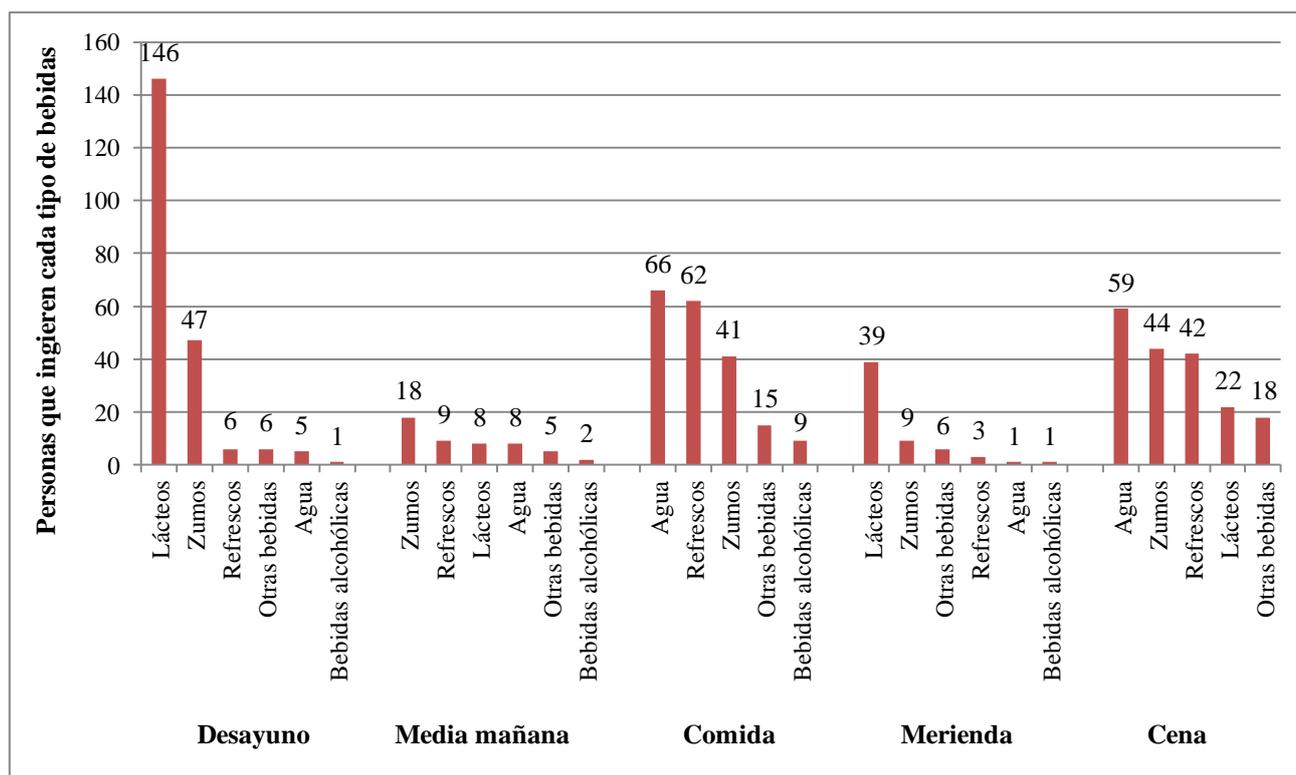


Gráfico 28. Frecuencias en la ingesta de bebidas en las diferentes comidas del día.

Correlacionado las variables sexo, estado civil, nivel de estudios, realización de dietas o estado de salud general con el lugar donde se realizan todas las comidas (en el domicilio o fuera) determinamos que no existen diferencias estadísticamente significativas en todas las relaciones mencionadas, a excepción del lugar de realización del desayuno y el estado de salud general, puesto que los sujetos que lo realizan en casa tiene un mejor estado de salud, $\chi^2 (8, N= 189)= 20,540; p<0,001$, llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,30; $d= 0,313$. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el distrito administrativo, la edad o el tiempo de residencia en Sevilla con el lugar de la ingesta.

Comprobando finalmente si existen relaciones entre la edad o el sexo con el tipo de alimentos y bebidas no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre todos los análisis a excepción de la ingesta de alimentos en el desayuno y el sexo, consumiendo los hombres más alimentos que las mujeres, $\chi^2 (7, N= 173)= 18,645; p< 0,001$; llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,30; $d= 0,312$.

5.2.9. Dietas

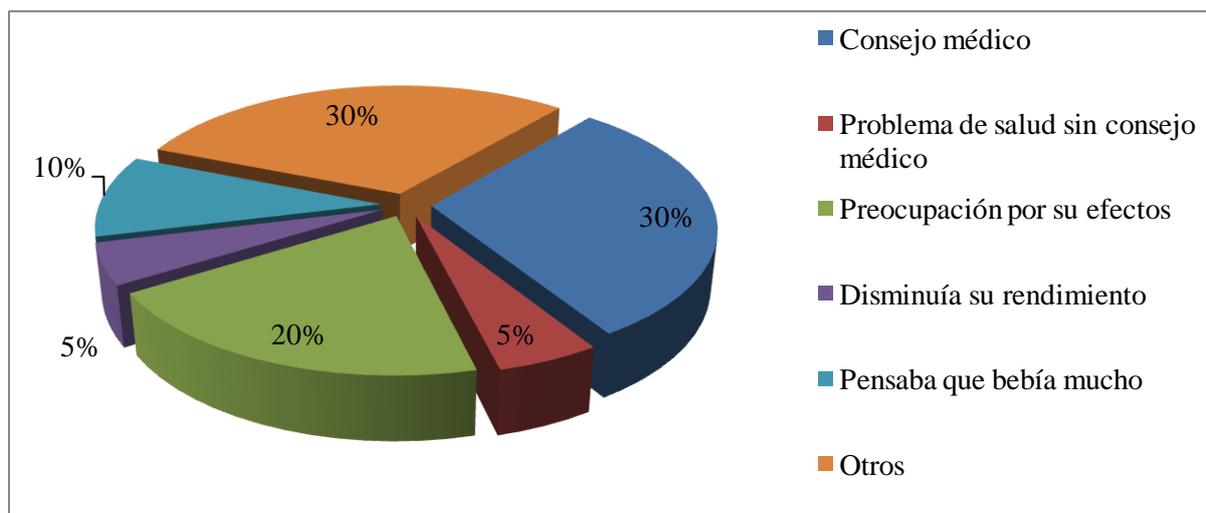
El 78,4% (149 personas) no ha realizado ninguna dieta en los últimos seis meses. De ellas, fueron mujeres el 53% (79 encuestados) y 47% hombres (70 participantes). Dos sujetos no contestaron a esta pregunta. Las personas que sí han hecho modificaciones en su ingesta nutricional habitual constituyeron el 20,5% (39 sujetos) y todas las han realizado para adelgazar y no por un problema de salud. De éstas, el 86,2% fueron mujeres.

5.2.10. Consumo de alcohol

La pregunta consumo de alcohol, es analizada a través de varias variables: consumo de alcohol en los últimos treinta días, edad de inicio, motivo de disminución del consumo de alcohol, tipología de consumo y percepción de la imagen social como bebedor. Respecto de la primera variable, que describe la frecuencia de consumo de alcohol durante los últimos 30 días, el 45,3% (86 personas) afirma no haber consumido en ese tiempo, el 20% (38 individuos) que consumieron han ingerido un día a la semana, el 18,9% (36 sujetos) afirma haber bebido menos de una vez a la semana y el 8,4% (16 personas) de dos a tres veces por semana.

En la segunda variable, se preguntaba sobre si se había bebido en períodos anteriores al último mes con una frecuencia de, al menos, una vez por semana; el 29,5% de la muestra (56 encuestados) respondió afirmativamente a la pregunta. En relación con la variable del tiempo que ya no consume alcohol con una frecuencia de, al menos, una vez por semana, la mediana fue de 19 meses ($P_{25}= 3,5$; $P_{75}= 78$). La heterogeneidad de la respuesta a esta pregunta fue grande puesto que el mínimo corresponde a 1 mes y el máximo a 240 meses. Esta cuestión fue contestada por el 87,9% de la muestra (157 personas).

Cuando preguntamos por el motivo principal para reducir o abandonar el consumo de alcohol respondieron 157 sujetos; de ellos sólo 20 (12,7%) dijeron haber disminuido el consumo. El mayor motivo es por consejo médico, seguido de otros motivos (30%; 6 personas cada causa) y la preocupación por sus efectos (20%; 4 participantes) (Gráfico 29).

Gráfico 29. Motivos para la disminución de la ingesta de alcohol.

Analizaremos en esta quinta variable del consumo de alcohol, la edad en que se empezó a beber; 47 (24,7%) son los individuos que informan se iniciaron en el alcohol en la adolescencia. De estas personas, la edad media es de 16,6 años, siendo la desviación típica de 5,3 años. El resto de la muestra 143 personas no contestó a esta pregunta.

A continuación, analizaremos la variable frecuencia de consumo en el último fin de semana (viernes desde las 20:00 h. a domingo a las 24:00 h.) y en los últimos 30 días de diversas bebidas alcohólicas de diferentes graduaciones. En el último fin de semana, nadie dice haber consumido vermouths, bitters o finos, pero sí ha habido consumo de cervezas (cañas y latas), vinos, cavas y cubatas; el 34,2% (65 personas) dice haber consumido cervezas en formato caña, con una mediana de 4 cañas ($P_{25}= 2$; $P_{75}= 6$) y una moda de 2. El 11,1% (21 encuestados) dice haber consumido latas de cerveza con una mediana de 4 latas ($P_{25}= 2$; $P_{75}= 4,8$) y una moda de 4. En lo relativo al consumo de vino/ cava, el 10,5% dice haberlos consumido, con una mediana de 2 copas ($P_{25}= 1,25$; $P_{75}= 4$) y una moda de 2. Finalmente, en este período de tiempo, el 13,2% de la muestra (25 personas) dicen haber consumido combinados/ cubatas con whisky, coñac, anís, ron o vodka, con una mediana de 2,5 copas ($P_{25}= 2$; $P_{75}= 4$) y una moda de 2.

De manera muy similar a la frecuencia durante el último fin de semana encontramos la frecuencia de ingesta durante el último mes. Destacamos que, en este

periodo de tiempo, ningún miembro de la muestra ha consumido sidra, vermouths, bitters o finos, pero sí cervezas (cañas y latas), vinos/cavas y cubatas. El 35,2% (67 encuestados) dice haber consumido una mediana de 7,8 cañas de cerveza ($P_{25}= 0$; $P_{75}= 8$). El 88,9% (169 sujetos) dice no haber consumido latas de cerveza, el 11,1% consume una mediana de 16 latas ($P_{25}= 8$; $P_{75}= 18$) el último mes y una moda de 8.

El 97,4% (185 personas) responden que no han consumido licores dulces, mientras que el 3,7% (7 personas) afirman haber consumido una media de 7,7 copas ($DT=4,5$) de licores como whisky, coñac, anís, ron y vodka.

Finalmente, en el último mes, el consumo de combinado/ cubatas con whisky, coñac, anís, ron, vodka es realizado por el 12,7% de la muestra (24 personas) con una mediana de 8 copas ($P_{25}= 4,5$; $P_{75}= 16$) durante el pasado mes.

Para concluir el análisis del consumo de alcohol por las personas participantes en este estudio, describiremos la percepción de la imagen social como bebedor. Esta parte conforma las cuatro preguntas del Cuestionario CAGE. A la pregunta ¿ha tenido usted la impresión de que debería beber menos bebidas alcohólicas?, el 10,5% (20 sujetos) de la muestra respondió afirmativamente. A la cuestión, ¿se ha sentido alguna vez criticado a causa del consumo de bebidas alcohólicas?, el 6,3% (12 personas) de la muestra respondió afirmativamente. En la pregunta, ¿se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?, el 5,8% (11 encuestados) contestó afirmativamente y a la pregunta sobre si, en los últimos doce meses, alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de una resaca, nadie contestó afirmativamente.

Pasando a un análisis más pormenorizado de la variable consumo de alcohol en relación con las características sociodemográficas de la muestra, encontramos que en el último mes el consumo de esta sustancia tuvo una prevalencia de 51,4% ($IC_{95\%}=43,8\%-59\%$). La prevalencia de consumo en el último mes fue significativamente mayor en los hombres que en las mujeres (80,3% en hombres versus 37,7% en mujeres, $\chi^2(1, N = 190)= 33,313$; $p < 0,001$), con una OR de 6,7 ($IC_{95\%}=3,4\%-13,2\%$). Aunque no se encontró diferencia significativa por edad ni por nivel de estudio, la prevalencia mensual de consumo de alcohol fue mayor en el grupo más joven (25 a 34 años) (59,4% de 25 a 34 años vs. 49,4% de 35 a 44 años, $\chi^2(1, N = 190) = 1,897$; $p = 0,168$) y en

aquellos que tenían por nivel de estudio el de primaria y menos (58,3%) frente a los que presentaban secundarios y más (53,7%), $\chi^2(1, N = 190) = 0,232$; $p = 0,630$).

La edad media de inicio del consumo de alcohol es de 16,6 años (DT=5,3), existiendo diferencias significativas por sexo (hombres: 15,4; DT=6 vs. mujeres: 18,5; DT=3,2; $t=4,21$, $p=0,046$) y por grupo etario (25-34 años: 15,5; DT=5,2 vs. 35 y más años: 19,2; DT=4,7; $t=5,53$; $p=0,023$).

En cuanto a la prevalencia de alcoholismo, medido con el instrumento CAGE, el 13,2% (IC_{95%} = 8,4%-18,3%) de los encuestados presenta, siendo un 6,8% alta. Aquí también se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la variable sexo (27,6% en hombres vs. 3,5% en mujeres, $\chi^2=23,20$; $p < 0,001$), teniendo los hombres 10,5 veces más prevalencia que las mujeres para alcoholismo (IC_{95%}=3,4%-32,1%). Por grupos etarios, los de 25 a 34 años tienen un 154% de probabilidad comparado con los de 35 a 44 años, siendo significativa esta diferencia (17,8% de 25 a 34 años vs. 7,9% de 35 a 44 años, $\chi^2(1, N = 190) = 4,10$; $p = 0,043$). Según el nivel de estudios, aunque la prevalencia fue mayor en aquellos con estudios de primaria y menos, no fue significativa esta diferencia (33,3% en primaria y menos versus 29,2% en secundarios y más, χ^2 con corrección de Yates (1, $N = 190$) = 1,521; $p = 0,628$), tal y como se describe en la Tabla 10.

Tabla 10. Prevalencia por cien del consumo de alcohol en el último mes de 190 personas inmigrantes latinoamericanas residentes en Sevilla.

	Prevalencia%	Estadístico	<i>p</i>	OR (IC _{95%} OR)
Consumo de alcohol en el último mes	51,4	-	-	-
<i>Grupo etario en años</i>				
25-34 (n=101)	59,4	1,8*	0,168	1,4 (0,8-2,6)
35-44 (n=89)	49,4			1,0
<i>Sexo</i>				
Hombre (n=76)	80,3	33,3*	<0,001	6,7 (3,4-13,2)
Mujer (n=114)	37,7			1,0

<i>Estudios</i>				
Primaria y menos (n=38)	58,3	0,2 [†]	0,630	1,2 (0,6-2,4)
Secundarios y más (n=152)	53,7			1,0
Prevalencia de alcoholismo – CAGE-	13,2	-	-	-
<i>Grupo etario en años</i>				
25-34 (n=101)	17,8	4,10*	0,043	2,54 (1,1-6,4)
35-44 (n=89)	7,9			1,0
<i>Sexo</i>				
Hombre (n=76)	27,6	23,20*	<0,001	10,5 (3,4-32,1)
Mujer (n=114)	3,5			1,0
<i>Estudios</i>				
Primaria y menos (n=38)	19,4	1,5 [†]	0,216	1,8 (0,6-4,7)
Secundarios y más (n=152)	11,3			1,0

*: χ^2 de Pearson; †: con corrección de Yates

En la Tabla 11 se aprecian los conglomerados para el consumo de alcohol en el último mes, con un perfil de hombre de grupo etario entre los 25 y 29 años, que trabaja por cuenta propia, con estudios superiores y con permanencia en nuestra ciudad de dos años y medio, perfil muy similar a los consumidores de tóxicos en los últimos 6 meses a diferencia de su permanencia que es cinco veces mayor. En lo que respecta al conglomerado de participantes con riesgo de alcoholismo, persiste el sexo masculino de 30 a 34 años, con estudios secundarios y con una permanencia en Sevilla muy similar a los anteriores perfiles. Reseñable a todos los perfiles, tal y como se refleja en la tabla, que el riesgo de consumir alguna sustancia tóxica, alcohol o tabaco aparece en hombres con estudios superiores o secundarios y de edad comprendida entre los 25 y 39 años. Al ser un análisis por conglomerados, hubo sujetos de la muestra que no se encontraban en ningún grupo al no cumplir todos los requisitos de cada conjunto.

Tabla 11. Conglomerados para consumo de alcohol en el último mes, tener riesgo para alcoholismo, haber fumado en la vida y haber consumido tóxicos en los últimos 6 meses.

Variable	Han consumido alcohol en el último mes		Tienen riesgo de alcoholismo		Ha fumado en la vida		Ha consumido tóxicos en los últimos 6 meses	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	n=101	n=85	n=23	n=119	n=47	n=84	n=10	n=176
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Edad	25 a 29	35 a 39	30 a 34	35 a 39	35 a 39	30 a 34	25 a 29	30 a 34
Ocupación anterior	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta ajena	Empleado por cuenta ajena	Estudiante	Desempleado	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta propia
Ocupación actual	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta ajena	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta ajena	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta propia
Nivel de estudios	Superiores	Superiores	Secundarios	Superiores	Superiores	Secundarios	Superiores	Primarios
Promedio de años en España	3,5	4,0	4,1	20,0	3,8	3,6	10,7	3,7
Promedio de años en Sevilla	2,6	3,8	2,3	14,0	2,8	3,2	10,5	3,1

5.2.11. Consumo de tabaco

En cuanto al consumo de tabaco, al igual que en el apartado anterior, existen diversas variables para la descripción del mismo. Se analizarán desde la frecuencia en el hábito, hasta la edad de inicio, pasando por si se ha intentado abandonar la conducta adictiva.

En lo que respecta a la primera pregunta, si la persona ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida, el 30% ($IC_{95\%} = 23,6\% - 37,1\%$) de los participantes en este estudio ha fumado, es decir, 57 personas han respondido afirmativamente. En el momento de realización de la encuesta, el 26,3% fumaba (50 personas), un 3,7% eran exfumadores (7 sujetos) y el resto (70%) no fumadores (133 encuestados). El 12,8% (23 sujetos) fuma cigarrillos todos los días y el 12,2% (22 participantes) sólo algunos días. No contestando a esta pregunta cinco personas. La mediana de cigarrillos que consumen los fumadores actuales en el día fue de cuatro ($P_{25} = 2$; $P_{75} = 10$), fumando el 95,6% de estas personas menos de una cajetilla diaria.

Continuando con el consumo, ningún miembro de la muestra fuma pipa o puros. Aunque por grupo etario, sexo o nivel de estudios no se encontraron diferencias significativas, se puede apreciar en la Tabla 12 que la prevalencia de consumo de tabaco se mantiene constante por grupos etarios (30%). La prevalencia de haber fumado a largo de la vida fue mayor en los hombres que en las mujeres y en los que tienen nivel de estudios de primaria, aunque las diferencias no fueron significativas.

Prosiguiendo con la edad de inicio del hábito, responden a esta pregunta 14 personas, siendo la edad media 17,6 años, con una desviación típica de 5,1 años y una moda de 18 años.

El 44,4% de las 45 personas que fuman actualmente han tenido intención de abandonar el consumo durante los últimos 12 meses. Terminando con las variables que evalúan el consumo de tabaco, al preguntar ¿hace cuanto tiempo que no fuma de manera habitual?, el 2,1% de la muestra (4 sujetos) contesta hace menos de un mes; el 1,6% (3 participantes) menos de un año y el 3,2% (6 personas) menos de cinco años.

Al relacionar el consumo de cigarrillos con la realización o no de dietas, apreciamos que el porcentaje de las personas que fuman y no hacen dieta (27%) fue superior al de las personas que no fuman y no hacen dieta (23,1%), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa, χ^2 con corrección de Yates (2, $N = 178$) = 0,977; $p = 0,323$, y el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30; $d = 0,115$.

Tabla 12. Prevalencia por cien del consumo de tabaco de 190 personas inmigrantes latinoamericanas residentes en Sevilla.

	Prevalencia %	Estadístico	<i>p</i>	OR (IC _{95%} OR)
Fumar en la vida	30,0	-	-	-
<i>Grupo etario en años</i>				
25-34 (n=101)	29,7	0,0 [†]	0,924	0,9 (0,5-1,8)
35-44 (n=89)	30,3			1,0
<i>Sexo</i>				
Hombre (n=76)	35,5	1,84*	0,175	1,5 (0,8-2,9)
Mujer (n=114)	26,3			1,0
<i>Estudios</i>				
Primaria y menos (n=38)	33,3	0,2*	0,628	1,2 (0,5-2,6)
Secundarios y más (n=152)	29,2			1,0

*: χ^2 de Pearson; †: con corrección de Yates

5.2.12. Consumo de fármacos y otras drogas

Automedicación. En esta pregunta se analizó la variable consumo de fármacos sin receta y tipos de fármacos consumidos en los últimos seis meses. En dicho período, el 77,4% (IC_{95%}=70,9%-83,0%) de la muestra (147 personas) se ha automedicado; de ellas, lo ha hecho algunas veces el 46,2% (68 encuestados), la mayoría de las veces el 19,1% (28 sujetos) y siempre el 34,7% (51 participantes).

Las prevalencias de consumo de antiinflamatorios y de analgésicos sin prescripción médica fueron las más altas (67,6% (IC_{95%}=59,3%-74,9%) y 54,1% (IC_{95%}=45,7%-62,2%), respectivamente), siguiéndoles la de antibióticos (21,6%) (IC_{95%}=15,5%-29,3%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la automedicación con estos fármacos según las variables edad, ocupación actual, estado de salud percibida ni tiempo de residencia en Sevilla o en España; por sexo, sólo se observó diferencia significativa en el uso de antibióticos, automedicándose con este grupo de fármacos el 10,9% de los hombres y el 27,9% de las mujeres (χ^2 (1, $N = 148$)=5,92; $p= 0,015$).

Remedios tradicionales. En esta pregunta se analizó la variable consumo de remedios tradicionales en los últimos seis meses. El empleo de remedios tradicionales es otra variable que se relaciona con el consumo farmacológico; el 45,3% (IC_{95%}=38,1%-52,6%) de la muestra (86 personas) suele utilizar remedios tradicionales (infusiones, emplastes,...) para alguna enfermedad antes de acudir al médico. Se observó una tendencia entre el empleo de remedios tradicionales y la frecuencia con que la persona se automedica (nunca=60%, algunas veces =57,1%, la mayoría de las veces = 50% y siempre=26,1%), con una χ^2 (3, $N = 179$)= 14,15; $p < 0,001$.

En la Tabla 13 se aprecian los resultados de los modelos logit estimados. Según el test F de bondad del ajuste empleado, que tiene en cuenta el diseño estratificado de la muestra, no existe evidencia de un mal ajuste del modelo a los datos. Los resultados indican que, tras realizar la regresión logística correspondiente, existe asociación estadísticamente significativa entre la variables automedicación en los últimos 6 meses y las de residencia en Sevilla, edad, nivel de estudios, visita al médico, días en que el estado de salud no fue bueno y consumo de remedios tradicionales; no encontrándose relaciones con ninguna otra variable. Dentro de este grupo de relaciones significativas, cabe decir que la probabilidad de automedicarse crece a medida que aumenta la edad, que han pasado más años desde la última visita al médico o el número de años residiendo en Sevilla. En cambio, la probabilidad de automedicarse disminuye si es menor el número de días en los que el estado de salud no es tan bueno y si no emplean remedios tradicionales.

Tabla 13. Estimación de los parámetros de la regresión logística para la variable dependiente automedicación en los últimos 6 meses.

	Estimación^a	Error estándar	Z	p valor	Odds	IC_{95%} Odds
Sexo (H,M)	-0,458	0,202	-0,568	0,570	0,34	(0,07– 1,21)
Edad	0,041	0,015	2,732	0,006	1,39	(1,92 – 1,15)
Nivel de estudios	-0,442	0,091	-4,836	<0,001	0,35	(0,21– 0,58)
Residencia España (meses)	-0,011	0,006	-1,938	0,053	1,64	(0,00 – 1,96)
Residencia Sevilla (meses)	0,018	0,007	2,684	0,007	1,74	(1,51 – 2,30)
Visita al médico (años)	0,285	0,087	3,272	0,001	0,55	(0,34– 0,94)
Días en que el estado de salud percibida no fue bueno	0,825	0,218	-3,789	<0,001	0,08	(0,10– 0,40)
Empleo remedios tradicionales (S,N)	-0,397	0,109	-3,631	<0,001	0,40	(0,21– 0,74)

^a: LOG(p/(1-p))

En el análisis de conglomerados se identificaron dos perfiles correspondientes a las personas que se automedican (n=118) y las que no lo hacen (n=32); observándose en el conglomerado de las personas que realizan estas prácticas que son mujeres de 35 a 39 años de edad, viven con su pareja sin estar casadas, tienen estudios superiores, son empleadas por cuenta ajena, llevan alrededor 12 años residiendo en España y dos años menos en Sevilla, han visitado a su médico en el último año, tienen un estado de salud bueno y no consumen remedios caseros. En cuanto a las características de los que no realizan este tipo de prácticas, se puede decir que son mujeres, casadas, con edades entre 30 y 34 años, llevan de tres a cuatro años en España y uno menos en Sevilla, han ido al médico en los dos últimos años, el estado de salud es entre bueno y muy bueno y son empleados por cuenta propia, tal y como puede apreciarse en la Tabla 14. Al ser un análisis por conglomerados, hubo sujetos de la muestra que no se encontraban en ningún grupo al no cumplir todos los requisitos de cada conjunto.

Tabla 14. Conglomerados para automedicación y consumo de remedios caseros según variables de interés.

Variables independientes	Se automedica		Toma remedios caseros	
	Si n=118	No n=32	Si n=86	No n=67
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Estado civil	Vive con la pareja sin estar casada	Casada	Casada	Casada
Estudios	Superiores	Secundarios	Superiores	Superiores
Años de residencia en España	12 años	3 años	11 años	4 años
Años de residencia en Sevilla	10 años	2 años	9 años	3 años
Ultima visita al médico	Último año	En los dos últimos años	En el último año	En los dos últimos años
Estado de salud general	Bueno	Muy bueno	Regular	Bueno
Ocupación actual	Empleado por cuenta ajena	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta propia	Empleado por cuenta propia
Edad	35 a 39 años	30 a 34 años	35 a 39 años	30 a 34 años

Consumo de drogas ilegales. En esta pregunta se analizó la variable consumo de sustancias tóxicas, tipos y frecuencias de consumo en los últimos seis meses, así como la percepción de la influencia de dicho consumo sobre el estado de salud. En los últimos seis meses ha consumido una sustancia psicoactiva de tipo ilícito el 5,3% de los encuestados (IC_{95%}=2,7%-9,7%). Por tipo de sustancia, la mayor prevalencia la tuvo la marihuana con un 3,7% (IC_{95%}=1,5%-7,4%), seguida por el hachís con un 1,1% (IC_{95%}=0,1%-3,8%) y la cocaína con un 0,5% (IC_{95%}=0,0%-2,9%); no hubo policonsumo de sustancias y no se declaró el consumo de otra sustancia de este tipo. Por grupo etario, se observó una relación inversa no estadísticamente significativa entre la edad y la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, teniendo el grupo de 25 a 34 años una prevalencia de consumo de estas sustancias casi cuatro veces mayor

comparado con el de 35 y más años. Aunque la diferencia tampoco fue significativa, los hombres tuvieron algo más del doble de la prevalencia de las mujeres de haber consumido sustancias ilícitas en los seis meses precedentes. Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable nivel de estudios, los que tenían estudios primarios y menores presentaron casi cinco veces más la prevalencia de haber consumido estas sustancias comparado con el grupo que tenía estudios secundarios y superiores, tal y como puede apreciarse en la Tabla 15. Concluyendo con esta variable, se analizaba la percepción sobre si el consumo de sustancias tóxicas o drogas mejora el estado de salud y bienestar de la persona; la negativa es prácticamente total, ya que el 94,7% (180 personas) dijo que no, mientras que dos personas (1,1%) contestaron que sí y cinco (2,6%) que no sabían. Tres personas no respondieron a esta cuestión.

Tabla 15. Prevalencia por cien del consumo de sustancias tóxicas en los últimos 6 meses de 190 personas inmigrantes latinoamericanas residentes en Sevilla.

	Prevalencia%	Estadístico	<i>p</i>	OR (IC _{95%} OR)
Consumo de sustancias tóxicas en los últimos 6 meses	5,3	-	-	-
<i>Grupo etario en años</i>				
25-34 (n=101)	7,9	2,02 [†]	0,081	3,7 (0,7-18,1)
35-44 (n=89)	2,2			1,0
<i>Sexo</i>				
Hombre (n=76)	7,9	1,7 [†]	0,186	2,3 (0,6-8,6)
Mujer (n=114)	3,5			1,0
<i>Estudios</i>				
Primaria y menos (n=38)	13,9	6,6 [†]	0,010	4,8 (1,3-17,6)
Secundarios y más (n=152)	3,2			1,0

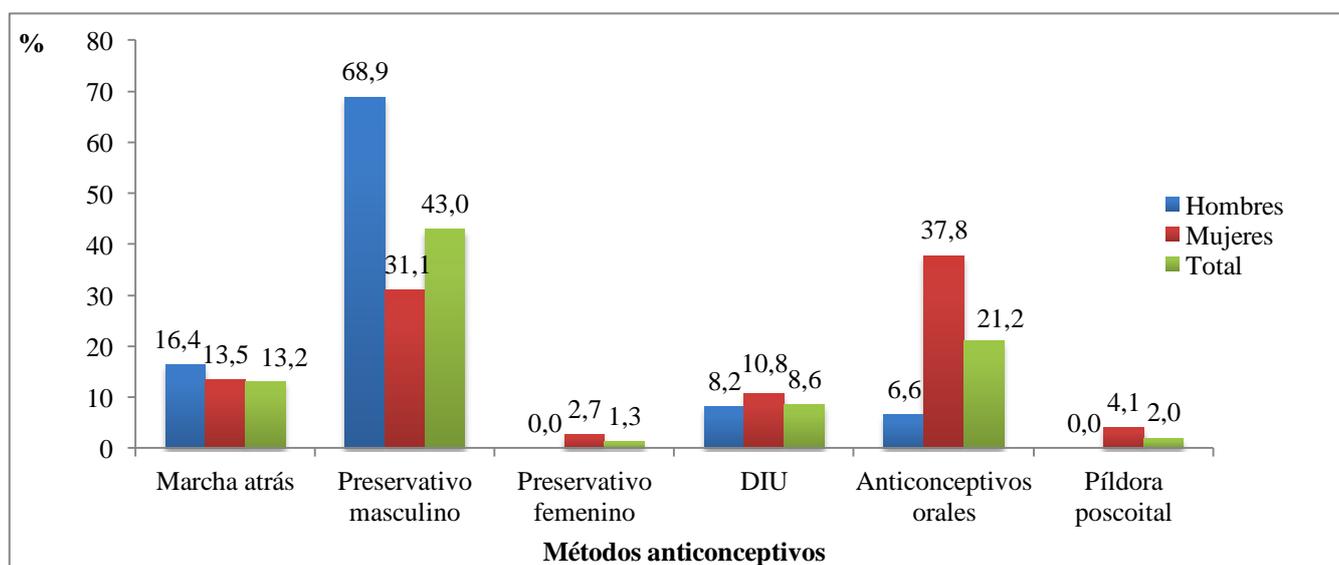
[†]: χ^2 de Pearson con corrección de Yates.

5.2.13. Prácticas sexuales

Las prácticas sexuales de la persona se describen mediante cinco variables de análisis. En primer lugar, la pareja sexual, identificando el 76,8% de la muestra (146 sujetos) que la persona con quien realiza sus prácticas sexuales es de distinto sexo al suyo, manteniendo el 2,6% (5 encuestados) relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Esta pregunta no fue contestada por tres personas, no supieron qué contestar o no estuvieron seguros 25 participantes (13,1%) y afirmaron no mantener relaciones sexuales 11 personas (5,8%).

En segundo lugar, en relación con los métodos anticonceptivos y su frecuencia, tal y como describe el Gráfico 30, la marcha atrás es utilizada por el 13,2% (20 personas), de ellas el 55% algunas veces (11 sujetos). El preservativo masculino, es empleado por el 43% (65 personas), de las cuales, siempre lo usa el 66,2% (43 encuestados). Con respecto al preservativo femenino, es empleado por dos personas (1,3%), de las cuales, siempre lo usa el 50% (un encuestado) y otro 50% (una persona) algunas veces. El DIU o dispositivo intrauterino es utilizado por el 8,6% de la muestra (13 sujetos), empleándose siempre con una frecuencia del 100%. Los anticonceptivos orales son empleados por el 21,2% (32 participantes) de la muestra, de ellas siempre los usa el 93,8% (30 personas). El 2% de la muestra (3 sujetos) ha recurrido a la píldora poscoital algunas veces, con una frecuencia del 100%. En todas las preguntas hubo 39 encuestados (20,5%) que no contestaron.

Gráfico 30. Uso de los métodos anticonceptivos en personas con vida sexual activa de la muestra según sexo y total.



Viendo el uso de métodos anticonceptivos de barrera (preservativo masculino y femenino), parece necesario determinar si influye en su uso la variable sexo. Disgregaremos los datos por método anticonceptivo. En el caso del preservativo masculino, el uso de este método anticonceptivo, es mayor en hombres que en mujeres, 68,9% vs. 31,1%, resultando esta diferencia estadísticamente significativa, $\chi^2(3, N = 151) = 25,096$; $p < 0,001$, llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,30; $d = 0,378$.

Intentando conocer si la variable sexo influye en el uso de anticonceptivos orales, comprobamos que la utilización de este método anticonceptivo, por parte de la persona o de su pareja, es mayor en mujeres que en hombres, 37,8% frente al 6,6%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, $\chi^2(2, N = 151) = 15,494$; $p < 0,001$, llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,30; $d = 0,305$.

Al relacionar el uso de métodos anticonceptivos con las variables sexo y estado civil, se aprecia que las mujeres casadas los utilizaban con mayor frecuencia (64,2%; 34 mujeres), frente al 42,6% de las no casadas (26 mujeres), dicha tendencia se invierte en los hombres casados que utilizaban métodos anticonceptivos (69,7%; 23 hombres), frente los no casados (79,1%; 34 hombres). Ambas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Se preguntó igualmente sobre el padecimiento de alguna ETS⁸ y sólo el 3,2% (6 participantes) de la muestra dijo haber padecido alguna de ellas. La frecuencia autodeclarada de ETS ha sido significativamente mayor en hombres que en mujeres, 6,7% frente al 0,9%; $\chi^2(3, N = 189) = 9,089$; $p = 0,028$, aunque el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30; $d = 0,214$.

El 29,6% (56 personas) contestó que alguna vez se había realizado la prueba del VIH bien en sangre o en saliva. Finalmente, la última variable del grupo analizaba si la persona había acudido a algún profesional sanitario o asistido a la consulta de Planificación Familiar para informarse o solventar alguna duda sobre la práctica de relaciones sexuales con su pareja; el 16,8% de la muestra (32 sujetos) afirmó haber acudido.

⁸ Aunque actualmente se denominan Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), hemos mantenido la denominación originaria en el cuestionario.

5.2.14. Vacunas

Para el análisis de la inmunoprofilaxis, describiremos si la persona manifiesta estar vacunada de tétanos-difteria, tuberculosis y gripe en los últimos 10 años.

Tan sólo el 78,4% de la muestra (149 personas) indica haber recibido la vacuna de tétanos-difteria, el resto, o bien dicen claramente que no están inmunizados (15,8 %; 30 personas) o no están seguros (5,8%; 11 personas). En relación con la vacuna de la tuberculosis, el 66,3% (126 personas) identifica que la tienen puesta, mientras que el 23,2% (44 sujetos) contesta que no; el 10% (19 encuestados) no tiene seguridad y una persona (0,5%) se niega a contestar. Finalmente, y por lo que respecta a la vacuna de la gripe, el 66,3% de la muestra (126 personas) afirma haberse inmunizado en los últimos años, no estando inmunizado el 32,1% (61 personas) y no estando seguras tres personas (1,6%).

No se ha especificado por parte de los participantes en este estudio la aplicación de otras vacunas diferentes a las mencionadas.

5.2.15. Salud de la mujer

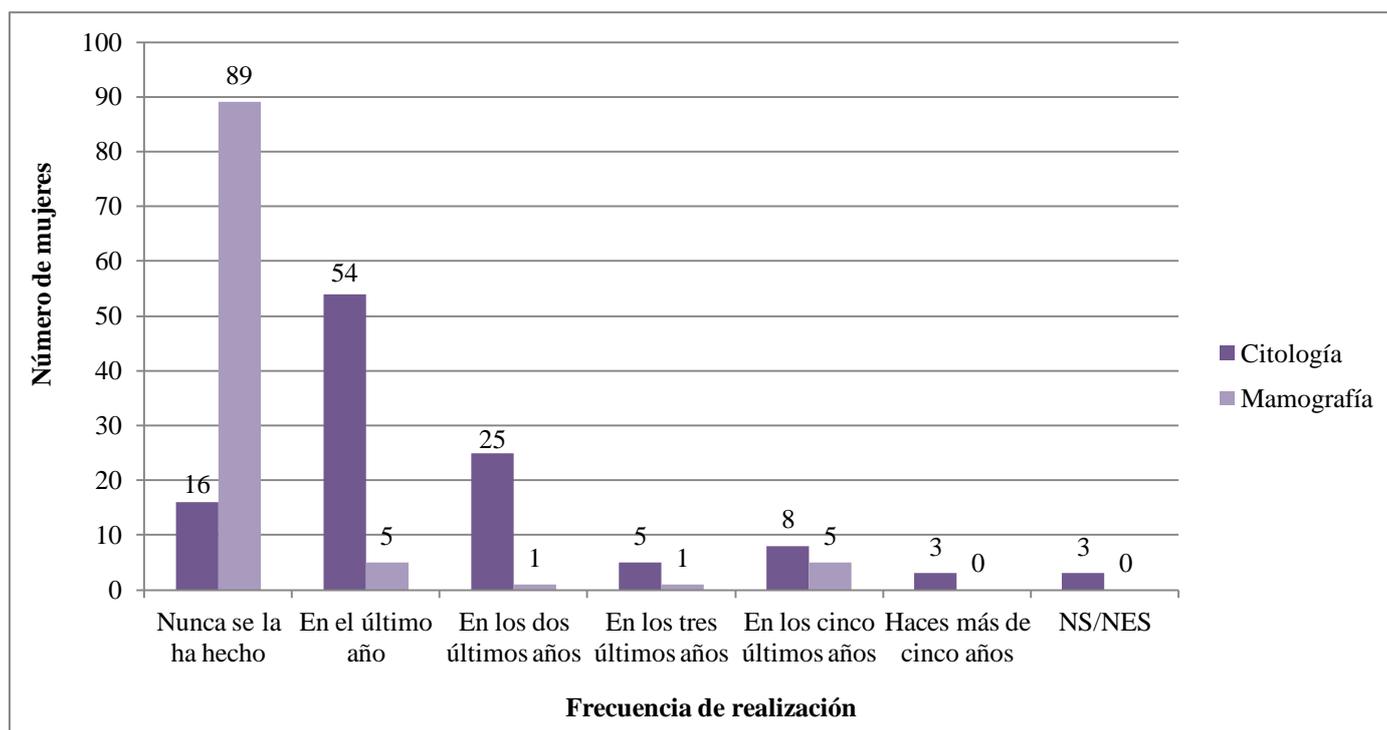
El criterio de inclusión para contestar esta pregunta es ser mujer, por lo que las preguntas relativas a la misma se realizaron a las 114 mujeres que componen la muestra. Las variables estudiadas en la pregunta salud sexual y reproductiva de la mujer conforman un conjunto que incluye antecedentes gineco-obstétricos y conductas de salud relacionadas. En primer lugar, preguntamos si estaban embarazadas, respondiendo el 5,2% (6 mujeres) que lo estaban en el momento de la entrevista. Con respecto a embarazos previos, 28 mujeres (24,6%) contestaron que no habían estado nunca embarazadas, 26 mujeres (22,8%) estuvieron embarazadas una vez, 29 mujeres (25,4%) se quedaron embarazadas dos veces, 15 mujeres (13,2%) estuvieron embarazadas tres veces, 12 mujeres (10,5%) estuvieron embarazadas cuatro veces, una mujer (0,9%) estuvo embarazada cinco veces, y tres mujeres (2,6%) estuvieron embarazadas seis, siete y nueve veces respectivamente. De las mujeres que decían haber estado alguna vez embarazadas, afirmaba no haber tenido ningún aborto el 61,4% (54 encuestadas), un aborto el 27,3% (24 mujeres), dos abortos el 8% (7 mujeres) y tres abortos el 3,4% (3 mujeres). No contestando a esta pregunta 26 encuestadas. De las 34 mujeres que

indicaban haber sufrido algún aborto (38,7%), 27 contestaron que fueron espontáneos (79,4%) y 7 (20,6%) que fueron no espontáneos o inducidos.

El 52,6% (60 mujeres) fue en el último año a la consulta del ginecólogo, el 28,1% (32 encuestadas) ha ido en los últimos dos años, el 4,4% (5 mujeres) en los últimos tres años, el 7,9% (9 mujeres) en los últimos cinco años, el 4,4% (5 encuestadas) acudieron hace más de 5 años y otro 2,6% (3 mujeres) nunca lo ha hecho.

En lo relativo a los procedimientos diagnósticos de cribaje o *screening*, analizaremos en primer lugar la frecuencia en la realización de citologías; a 54 mujeres (47,4%) se la han realizado en el último año, a 25 encuestadas (21,9%) en los dos últimos años, a 5 mujeres (4,4%) en los últimos tres años, a 8 encuestadas (7%) en los últimos cinco años, a 3 mujeres (2,6%) hace más de cinco años; nunca se han sometido a dicha prueba 16 mujeres (11,4%) y no saben si se la han hecho 3 mujeres (2,6%). La segunda prueba diagnóstica por la que se pregunta es la mamografía, un 78,1% (89 mujeres) nunca se ha hecho una; del 22% (25 mujeres) que dice habérsela hecho, la media de tiempo es de 19 meses, con un máximo de 60 meses y un mínimo de un mes.

Para finalizar, comparamos las frecuencias de realización de las mencionadas pruebas diagnósticas (Gráfico 31).

Gráfico 31. Citologías y mamografías realizadas por la muestra.

Correlacionado las variables estado civil, nivel de estudios, tiempo de residencia en Sevilla, última visita al médico, a la enfermera y ocupación actual con las variables de esta pregunta, determinamos que no existen diferencias estadísticamente significativas en todas las relaciones mencionadas, a excepción del estar embarazada anteriormente y el nivel de estudios, siendo más frecuente los embarazos de mujeres con estudios secundarios, $\chi^2 (40, N= 114)= 75,258; p<0,001$, llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,50; $d= 0,629$. También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la relación entre la última visita al ginecólogo y la visita al médico de cabecera, siendo más frecuente las que visitan a su médico de cabecera y también al ginecólogo en el mismo año, $\chi^2 (20, N= 112)= 37,817; p<0,001$, llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,50; $d= 0,502$ y la realización de citología y el estado civil, más las mujeres casadas frente a cualquier estado civil, $\chi^2 (30, N= 114)= 60,857; p<0,001$, llegando el tamaño del efecto encontrado al nivel de 0,50; $d= 0,588$.

5.2.16. Detección del cáncer de próstata- salud masculina

Los criterios de inclusión para contestar esta variable son dos: el primero el sexo, es decir, ser hombre y el segundo criterio es la edad, dado que el *screening* de cáncer de próstata se recomienda iniciarlo en población masculina de 39 o más años. Sólo 19 de los 76 hombres de la muestra (25%) cumplen el requisito etario y, de ellos, únicamente 2 (10,5%) se han realizado la prueba de cribaje del cáncer de próstata y 5 (26,3%) han acudido al urólogo para revisión o para consulta, no informando ninguno de ellos de su frecuencia.

5.2.17. Accidentes

Para esta pregunta, se establecen seis unidades de análisis: accidentes domésticos (quemaduras, caídas, golpes, agresiones), de tráfico (como conductor, pasajero o peatón), relacionados con el trabajo y la asistencia en cada uno, todos ellos en un período de tiempo referido a los últimos 12 meses.

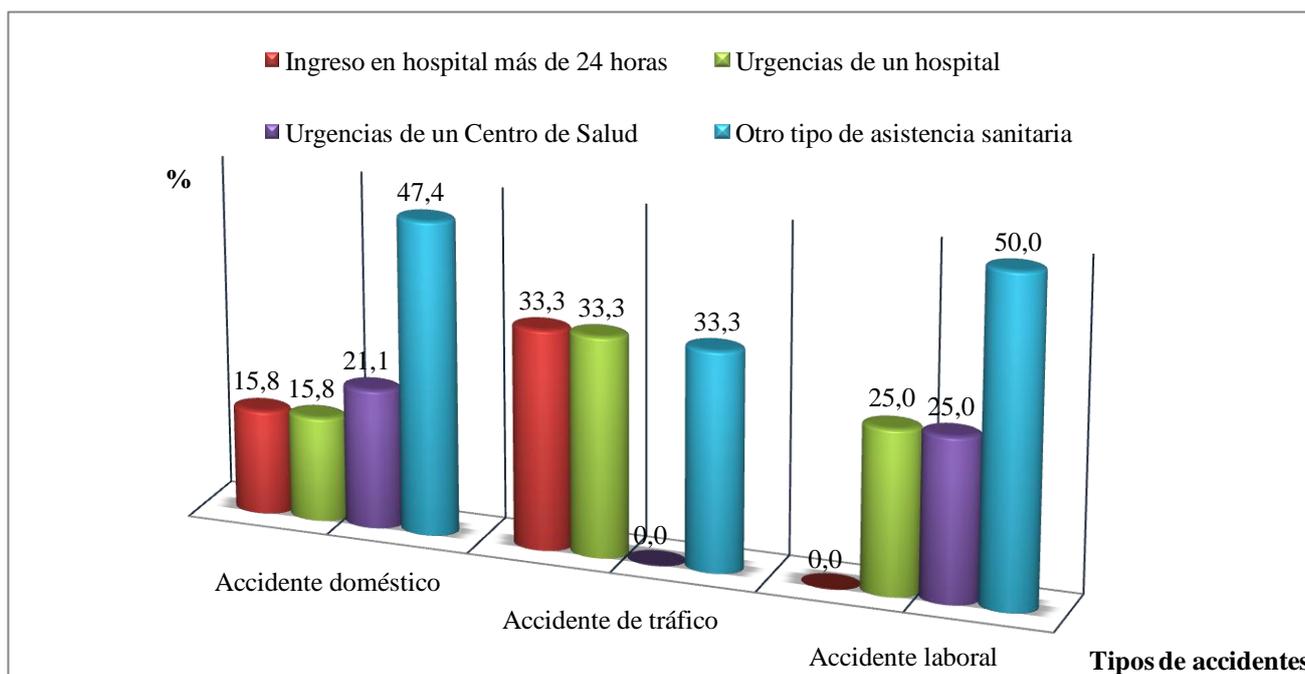
En relación con los accidentes en el hogar, un 89,5% (170 encuestados) ($IC_{95\%}=94,2\%-93,5\%$) dice no haber sufrido ningún tipo de accidente doméstico en el último año. Una persona contestó que no sabía o no estaba segura y los individuos restantes, 19 participantes (10%, $IC_{95\%}=6,1\%-15,8\%$) sí dijeron haber sufrido algún accidente doméstico. El mayor porcentaje (7,4%) corresponde a un único accidente, identificado por 14 sujetos, seguida por la concerniente a tres (1,6%) y dos (1,1%) accidentes, que declararon tres y dos sujetos respectivamente. Respecto de la asistencia sanitaria que precisaron dichos accidentes, se tipificaron según las respuestas en 4 tipos de cuidados: 9 personas (47,4%) identificaron otro tipo de asistencia (generalmente, la propia atención en casa), cuatro sujetos (21,1%) estuvieron en urgencias de un Centro de Salud, tres (15,8%) acudieron a las urgencias hospitalarias y otras tres (15,8%) tuvieron que pernoctar en el hospital. No se encontraron diferencias significativas en el número de accidentes domésticos (28 casos) y el sexo: 1,3 (DT=0,7) en hombres (12 personas) y 1,5 (DT=0,9) en mujeres (7 personas), $F(1, N = 19) = 0,225$; $p = 0,641$.

Con respecto a los accidentes de tráfico, un 95,8% (182 personas, $IC_{95\%}=91,9\%-98,2\%$) respondió no haber sufrido ningún tipo de accidente en el último año. Una persona (0,5%) contestó que no sabía o no estaba segura y los 7 individuos restantes (3,7%, $IC_{95\%}=1,5\%-7,4\%$), señalaron un accidente cada uno. En relación con la

asistencia sanitaria necesaria para dichos accidentes, se tipificaron según las respuestas en tres tipos de cuidados: dos asistencias a las urgencias hospitalarias (33,3%), dos pernoctaciones en el hospital (33,3%) y dos casos con otro tipo de asistencia sanitaria sin especificar (33,3%), no contestando una persona cual fue la asistencia.

Finalmente, en lo referente a los accidentes laborales, un 89,5% (170 personas, $IC_{95\%}=84,2\%-93,4\%$) manifestó no haber sufrido ningún tipo de accidente en el último año. El 8,9% ($IC_{95\%}=5,3\%-13,9\%$), 17 individuos tuvo alguno; concretamente, once tuvieron uno (5,8%), cuatro encuestados tuvieron dos (2,1%), una persona tuvo tres y otra cinco que representaron el 1% del total de accidentados en el trabajo. Una persona contestó que no sabía o no estaba segura. En relación con la asistencia sanitaria necesaria para dichos accidentes, 8 personas (50%) identificaron otro tipo de asistencia sin especificar, cuatro sujetos (25%) estuvieron en urgencias de un Centro de Salud, cuatro (25%) asistieron a las urgencias hospitalarias, no contestando una persona cual fue la asistencia. No se encontraron diferencias significativas en el número de accidentes laborales sufridos por hombres: 1,9 (DT= 0,39; 9 personas) y mujeres: 1,9 (DT= 0,3; 7 encuestadas), $F(1, N = 16) = 0,098$; $p = 0,759$. Presentamos en la siguiente representación gráfica (Gráfico 32) un resumen de los accidentes descritos en la muestra en los últimos 12 meses.

Gráfico 32. Asistencia sanitaria requerida en accidentes sufridos por los encuestados durante los últimos 12 meses.



5.2.18. Seguridad vial

Prosiguiendo con el cuestionario, y a colación de los accidentes de tráfico, la pregunta seguridad vial analiza, a través de las variables del individuo como conductor de coche, motocicleta o bicicleta, las conductas preventivas de la muestra durante el último mes.

En relación con la conducción de automóvil, el 57,8% (110 personas) ha viajado en coche como conductor o pasajero por ciudad, carretera o autopista durante el último mes; una persona no ha contestado a esta pregunta. De los sujetos que utilizaron este medio de locomoción, 101 personas (91,8%) manifiestan ponerse el cinturón de seguridad siempre; siete personas (6,4%) emplea dicha medida de seguridad la mayoría de las veces y un sujeto (0,9%) lo hace algunas veces y otro (0,9%) no lo hace nunca.

Cuando se preguntó por la conducción en motocicleta, el 9,5% (18 personas) se ha montado en moto como conductor o pasajero por ciudad, carretera o autopista en el último mes; dos personas no saben o no están seguras. De los usuarios de motocicleta, 14 (77,8%) se ha puesto el casco como medida de seguridad siempre y cuatro sujetos (22,2%) la mayoría de las veces.

En relación con la conducción de bicicleta, el 28,4% (54 personas) ha viajado en bicicleta por ciudad en el último mes, no contestando a esta pregunta una persona. Cuarenta y cuatro de los conductores (81,5%) reconocen no ponerse el casco nunca ni utilizar otras medidas de protección, mientras que seis personas (11,1%) se lo ponen siempre, una (1,9%) la mayoría de las veces y tres encuestados (5,6%) lo hacen algunas veces.

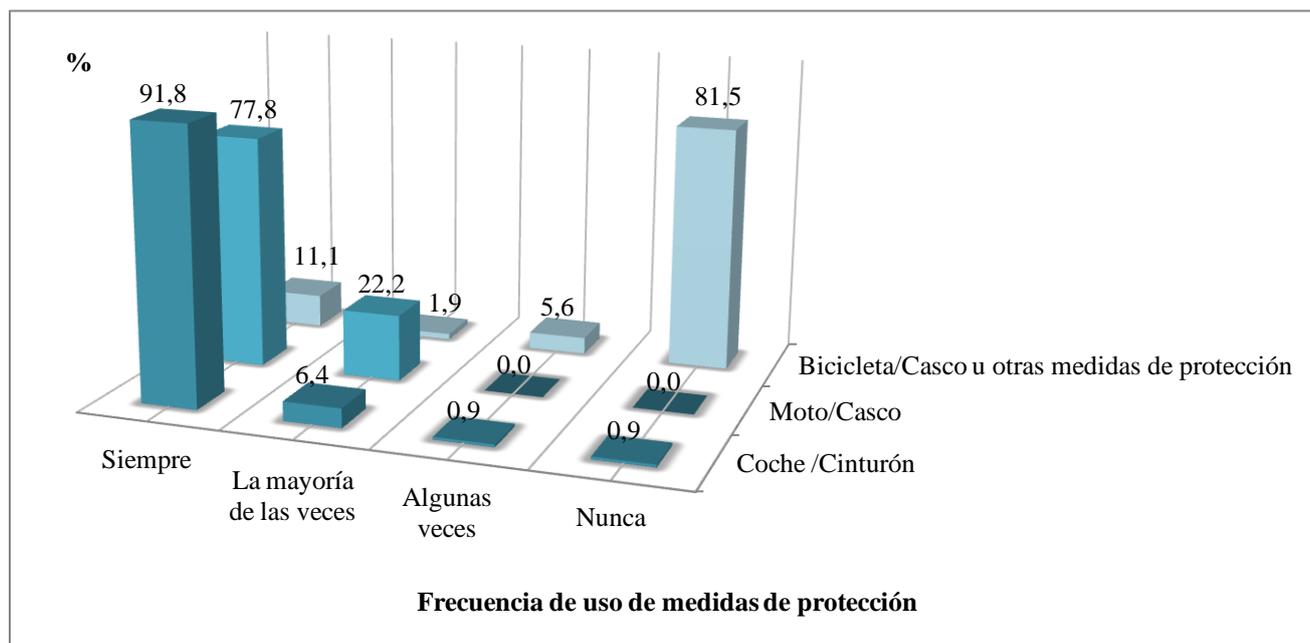
Comparando la frecuencia con que se utiliza siempre el cinturón de seguridad por sexo observamos que dicho uso es similar en hombres que en mujeres, 92,6% vs. 91,1% respectivamente, no existiendo, por tanto, diferencias estadísticamente significativas, χ^2 con corrección de Yates (3, $N = 110$) = 0,758; $p = 0,384$ y el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30; $d = 0,137$.

Al analizar las posibles relaciones entre el uso del casco y otras medidas de protección, conductas definitorias de la seguridad vial, apreciamos que dichas variables

no están relacionadas, χ^2 con corrección de Yates (1, $N = 7$) = 0,167; $p = 0,683$, aunque el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30; $d = 0,164$.

Presentamos en la siguiente representación gráfica (Gráfico 33) un resumen del uso de medidas de protección frente a accidentes de tráfico en el último mes.

Gráfico 33. Medidas de protección empleadas en el último mes, en función del medio de transporte.



Para completar el estudio de las variables incluidas en la pregunta seguridad vial, se analizaron las conductas de responsabilidad vial; así, preguntamos sobre el consumo de alcohol u otra droga cuando se condujo un coche, moto o bicicleta en los últimos treinta días y el 3,2% (6 personas) reconoce haber conducido bajo los efectos del alcohol u otras drogas. También preguntamos si se condujo un coche o moto en los últimos treinta días sin seguro; igual número de personas afirma haberlo hecho.

Analizando la frecuencia de la conducción de vehículos tras haber consumido alguna droga, según el sexo de las personas encuestadas, apreciamos que ésta es significativamente mayor en hombres que en mujeres, 7,2% vs. 1%, χ^2 (2, $N = 171$) = 6,339; $p = 0,042$ y el tamaño del efecto encontrado no llegó al nivel de 0,30, $d = 0,042$.

6. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

Consideramos oportuno organizar este apartado en función de los objetivos que nos planteamos en el estudio, para así dar una secuencia lógica a nuestro discurso.

Comenzaremos con la interpretación de los resultados y, primeramente, discutiremos los resultados obtenidos en relación con las características sociodemográficas de los sujetos del estudio. En segundo lugar, comentaremos las frecuencias de las conductas de salud, explorando la relación que existe entre dichas conductas y las variables sociodemográficas descritas a través del instrumento que integra el cuestionario de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en la población Adulta (SIVFRENT- A) y el Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), efectuando un análisis comparativo con los resultados obtenidos por otros autores. Para finalizar, reflexionaremos sobre las limitaciones apreciadas.

6.1. En función de las características sociodemográficas de la muestra

La aparición del colectivo latinoamericano en Sevilla se remonta a mediados de los noventa y su incorporación ha sido paulatina en esta década, para intensificarse en el siglo XXI (201). La feminización de nuestra muestra es una de las características de la población inmigrante latinoamericana residente en España, tal y como afirman los autores García, Jiménez y Redondo (202) coincidiendo prácticamente sus resultados -54,2% de mujeres- con las características de nuestra muestra (52,9%); según Bel y Gómez (203) la inmigración de inmigrantes hispanoamericanos a las principales capitales andaluzas posee un sesgo a favor de las mujeres, mientras que ambos sexos equilibrarán su representatividad aún más conforme madure el ciclo migratorio y se asiente la familia, como analizan Izquierdo, López y Martínez (116).

En lo relativo a la variable edad, la media encontrada en nuestro estudio es algo superior a la publicada por el Ministerio de Trabajo e Inmigración con fecha 30 de noviembre de 2011 (204), que la sitúa en 31,7 años e inferior a la establecida por dicho Ministerio en marzo de 2011, donde la media de edad es de 36,6 años (96). Posiblemente, estas similitudes en la media sean debidas a que nos hemos centrado en el

grupo etario de 25 a 44 años, puesto que en las estadísticas oficiales mencionadas, la población latinoamericana residente en España que se encuentra en el mismo tramo de edad alcanza el 50,8% del total. Según Izquierdo et al. (116) dicho grupo etario es el más representativo de la población latinoamericana, concentrándose en las edades más plenas y centralmente activas.

En lo que respecta al estado civil, algo más de un tercio de nuestra muestra se encuentra soltero siendo el 45,3% los que están casados, muy en consonancia con los resultados obtenidos por García-Gómez y Oliva (205) en su estudio sobre la población inmigrante en edad productiva, apareciendo en nuestro trabajo una mayor representación de otros estados civiles.

En relación con el distrito administrativo de residencia, tal y como refleja en su estudio Almoguera et al. (206) y se corrobora en nuestro trabajo, sin duda el distrito donde la presencia de inmigrantes es mayor corresponde al Distrito 2 (Macarena), aunque si hablamos de “presión inmigratoria”, es evidente que resulta ser más acusada en determinados barrios de dicho Distrito. Siguiendo con el reparto territorial según grandes sectores, al distrito Macarena le siguen, en orden de importancia numérica, los distritos Cerro-Amate, Este y Casco Antiguo respectivamente, mientras que donde menor número de inmigrantes tienen fijada su residencia es en el Distrito Los Remedios. Aunque no existe una única variable que explique el reparto territorial de los inmigrantes en las ciudades, es evidente que el acceso a la vivienda constituye uno de los elementos primordiales -por no decir el más importante- que condiciona su localización en la ciudad y, en nuestro caso, los tres primeros distritos se corresponden con zonas donde ésta es mucho más asequible si lo comparamos con otros como Nervión o Los Remedios.

El nivel de estudios de los inmigrantes en nuestro trabajo varía según el país de procedencia, pero la mayoría tiene estudios secundarios, superando el 20% los que poseen una titulación universitaria, en la línea del estudio de Martínez Buján (115), quien afirma que más de la mitad de los inmigrantes latinoamericanos en España, tenían estudios secundarios y que el 21,2% de ellos terminó sus estudios universitarios. Se han establecido diferencias significativas entre el sexo y nivel de estudios de la muestra, similares a las descritas por Rodríguez et al. (14), aunque no se han encontrado en la

bibliografía consultada trabajos que recojan la relación del país de origen con el nivel de estudios, sólo la mencionada investigación de Martínez Buján (115) que indica que la población inmigrante latinoamericana emigra cuando ha concluido su ciclo educativo elemental.

El tiempo de residencia de la muestra, tanto en España como en Sevilla, es superior a 55 meses; a ello apunta Vicente Torrado (207), afirmando la intención cada vez más frecuente de permanecer durante un tiempo más o menos duradero, si no definitivo, en el Estado Español, enfrentándonos con ello al reto de su integración. A medida que aumenta este tiempo de residencia varía la situación laboral de nuestra muestra, siendo importante la representación de los individuos que actualmente trabajan por cuenta ajena (59,5%) y por cuenta propia (18,4%), cifras algo inferiores a lo reflejado en la investigación de Vicente Torrado (207), donde el régimen laboral por cuenta ajena suponía un 93% y por cuenta propia un 7%. Pensamos que estas discrepancias pueden deberse a la época en que se realizaron ambos estudios, puesto que el nuestro está inmerso en la difícil situación económica actual. Cabe destacar que, en nuestro estudio, en lo referente a la contratación por cuenta ajena hay una tendencia de cinco puntos superior entre la situación laboral actual y la anterior.

Dentro de los sectores laborales, los contratos más frecuentes en nuestra población se hicieron en el sector servicios (hostelería, restauración) y construcción, no encontrándose diferencias significativas con la investigación de García, Jiménez y Redondo (202), que estimaban que el 69,8% de los contratos de trabajo a latinoamericanos se registraron en el sector servicios y un 20,5% en la construcción; según Piore (208), esto es lo que podría denominarse *demografía de la fuerza económica*, es decir se ocupan los sectores más demandados. En lo relativo a la ocupación laboral, en el estudio realizado por Martínez Buján (115), se destaca que los inmigrantes procedentes de Latinoamérica tienen una mejor posición que los provenientes de otras zonas, aunque es necesaria una mayor precisión e incluir otro aspecto enormemente influyente, como es la legislación, que define la configuración del mercado laboral, sobre todo en el caso de los inmigrantes. Debemos considerar la política de cupos, la temporalidad, la sucesión de situaciones de regularidad-irregularidad, la imposibilidad de asociación y de sindicación como elementos que

marcan un mercado de trabajo más deteriorado o con menos posibilidades de movilidad (ascendente) y de mejora en el empleo.

Analizado las características del hogar de las personas que conforman nuestra muestra, encontramos que el acceso a la vivienda y su ubicación en el espacio urbano son elementos muy importantes en el proceso de integración ciudadana de los inmigrantes, tal y como refleja Rodríguez Rodríguez et al. (209). Dicho acceso está, en primer lugar, condicionado por la situación general del mercado y la política sobre vivienda de las instituciones públicas. En nuestra muestra, en lo relativo al régimen de la propiedad, encontramos que más del 80% de la muestra reside en una vivienda alquilada, destacándose en la literatura dos elementos a este respecto: la afectación de la crisis económica y de las denominadas *pautas discriminatorias* que intervienen con frecuencia, mediatizando con intensidad las relaciones que establecen los inmigrantes con los propietarios de la vivienda. Al mismo tiempo, la media de personas que conviven en el hogar del encuestado es de 3,7 personas, ya que los inmigrantes acceden, generalmente, a casas que no encuentran otra salida en el mercado y, además, se permiten abaratar costes compartiendo el espacio, tal y como también afirman en su estudio Almoguera et al. (206). Se han establecido diferencias, aunque no significativas, en función del sexo y la influencia de las características de la vivienda sobre la salud, quedando de manifiesto que las mujeres son más exigentes respecto de las condiciones y características de la vivienda y su influencia en la salud familiar.

En relación con la situación económica, a más de un tercio de la muestra le preocupa el pago de la hipoteca o renta de la vivienda, de manera similar a lo que analizan Rodríguez y Marcu (210) en la Comunidad de Madrid, destacando estos autores que el acceso al empleo se establece como indicador que garantiza la manutención y gastos derivados del hogar de los inmigrantes.

6.2. En función de las conductas de salud de la población

En lo que respecta a la valoración del estado de salud percibida, el 87,8% de la muestra describió su autovaloración de dicho estado como excelente, muy buena o buena, resultados superiores al estudio llevado a cabo por Rodríguez et al. (14), también en personas latinoamericanas, que identificó un 74,7% que se expresaba en los mismos términos. Existen diferencias significativas en la autovaloración de la salud en función del sexo, dichas diferencias han sido constatadas en diversos estudios (211-215), ya que las mujeres presentan peor autovaloración que los hombres; esto puede deberse, entre otros motivos, a las cargas familiares y laborales. Destaca en nuestra investigación, la media de 22,1 días donde el estado de salud fue excelente y lleno de energía, siendo gran mayoría (83,4%) lo que valoraron que tuvieron de 7 a 30 días en el último mes un estado de salud excelente. No obstante, la carencia de estudios sobre ello, nos impide efectuar la comparación de nuestros resultados.

Cuando confrontamos los resultados obtenidos en el presente trabajo con los publicados por otros autores referentes a la población autóctona (147, 216), según sexo y edad, se observa una mejor valoración de la salud en los hombres inmigrantes en el grupo de edad de 25- 44 años (el 85,6% frente al 75%) y algo menor en las mujeres inmigrantes (el 89,3% frente al 82%). La constatación de las diferencias en salud en función del sexo y la edad como determinantes de la autovaloración de la salud está suficientemente documentada en otros estudios (211-213, 217-219). Otras investigaciones (220-222) realizadas en otros países, han hallado peores niveles de salud al compararla con la población autóctona y las minorías étnicas, aunque sin determinar el impacto del tiempo de estancia en el país de acogida ni su pertenencia a primera, segunda o tercera generación de inmigrantes.

En España, Aerny et al. (223) han comprobado que la población inmigrante que llevaba cinco años o más en España mostraba peor salud autopercebida que la población autóctona (19,4% vs. 15,6%) y la prevalencia de padecer mala salud fue también superior (OR: 1,16; IC_{95%}, 0,96-1,40), tras ajustar por edad, sexo o clase socioeconómica.

En nuestra población se han relacionado las medidas antropométricas, talla y peso, a través del IMC, en ambos sexos y, según los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), tanto los hombres ($26,6 \text{ kg/m}^2$) como las mujeres ($24,8 \text{ kg/m}^2$) y la media de la población ($25,0 \text{ kg/m}^2$) padecen sobrepeso tipo I, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en relación a las variables sexo e IMC. Al comparar estos resultados con la bibliografía existente, apreciamos también diferencias. Así, el trabajo de Rodríguez et al. (14) destacaba cifras de sobrepeso del 22,2% y obesidad del 6,8% en población latinoamericana, frente al 35,5% y 10,8% respectivamente de nuestro trabajo; creemos que estas diferencias pueden deberse a los hábitos nutricionales diferentes en las Comunidades Autónomas en que están realizados (País Vasco y Andalucía). Encontramos similitudes en los datos sobre el sobrepeso con los descritos en el estudio de la SEEDO, realizado en España, sobre prevalencia de obesidad (224). Relacionando el IMC y el tiempo de residencia en España y Sevilla, encontramos correlaciones negativas ya que a mayor IMC menos tiempo de residencia. No obstante, estos datos no los entendemos totalmente concluyentes puesto que en el cuestionario se recoge la información sobre medidas antropométricas (peso y talla) que declara tener la persona entrevistada, por lo que puede haber subestimación o sobreestimación del peso y/o talla.

La calidad de vida de la muestra parece buena, destacándose la media de tres días donde la salud física no fue buena y con igual frecuencia los días en los que tampoco fue buena la salud mental, significativo este último dato y defendido por Hovey (225), Quintero y Clavel (226) que identifican una multitud de estresores específicos que se asocian con la experiencia migratoria y que aumentan la prevalencia de desarrollar problemas de salud mental. Aerny et al. (223) observan un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental en la población inmigrante de su serie, aunque toman con menor frecuencia fármacos psicoactivos que la población autóctona y Juárez y Díaz Olalla (227) concluyen que las diferencias son muy grandes dependiendo de los instrumentos de medida utilizados y que las desigualdades tienden a disminuir al incrementarse el tiempo de residencia de la población extranjera en nuestro país.

Se ha encontrado también en nuestro trabajo una correlación negativa estadísticamente significativa, en los binomios estado salud general -salud física deficiente y estado salud general- salud mental deficiente puesto que a medida que aumenta una de las variables del binomio, lo hace de manera inversamente proporcional la otra. Destacamos también una correlación positiva estadísticamente significativa en salud física-salud mental puesto que a medida que aumenta una de las variables, lo hace de manera directamente proporcional la otra. La autopercepción positiva de su estado de salud puede ser un factor protector para su salud mental; unido a ello, los trabajos realizados por Golding y Burnam (228) y Romero et al. (229), han puesto de manifiesto la importancia de tener una función o rol definido (trabajo, maternidad), como factor protector de problemas de salud mental como depresión y estrés. Según Sandhu et al. (230) la pérdida de status, la marginalidad, la alienación y discriminación percibida, la fragilidad de la identidad cultural, etc., se pueden llegar a convertir en preocupaciones que ponen a prueba la fortaleza de la salud mental de la persona.

En relación con el acceso a los servicios sanitarios, encontramos en la muestra un porcentaje medio de individuos que conocen cuál es su Centro de Salud (51,8%). Tal y como analizan también en su trabajo López y Ramos (231), el colectivo latinoamericano es el que mejor conoce y más utiliza dichos recursos. El 66,8% de la muestra ha ido alguna vez al médico, dato semejante al estudio de utilización de Servicios Sanitarios llevado a cabo por Rodríguez et al. (14) que refiere un 66,7% en el colectivo latinoamericano adulto. Los Centros de Salud más identificados por la muestra pertenecen al Distrito Macarena y son: CS. Polígono Norte, CS. San Luis, C.S Pumarejo y C.S Alamillo, quizás por la elevada presión migratoria en los barrios que atienden dichos centros sanitarios, descrita por Almoguera et al. (206).

En lo relativo a la asistencia a la consulta de la enfermera, un tercio de la muestra acudió para algún cuidado y mejora de su salud. En el estudio piloto que efectuamos, como punto de partida para este trabajo, con población latinoamericana del Distrito Macarena (194), el 70,6% y el 58,8% de la muestra había acudido a la consulta del médico y de la enfermera, respectivamente; siendo destacable el descenso de la asistencia a ambas consultas cuando se analiza en la ciudad de Sevilla. Al hilo de esta reflexión, existen investigaciones que concluyen que la población inmigrante consulta

menos que la población autóctona y lo hace de forma más distanciada, como muestra el estudio realizado por Calvo durante el año 2005 (232); igualmente, el estudio de Junod Perron demostró que la población inmigrante ni consultaba más ni hacía más demandas (233). Estos trabajos, al igual que el nuestro, hacen referencia a los servicios de atención primaria, aunque la tendencia parece existir también en atención especializada, a tenor del estudio realizado por Cheik et al. (234) en Aragón que concluye que los extranjeros utilizan menos los hospitales públicos que la población autóctona.

En lo referente a la prestación de cuidados o asistencia es significativo que sólo el 26% de la muestra afirme que lo hace, la inmensa mayoría mujeres. Es reseñable que únicamente el 6% de la muestra refiera que el prestar cuidados le ha supuesto algún problema de salud, frente al 31,2% descrito por Valles Fernández et al. (235) Parece destacable también que, del total de las personas que dijeron prestar cuidados, dos tercios (33 personas) nos informaran que los cuidados que desempeñaron en el último mes tuvieron una retribución económica. Estos datos son semejantes a los aportados en trabajos realizados por Neufeld et al. (236), que afirmaba que las mujeres inmigrantes eran habitualmente prestadoras de cuidados a sus propios familiares, y Rodríguez et al. (237), que concluyó que el 94,1% eran cuidadoras informales. Dichos datos nos llaman la atención habida cuenta de la numerosa presencia femenina latinoamericana en las tareas de servicio doméstico y en las agencias que se dedican a su empleo tanto para el hogar, como para el cuidado de enfermos en hospitales y/ o domicilio. Es lo que se conoce como la incorporación de la migración femenina a los “servicios personales” que según la feminización migratoria es asumida en su gran mayoría por mujeres, según Martínez Buján (115).

De todo ello, cabe considerar que una parte sustancial de los puestos de trabajo que llevan a cabo la prestación de cuidados se concentra de manera importante en la economía sumergida; ésta se estima que representa entre el 16% y el 22% del Producto Interior Bruto (PIB) español (238). Existe una clara relación entre economía sumergida e inmigración, ya que la utilización de mano de obra irregular se asocia fundamentalmente a menores costes para los empresarios o patronos.

La percepción de los inmigrantes sobre la sociedad sevillana de acogida fue considerada mejor o por lo menos igual que la de otros colectivos a nivel laboral y a nivel de asistencia sanitaria; esto puede deberse a que, tal y como afirma Bathum et al. (239), la mayor parte de los inmigrantes latinos estudiados llevaron a cabo un proceso de asimilación de manera que perdieron el sentido de identidad propio para adoptar el de la sociedad de acogida, percibiendo de manera muy favorable su nuevo entorno social. En relación con este punto, existe un estudio sobre la aceptación de los inmigrantes latinoamericanos por parte de la población autóctona que afirma que este es el colectivo migrante mejor valorado (240), lo cual puede estar incidiendo en los resultados encontrados sobre la autovaloración de la salud.

A pesar de ser uno de los colectivos menos discriminados por su origen, según el estudio de Abizanda y Pinos (241), el 25% de los latinoamericanos se siente discriminado o peor valorado, datos superiores al 11,8% percibido en el ámbito laboral y al 13% en la asistencia sanitaria que muestra nuestro trabajo. Los latinoamericanos, según Gómez Quintero (242), son vistos por algunos españoles como los “los hermanos menores” o “parientes pobres” y esta percepción, aunque no reviste rechazo frontal, sí impide el establecimiento de relaciones de igualdad social y legal, es decir, de ser vistos -y verse asimismo- como ciudadanos de plenos derechos. Los estereotipos son otra dificultad con la que hay que cargar cada día y se plantea la pregunta: ¿Qué se dice en los medios de comunicación sobre los lugares de los que provienen?. Si analizamos detenidamente los mensajes transmitidos, según recalca dicho autor, sólo se mencionan para hacer referencias a desastres, hechos de violencia o síntomas de “atraso cultural”.

En general, la población inmigrante percibe más racismo que la española cuando busca trabajo, en el lugar de trabajo, al recibir asistencia sanitaria y en los lugares públicos, según los datos publicados por Gil-González et al. (243).

La población estudiada tiene, por lo general, un hábito de sueño adecuado y más de la mitad de las frecuencias de la muestra (56,2%) son iguales o superiores a ocho horas, asemejándose al 56,1% del trabajo de Rodríguez et al. (14). Aunque se carece de literatura extensa específica en el tema sobre el impacto del sueño en los inmigrantes, en un artículo de Ayala et al. (244), desde un enfoque de Salud Pública, cuantifican la relación entre horas de sueño con el estado de salud y el nivel de aculturación de los

migrantes a Estados Unidos de origen latinoamericano, a partir de la primera encuesta del Centro de Investigación en Prevención de San Diego, en California, Estados Unidos. Sus autores sugieren que tanto el exceso como la falta de sueño están asociados con cuatro indicadores de niveles deficientes de salud (obesidad, escaso ejercicio físico, enfermedades crónicas y patologías de salud mental). Estos datos guardan cierta similitud con las correlaciones negativas descritas en nuestro trabajo sobre los binomios horas de sueño- días que no durmió lo suficiente, puesto que a medida que aumenta una de las variables del binomio, lo hace de manera inversamente proporcional la otra.

En lo que respecta a la actividad física desempeñada, es reseñable que con la excepción de los que transportan cargas ligeras -sector de la construcción, fábricas y otros- la mayor parte de la muestra que está contratada en el sector servicios afirma estar de pie o sentada la mayor parte del tiempo, relacionada con la responsabilidad de administrativos o dependientes, tal y como se ha comentado, y se refleja también en el trabajo de Vicente Torrado (207). Nuestros resultados difieren de los presentados por Rodríguez et al. (13) en esta variable de actividad física pues estos autores describen la actividad laboral del inmigrante como muy dura. Creemos que estas discrepancias pueden deberse a las características propias de la oferta de empleo de cada uno de los lugares donde se ha llevado a cabo la investigación.

La práctica de algún ejercicio físico es realizada por el 60,5% de la muestra, algo superior a los datos aportados por el estudio de González et al. (245) que afirmaba que el 49,7% de los inmigrantes de 18 a 44 años realiza algún tipo de ejercicio y algo inferior al 67,7% de nuestro estudio piloto en el distrito 2 (194). La asiduidad en la práctica deportiva puede venir motivada, según Camacho y Comas (246), porque tiene un valor cultural y papel socializador para este colectivo. Otro motivo, esgrimido por Fuertes et al. (247) es que los latinoamericanos dan mucha importancia al cuidado del cuerpo que abarca desde la higiene, especialmente la salud bucodental, a la práctica del deporte. Dicha asiduidad, está relacionada en nuestro estudio con el sexo, variable con la cual se establecen diferencias estadísticamente significativas, siendo las mujeres la que más practican ejercicio físico.

Comparando los deportes más practicados por la población española en el estudio de García Ferrando (248) encontramos que la natación (33%), el fútbol (31,7%) y el ciclismo (19,1%) son los preferidos por los españoles frente a caminar a ritmo ligero (60,5%), caminar a ritmo intenso (15,3%), bicicleta a ritmo ligero (14,2%) y fútbol (12,1%), practicados por los latinoamericanos en este estudio.

Nuestros resultados coinciden con la investigación de Jiménez et al. (249) realizada en la comunidad Autónoma de Madrid, en las que se manifiesta que los inmigrantes prefieren deportes aeróbicos. También concuerda que el colectivo femenino se decanta por actividades como el aeróbic, la gimnasia de mantenimiento y caminar (250).

Es destacable que el 70,5% de la muestra, realiza cinco ingestas de alimentos a lo largo del día, mientras que el 95,8% hace las tres principales comidas diarias. El menú tipo consiste en una ración pequeña de alimentos proteicos de origen animal (carne de pollo/ ternera) y una mucho más abundante de hortalizas, legumbres y/o frutas de variedad estacional (yuca, plátano, maduro, aguacate, mango y papaya, muy referenciada esta última en nuestro estudio), raciones muy similares a las descritas en el estudio Nielsen del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación en 2007 (251). Es reseñable el consumo de bollería, refrescos y otros productos azucarados, algo que les resulta más difícil en sus países de origen, tal y como resalta también Vilaplana en su estudio (252). También la ingesta de farináceos que, según Larson et al. (253), es elevada en este colectivo.

En la población estudiada, el 3,2% omitieron el desayuno. Comparando nuestros datos, con los obtenidos en la Comunidad de Madrid para la población adulta española (254), donde el 5,9% omitía el desayuno, observamos que la población inmigrante estudiada omite el desayuno en menor número de ocasiones que los madrileños participantes en el estudio SIVFRENT-A, lo que constituye potencialmente un dato muy positivo desde el punto de vista nutricional.

Con respecto a la comida y la cena, un 80,6% de los encuestados manifestó incluir carne, dato muy similar al 73,7% aportado en el estudio del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino en 2009 (255). El consumo de frutas y verduras

referido por los sujetos era bueno y similar al observado en otras investigaciones (256, 257). Los fritos han alcanzado una frecuencia baja. Las ingestas se suelen acompañar de zumos, excepto en la comida y la cena, donde se consumen más otras bebidas como agua e infusiones. Los lácteos suelen estar presentes en el desayuno y la merienda y su consumo es muy elevado, a diferencia de otros estudios previos realizados en población española (251, 258, 259).

Tal y como indican otros autores, la persona inmigrante tiende a conservar su tradición alimentaria como forma de identidad cultural, el alimento crea una conciencia profunda de pertenencia al grupo; además, el acto de comer sucede, a menudo, en la privacidad del hogar, lejos de la observación de los de la cultura del país receptor (251, 260). Sin embargo, existe un amplio abanico de factores (cultura propia, cultura adquirida, religión, nivel económico) que influyen en la adopción de nuevos hábitos alimentarios que pueden ser potencialmente saludables o no en sus dietas (255). No obstante, se han encontrado escasos estudios que relacionen y analicen las pautas nutricionales de la población inmigrante latinoamericana adulta, a excepción de los mencionados anteriormente.

En lo que respecta a la realización de dietas en los últimos seis meses, sólo el 20,5% de nuestra muestra realizó dieta por motivos estéticos y no de salud, en consonancia con el estudio sobre población autóctona adulta de la Comunidad de Madrid llevado a cabo por Galán et al. (190), donde el 12,1% de dicho colectivo realizaba algún tipo de dieta.

En España, aunque existen trabajos relacionados con la salud de los inmigrantes, la importancia de los factores sociodemográficos, económicos y de los estilos de vida (13, 261), se han constatado la escasez de investigaciones referentes a la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas una vez llegan al país de destino, a excepción de dos estudios (262, 263), que encontraron una problemática social específica respecto a la inmigración y el consumo de drogas. Sin embargo, sí conocemos a través de diversas investigaciones (264, 265) en los países de origen latinoamericanos (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay) la elevada prevalencia del consumo de alcohol (44,9%) y de tabaco (26,2%).

El consumo de alcohol, tal y como interpretamos de los resultados, varía en función de dos variables fundamentales: el grupo etario y el sexo. En el último mes, el consumo de esta sustancia tuvo una prevalencia de 51,4%, fue mayor en hombres, en el grupo más joven (25 a 34 años) y en aquellos que tenían por nivel de estudio el de primaria y menos, quizás tal y como se afirma en un estudio (14), porque suelen disponer de menos información sobre sus efectos. Las frecuencias de consumo ocasional en el último mes y la inexistencia de consumo observadas en nuestro estudio están en consonancia con los resultados de Tortajada et al. (262). Nos ha resultado especialmente llamativo encontrar que algunas de las personas que consumen alcohol presentan un hábito desmedido en lo que respecta a determinadas bebidas alcohólicas como cervezas y licores de alta graduación. La explicación a este fenómeno puede deberse a que, según apuntan los autores Conde y Herranz (263), los inmigrantes tienen una percepción de peligrosidad sobre las drogas ilegales elevada, que contrasta con la permisividad y la baja percepción de riesgo que tienen del consumo de drogas legales, sobre todo del alcohol.

En nuestro estudio, el porcentaje de bebedor de riesgo (6,8%), se asemeja al 4,8% descrito por García-Gómez y Oliva en su trabajo sobre “Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva” (205). Finalmente, en relación con la ingesta de alcohol, no se han encontrado estudios que describan la percepción de la imagen social de bebedor del inmigrante latino, aunque en nuestra investigación resaltamos que el 10,5% tiene la impresión de que debería beber menos y fue criticado por su ingesta.

En lo que respecta a la prevalencia de consumo de tabaco, un tercio de los sujetos han consumido 100 cigarrillos en su vida y un 26,3% son fumadores actuales, cifras menores a las aportadas en la investigación de Tortajada et al. (262) sobre el consumo y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos en Valencia, que afirmaba que el 31,3% fuma de manera habitual. Es significativo que la edad de inicio del hábito tabáquico sea de 17,6 años, dato similar a los 17,5 años descritos por la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas para los países de Sudamérica (266), ambas cifras superiores a la media española de 13,5 años, según

desvela el informe “Situación Actual del Tabaquismo en España (2005-2010)”, realizado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (267).

En relación al consumo de fármacos, al igual que se hicieron otros estudios previos sobre el consumo de fármacos en España (268-270), nuestro análisis incluyó variables socioculturales, tales como la edad, sexo, nivel educativo, tiempo de residencia, país de origen y ocupación actual; además, incorporamos un conjunto de variables de ajuste, tales como la visita al médico, el consumo de remedios tradicionales o el estado de salud autopercebida.

El consumo de fármacos sin preinscripción por parte de la población latinoamericana tiene una serie de particularidades. Destaca que el 77,4% de la muestra se automedica, prevalencia mucho mayor que la encontrada por Jiménez y Hernández (270) en extranjeros en España, en 2006, (19,5%). En nuestro estudio, los fármacos más empleados son los de la familia de analgésicos y antiinflamatorios, datos que se asemejan a los obtenidos de las investigaciones de Garrido et al. (271) y González et al. (194), donde el 56% y el 58,8% respectivamente de la población inmigrante respondió haberse automedicado en las dos semanas inmediatamente anteriores a la encuesta; teniendo los analgésicos igual proporción a la obtenida en nuestro estudio (54,1%). Es llamativo que uno de cada cuatro encuestados que declara automedicarse lo haga con antibióticos, prevalencia similar a la de latinos en el estado norteamericano de California (26%), según el estudio de Céspedes et al. (272); esto puede ser debido a las barreras económicas y socioculturales y a la creencia errónea de que los antibióticos ayudan a tratar las infecciones virales.

Los resultados del modelo regresivo indicaron asociaciones significativas dentro del colectivo de inmigrantes, que se relacionan especialmente con la edad, el nivel de estudios y el tiempo de residencia en Sevilla. Así, los individuos que más tiempo llevan en esta ciudad tienen mayor probabilidad de automedicarse, al igual que los que consumen remedios tradicionales, resultados paralelos a los encontrados en el estudio de Restrepo en 2009 (25), que afirma que los inmigrantes llegan sanos y aquí se enferman. Otra investigación (273), destacó que los principales motivos favorecedores de la automedicación eran el mayor nivel educativo, el incremento en el interés por la propia salud y la edad. En nuestro trabajo, por grupo de edad, se encontró que las

personas mayores de 34 años son las que más se automedican, situación que coincide con el estudio de Jiménez y Hernández (270) en población autóctona española. No encontramos diferencia entre las proporciones de automedicación general por sexo, situación que también ha sido descrita por Salar et al. (274). Por lo que respecta al estado de salud autopercebida, entre los que se automedican, está entre bueno y muy bueno, siendo regular dicho estado para los que toman remedios naturales. Estos resultados son consistentes con investigaciones realizadas en Estados Unidos (275), Canadá (276) y Europa (277) que han mostrado una paradójica ventaja en salud en inmigrantes, a pesar de las dificultades sociales con respecto a las poblaciones locales.

Es revelador que el porcentaje de personas que indican automedicarse sea mayor al que emplea remedios tradicionales (infusiones, emplastes, entre otros) pues, tal y como indica Restrepo (25), el inmigrante usa para el tratamiento de enfermedades o problemas de salud el sistema curativo tradicional o popular (herbolaria, mágico y religioso) y la automedicación, por ese orden, principalmente; dicha tendencia puede deberse al desconocimiento sobre el sistema sanitario y al uso de los medicamentos, según sostienen Vázquez et al. (278).

La prevalencia del consumo de drogas ilegales, en nuestro estudio, es del 5,3%, dato similar al 5,7% de la investigación de Tortajada et al. (262). Estas similitudes en el consumo parecen venir determinadas por diversas variables, según establecen Delva et al. (279), comunes en ambos estudios (grupos étnicos de pertenencia, edad, sexo, entre otras), que consideramos deben ser tenidas en cuenta para el desarrollo de programas de prevención.

Se han encontrado diferencias en el consumo en función de la edad; en la franja de 25 a 34 años es casi cuatro veces mayor prevalencia de haber consumido estas sustancias comparado con la de 35 años o más, tal y como afirma Hjem et al. (280), según sean primera o segunda generación de inmigrantes, ya que con el paso del tiempo se produce un proceso de asimilación por el que las pautas de consumo de drogas en los inmigrantes cambian y se acercan progresivamente a las de los ciudadanos del país de acogida, análisis que también Johnson et al. (281) recogen en su trabajo. En este marco, se ha detectado una prevalencia de consumo de marihuana inferior a la publicada en población autóctona (282), mientras que la de cocaína ha sido baja, ocasionada

fundamentalmente por el consumo de esta sustancia por parte de los inmigrantes procedentes del área andina, tal y como se destaca en el estudio de Tortajada et al. (262).

Los problemas de salud asociados al consumo y a la dependencia del tabaco, alcohol y de otras sustancias ilícitas, tal y como refiere Costa et al. (283), demandan mayor atención por parte de los profesionales de la salud y solicitan respuestas y políticas públicas apropiadas que propongan resolver o al menos minimizar esos problemas en las distintas sociedades.

El método anticonceptivo más frecuente en nuestra población es el preservativo, le siguen los anticonceptivos orales y el DIU. El uso del preservativo en las relaciones sexuales es empleado por el 43% de la muestra, cifra inferior al 57,9% observado por Rios et al. (284) en latinoamericanos catalanes y claramente inferior al 95% aportado por Bermúdez et al. (285) en su trabajo con adolescentes; quizás las diferencias pueden deberse a la edad de la población de estudio y la promiscuidad sexual derivada de ella. Sí parece significativo que sólo el 74,8% de la muestra usa métodos para evitar la concepción, pero sólo el 59,3% de ellos se protege también frente a una ITS, muy en la línea del estudio de Hernando et al. (286), que refieren el uso de métodos anticonceptivos en un 62,2%. Dicho estudio, realizado con nuestro mismo colectivo inmigrante pero en la Comunidad de Madrid, también aporta datos análogos a los nuestros sobre la jerarquía en la utilización de los métodos anticonceptivos más usados. Encontramos, además, diferencias en las personas que no ofrecieron respuestas al uso de ningún método, 25,2% en nuestro estudio frente al 41,9% de Hernando et al. (286) o el 35,2% de Gimeno et al. (287). El estudio del Banco Mundial de 2000, para la región latinoamericana en conjunto, estimó que el 67% de las mujeres casadas residentes en áreas urbanas usaba algún método anticonceptivo; en Ecuador representaron el 57%, en Colombia el 72% y en República Dominicana el 50% (288). En nuestro estudio, el porcentaje de uso por parte de las mujeres casadas fue del 64,2%, cifra algo inferior a la estimada por el Banco Mundial.

Correlacionando el uso del preservativo por sexo, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas que se apoyan en los resultados sobre este tema descritos por Gimeno et al. (287). En nuestro trabajo no hemos hallado significatividad entre el

uso del preservativo femenino y el sexo, aunque si hemos encontrado resultados estadísticamente significativos entre el uso de anticonceptivos orales y la variable sexo, así como entre la variable prevalencia de ITS y sexo. Ambos resultados parecen de vital interés para el diseño y planificación de programas preventivos en materia de salud sexual (289).

Es destacable la escasa prevalencia de ITS, sólo el 3,2%, dato muy inferior al 25,2% encontrado por Rios et al. (284) en latinoamericanos catalanes. Con respecto a la realización de la prueba del VIH o SIDA bien en sangre o en saliva obtenemos que se la hizo alguna vez el 29,6% dato inferior al 52,8% de Rios et al. (284). No obstante, el número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH entre personas extranjeras se mantuvo sin apenas cambios en este periodo y por debajo del de la población autóctona, según Postigo (290). Parece relevante la escasa prevalencia de ITS, todo ello pese a que sólo el 16,8% de la muestra acuda a la consulta de Planificación Familiar para informarse o solventar alguna duda sobre la práctica de relaciones sexuales, cifra inferior al 35,3% del mencionado estudio de Hernando et al. (286). Lo es aún más cuando, según Lazarus et al. (291), el conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA es bajo en los inmigrantes latinoamericanos.

En lo relativo a la inmunoprofilaxis, existe un aspecto que es necesario recalcar sobre la población inmigrante recién llegada y es que ésta suele presentar deficiencias vacunales importantes, dependiendo de su país de origen (292, 293). La vacunación llevada a cabo por la población es buena, con un porcentaje medio del 23,7% de la población que no tiene puesta alguna de las tres vacunas (Difteria- tétanos, tuberculosis y gripe). Dentro de ellas, resaltamos la vacuna de la tuberculosis, puesto que la OMS, en 1993, declaró a la tuberculosis como una urgencia mundial y aunque actualmente la prevalencia es menor, se establece la necesidad de crear programas globales de control del *Mycobacterium tuberculosis* multiresistente. El 66,3% de nuestros sujetos dice no tenerla puesta, dato de interés puesto que en otros estudios sobre vacunación a inmigrantes, como el de Alcaide et al. (294), tenían cicatriz posvacunación antituberculosa el 74,3%; estas diferencias pueden deberse a la heterogeneidad en el país de origen de la población inmigrante estudiada y a los propios planes existentes en nuestra Comunidad Autónoma, donde no figura dicha vacuna en el calendario vacunal,

ni se recomienda habitualmente como medida preventiva. Actualmente existe un debate profundo sobre la pertinencia de la búsqueda de infectados por tuberculosis y el tratamiento de la infección en los inmigrantes asintomáticos que no son portadores de otro factor de riesgo de padecer enfermedad tuberculosa (295, 296).

En lo referente a la vacuna de la gripe, identifica tenerla puesta en los últimos años el 66,3% de la muestra. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, en 2006 (147), la prevalencia estimada de inmunoprofilaxis de esta vacuna para los extranjeros en España fue del 6,7%, dato significativamente inferior al de nuestro estudio. Ello puede deberse a que estén incluidos nuestros sujetos en grupos de riesgo por su trabajo o a la buena aceptación actual de las vacunas entre la población inmigrante que reside en España, con un adecuado seguimiento de los calendarios vacunales establecidos (297, 298).

En relación con la salud reproductiva de la mujer inmigrante latinoamericana de nuestro trabajo, el 75,4% de las encuestadas dijo haber estado embarazada entre una y nueve veces, mientras que el 24,6% nunca lo ha estado, dato ligeramente superior al 23,8% aportado en el estudio de Hernando et al. (286). El indicador coyuntural de fecundidad en América Latina ha pasado de 5,1 hijos por mujer en edad fértil (15 a 49 años) a mediados de los años 70 a 2,5 hijos por mujer en edad fértil (15 a 49 años) en el periodo que va de 2000 a 2005 (299) lo que podría explicar el mayor número de mujeres que no han estado nunca embarazadas, dadas las fechas de realización de ambos estudios. Sin embargo, en los últimos años, la tasa de fecundidad española ha aumentado debido al nacimiento de hijos de madres inmigrantes, en gran medida, latinoamericanas (300, 301); según el INE en 2011 (89), la tasa ha pasado desde el 1,2 hijos por mujer en edad fértil (15 a 49 años) en 2001 al 1,4 en 2010 gracias a la población inmigrante. En lo relativo a los abortos, el porcentaje de nuestro estudio es del 79,4% de tipo espontáneo y el 20,6% inducidos, por encima de la media española que se sitúa en un 11,5% según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2010 (302); en concordancia con esto hay que considerar que en América Latina y el Caribe (303), el índice de abortos voluntarios es particularmente elevado (0,8 abortos por mujer). No obstante, creemos que es difícil hacer una comparativa en este ítem puesto que nuestros resultados se obtienen mediante entrevista directa a la

mujer y los reflejados en la estadística nacional no incluyen los que se hayan podido realizar de una manera clandestina; además, dada la naturaleza de la pregunta, consideramos que los resultados no pueden ser más que aproximados, tanto en uno como en otro caso.

Al considerar los procedimientos diagnósticos de cribaje, es de destacar que el 80,7% se ha realizado una citología en los últimos cinco años y el 78,1% nunca se ha hecho una mamografía. Encontramos concordancia con los datos de la investigación efectuada por Galán et al. (190) en autóctonas adultas madrileñas, donde la realización de citologías hace menos de 5 años es de 74,2%; sin embargo nuestros datos en relación a la realización de mamografías en los últimos cinco años difieren del 47,8% de su estudio. Stein et al. (304) observan altas frecuencias respecto a la realización de estas prácticas preventivas alguna vez en la vida, aunque éstas disminuyen al preguntar por el tiempo transcurrido desde la última revisión, al igual que en el estudio de Vacek et al. (305). También Browson et al. (306) describen altas concordancias en estas preguntas, aunque definida en su estudio como las personas que se han realizado estas pruebas alguna vez y en el último año. Las diferencias encontradas pueden ser debidas a la edad de las mujeres incluidas en los diferentes estudios; en nuestro caso, la franja etaria abarca sólo hasta los 44 años, de ahí que la frecuencia observada en cuanto a la mamografía no sea excesivamente alta, debido a que la mayoría de las mujeres de nuestro estudio están fuera del rango de edad establecido habitualmente en los programas de *screening*.

Por lo que respecta a la población masculina, sólo el 10,5% (2 personas) de la que tenía la edad apropiada para realizarse el *screening* (más de 39 años) se hizo la prueba de detección de cáncer de próstata. En el estudio realizado por Santos et al. (307) sobre población autóctona de Getafe (Madrid), en el período 1997-1999, la tasa de realización del cribado en población general era de 21,6 por 1.000 personas-año; Cepeda et al. (308), en otro estudio realizado en un área básica de salud de Gijón (Asturias), observaron un uso del cribado que oscilaba entre 8,1 y 45,8 determinaciones por 100 varones de más de 50 años, el 39% de las cuales se realizaban en varones de más de 70 años. Obviamente, los datos no pueden ser comparables debido a las edades diferentes de las muestras. No se han encontrado datos en población latina, a excepción

de nuestro estudio piloto (194), en el que ninguno de los hombres mayores de 39 años encuestados se había realizado dicha prueba. Es también significativo que la asistencia al urólogo fue del 26,3%, en nuestro caso, con una frecuencia de una visita; datos semejantes a las 1,5 visitas descritas por Menéndez López et al. (309) en su estudio en inmigrantes americanos. Dicho trabajo también destaca que no hay grandes diferencias en cuanto al número de exploraciones complementarias o al número de visitas que se necesitaron para el diagnóstico entre las distintas nacionalidades.

La accidentabilidad de la población inmigrante es un elemento que resulta necesario conocer para tener una visión más realista de la situación de la inmigración en España, puesto que existen datos obsoletos y no demasiados fiables. Nuestro estudio, aporta de media que el 8,4% ha sufrido algún accidente en el hogar, de tráfico o de carácter laboral en el último año, siendo significativo que dicho dato se sitúa por encima de la media de accidentabilidad de la población española en los últimos doce meses: 6,8% según Galán et al. (190) y por debajo de la media establecida en el trabajo en inmigrantes catalanes de García-Gómez y Oliva (205) y en inmigrantes madrileños de Sánchez García et al. (157). Pensamos que nuestro dato, en lo que respecta a los accidentes domésticos, puede estar infraestimado por las respuestas ya que en ellas la muestra no incluyó los pequeños accidentes domésticos ocasionados en el hogar (caídas, cortes, golpes). Cabe destacar que el 5,3% de la muestra que tuvo un accidente requirió la asistencia de un profesional sanitario en un hospital o centro de salud, cifra inferior al estudio de Peiró-Pérez et al. (310) en autóctonos donde el 23,1% consultó a un médico o enfermera, lo que puede traducir la escasa gravedad de los mismos.

En lo relativo a la prevalencia de accidentes de carácter laboral en la población inmigrante, nuestros datos (8,9%) son inferiores a los descritos por Parra et al. (311) en su trabajo en extranjeros de Pamplona, donde el porcentaje alcanza el 15% y al 7,1% analizado por Peiró-Pérez et al. (310). Según Cachón (312), dicha accidentabilidad puede estar en progresión si se añaden varios factores como son las tasas de temporalidad laboral (jornadas largas y partidas), el paro (salarios bajos) y el nivel de capacitación laboral. Las cuestiones sobre prevención de riesgos laborales y salud laboral ocupan un lugar bastante secundario, tanto para los inmigrantes como para la mayoría de las asociaciones de acogida y ayuda, pues la necesidad de trabajo, en las condiciones que

sea, predomina inicialmente sobre cualquier otra consideración (313). El riesgo de lesión por accidente de trabajo, especialmente en los puestos menos cualificados, es bien conocido (314). Algunos estudios realizados en distintos países han puesto de manifiesto un aumento de los accidentes mortales en los trabajadores inmigrantes junto con un descenso en los trabajadores autóctonos, aunque los resultados en este sentido no siempre son consistentes (315).

Cabe discutir que, pese a la baja prevalencia de accidentes de tráfico descrita en nuestro trabajo en los últimos 12 meses (3,7%), este dato suele ser más elevado en zonas donde la inmigración tiene que desplazarse bastantes kilómetros para ir a su lugar de trabajo temporal ya que, según Gómez Espín (316), la adquisición por parte de estos inmigrantes extranjeros de vehículos usados de ocasión aumenta considerablemente el número de accidentes de tráfico o siniestrabilidad, así lo describe también Koziol-McLain et al. (317).

Continuando con la accidentabilidad en relación al tráfico, y considerando las conductas en materia de salud y seguridad vial, no se han hallado estudios específicos en los que se describan el uso de medidas de seguridad y protección (cinturón, casco u otras medidas) en las distintas vías urbanas o interurbanas en el último mes. Es destacable que el 0,9% de la muestra nunca se pone el cinturón, lo que contrasta con el 1,7% de la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Consumo en 2006 (147) y el 16,7% en españoles aportado por el estudio de Galán et al. (190), diferencias significativas explicables por la zona geográfica y por el año de realización, así como por la evolución de las restricciones legislativas en materia de la seguridad vial (318).

Parece, por otra parte, según nuestros resultados, que la población inmigrante no está concienciada del uso de las medidas protectoras al montar en bicicleta, puesto que el 81,5% de los que montan en ella reconoce que no las usa. Finalmente, un elemento que resulta reseñable de las respuestas extraídas es que la variable de la seguridad vial no implica para la muestra sólo su protección, sino también la de los demás, demostrándose en que la gran mayoría, a excepción del 3,2%, no ha conducido bajo los efectos del alcohol u otras drogas ni sin seguro mínimo a terceros. Villalbí y Pérez (319) señalan que las normas viales legales, por sí mismas, no son suficientes para lograr un impacto, es necesario además poner en marcha acciones dirigidas a hacerlas cumplir,

destacando el efecto favorable de las regulaciones en el caso del casco para motoristas, los límites de velocidad y el control de la conducción bajo los efectos del alcohol.

Para finalizar, en relación con la implementación del cuestionario, es de destacar que no ha habido *a priori* problemas derivados de la comprensión del mismo. Únicamente hemos encontrado incertidumbre en las respuestas sobre vacunación y dicha dificultad se ha subsanado con la relectura al encuestado de las mencionadas preguntas.

Consideramos que los resultados de este estudio permiten ampliar el conocimiento sobre las características sociodemográficas y estado de salud percibida en el colectivo de personas inmigrantes en nuestra ciudad. Además, se han podido identificar las conductas de salud del colectivo inmigrante latinoamericano adulto de Sevilla, estableciendo diferencias estadísticamente significativas al correlacionar algunas variables. Dichas relaciones guiarán el desarrollo de posibles actuaciones diferenciales futuras orientadas a mejorar el nivel de salud en las personas inmigrantes latinoamericanas.

Nuestros resultados permiten apoyar en gran medida la teoría del “inmigrante sano”, la cual señala buenas conductas de salud en este grupo de inmigrantes que, según la bibliografía empeora a partir de los 10 años de estancia (19, 20, 276). Una buena parte de los estudios dedicados a la salud de las personas inmigrantes, han considerado en sus análisis que del concepto “inmigrante sano” se deriva el “efecto del inmigrante sano” *-healthy migrant effect-* (20, 320). Este efecto significa que las personas recién establecidas en el país de acogida tienen mejores indicadores de salud que las autóctonas. Una de las explicaciones para este fenómeno se da por la migración selectiva de personas con mejor estado de salud y con mayor capacidad económica para afrontar un proceso migratorio, aunque pueden existir diferencias atribuibles al país de origen. Un estudio llevado a cabo en 2006 por Sam y Berry (321) en Estados Unidos apoya esta hipótesis y su posible explicación puede relacionarse con el tiempo de estancia en el país de acogida, de forma que se produce lo que algunos autores denominan la *paradoja inmigrante*: si los inmigrantes recién instalados llegan con mejor salud, esta salud se deteriora con el paso del tiempo y de manera más rápida que en el caso de los nativos. Creemos que, en nuestro estudio, la juventud y el corto tiempo

de estancia, ya que la mayoría de los inmigrantes llevan en nuestra ciudad menos de 5 años, explican los buenos resultados encontrados.

Es pertinente continuar realizando estudios en esta línea, con el fin de orientar el diseño y la implementación de actuaciones diferenciales desde la perspectiva enfermera, con intervenciones educativas preventivas de consumo de tóxicos (alcohol, tabaco y drogas) tanto en el ámbito sanitario como laboral del inmigrante, estando la enfermera en contacto directo y permanente con el individuo, su familia y comunidad a fin de sensibilizar sobre la problemática en el consumo y potenciar el autocuidado de la salud, tal y como sugiere Navarrete et al. (322).

6.3. Limitaciones del estudio

Exponemos a continuación las limitaciones que, a nuestro parecer, presenta el estudio que se ha realizado.

En primer lugar, es posible que el tamaño total de la población inmigrante esté subestimado al no contemplar las cifras oficiales a aquellas personas que no estén suficientemente documentadas ni empadronadas.

En segundo lugar, la muestra no se pudo estratificar por nacionalidad puesto que se poseían los datos globales y no por grupos etarios, aunque hemos intentado aproximarnos a su distribución en cada uno de los distritos de Sevilla.

En tercer lugar, las respuestas de los participantes a las preguntas del cuestionario fueron realizadas por declaración y no fueron verificadas, lo que puede conllevar un margen de error que entraña toda respuesta subjetiva, que puede estar condicionada por factores que no están al alcance de los investigadores. No obstante, el anonimato de los cuestionarios favorecía que hubiera una mayor sinceridad a la hora de contestar las preguntas.

Para finalizar, otra limitación es que el carácter transversal del estudio no permite establecer una relación causal entre variables tales como consumo de tabaco, alcohol o automedicación y las variables independientes estudiadas. Sin embargo, fue posible explorar algunas asociaciones, que permitirían diseñar futuros estudios analíticos que indicarán con mayor precisión el sentido de las relaciones de estas variables.

7. CONCLUSIONS

7. CONCLUSIONS

The conclusions drawn from the results of the study are the following:

1.- The profile of the participants in the study - Latin American adult immigrants of the city of Seville- is: they are mainly female, with an average age of 34, usually married that they have been living in Seville for 5 years, and most of them in the Macarena district. In addition they are high school graduates, who are employed in the service sector. Also they share a rented accommodation with four people and regarding to their economic status, the payment of the rent is their most important concern.

2.- Most of the people studied have positive self-evaluation of their health status, specially men. There is positive correlation between mental and physical health. A suitable pattern of rest/sleep and a physical regularly exercise could be highlighted.

3.- Half of the studied population know what is their health center which they usually go due to acute pathology. In spite of attendance to the medical consult, just one third of them visit the nursing consult.

4.- The frequency of people, especially women, who provide care to others for a salary has been particularly low because it is a collective with a regular presence in this area.

5.- The studied immigrants consider they are treated as well as people from other ethnic groups regarding healthcare, while at work the positive valuation is lower.

6.- Eating habits are adequate, as shown by normal weight rates in more than half of the sample, they eat mostly food proteins from animal origin, vegetables, leguminous and fruits. They rarely are on a diet.

7.- Occasional alcohol consumption, specially beer and liquor mix, is done by men with primary studies and ages between 25 and 34 years, the sixth part of the surveyed is at risk of alcoholism.

8.- One third of the sample smoke, being more frequent cigarette smoking from age 35. Taking drugs without prescription is common, especially anti-inflammatory and analgesics. In addition they also use traditional remedies when they have health problems. On the other hand, psychoactive substances consumption is low, probably because there is high perception that its consumption does not improve health status neither people's wellbeing.

9.- Most of the studied population is informed about family planning and use methods of contraception, most frequently preservatives. The prevalence of sexually transmitted infections is low, even when the level of protection against them is not enough, but the status of immunoprophylaxis is adequate.

10.- Most women have had between one and four pregnancies, abortion is also frequent, usually spontaneous. They often undergo gynecological screening. The men's screening to the early diagnosis of prostate cancer are not done even at the age of risk.

11.- Accidents prevalence is low, being the most common accidents the domestic ones. Likewise, respect for road safety rules is high what could explain the low frequency of the road accidents.

12.- Latin American immigrants from the city of Seville have an adequate health status and a healthy behavior which allow largely to support the "healthy immigrant" theory.

8. ABSTRACT

8. ABSTRACT

Introduction. Spain is located among the main countries that host the largest number of immigrants worldwide. In Seville, the number of foreigners registered follow the national and autonomic migratory tendency being 4.2% of the population, it is specially high in the age group between 25 and 44 years. So the biomedical scientific literature regarding immigrant population health has increased in the last two decades. These approaches are important because improving the knowledge about the population's health behaviors allow to have more and better information available to take part and improve the health situation.

Objective. To describe the health status of the Latin-American immigrant adult population between 25 and 44 years of the city of Seville in 2011.

Methodology. Quantitative, prevalence, observational and cross sectional descriptive study. A probabilistic, stratified, and proportional by the variables sex, age and administrative district, sample was used aiming to obtain a representative sample of 190 people. A questionnaire was made to collect data. It joined the instruments Non-communicable Disease Risk Factors Surveillance System (NCDRFSS) from the General Department of Primary Health Care of the Community of Madrid and the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) from the Centers of Disease Control and Prevention from the United States. The instrument was applied to the Latin American immigrant population living in different districts of the city, between January and May in 2011. Data was analyzed using the Statistics Pack 18.0.3 (PASW 18) for Windows.

Results. Among the most important results, we emphasize that the profile of the 190 people studied was: the average age is 33.8 ± 6.3 years; 60% are women; most of them are married (45.3%) and 40% of them have secondary studies. Although 66.5% haven't had a day in the last month in which they had physical or mental illnesses, only 42.3% consider they have good health status. Likewise, 51.8% know the Health Center to which they are linked to receive health care, but 31.6% have gone to the nursing consult due to acute diseases. Moreover, 26.3% provided care to others, particularly women, being 66% of them paid for it. In addition, 78% perceived being treated as well as people from other ethnic groups regarding health care, and 73.9% at work place. They

usually sleep around 8 hours, while 60.5% practiced exercise regularly. Related to the number of meals a day, 70.5% eat five times, and 95.8% have the three main meals per day. Regarding food and dinner, 80.6% include meat in their meals. 53% have normal weight, 35.5% are overweight and 10.8% are obese. In the last month, 51.4% had consumed alcohol despite the fact that 13.2% had risk of alcoholism. However, 30% have smoked during their life (26.3% currently smoke and 3.7% used to smoke) and 5.3% have consumed psychoactive substances in the last six months (they were mainly men between 25 and 34 years of age). The 77.4% took medicines without a prescription being the prevalence of consumption of anti-inflammatory and analgesics the highest ones (67.6% and 54.1% respectively). In spite of the fact that 74.8% use methods of contraception (64.2% are married women), only 59.3% also protect themselves from STD with preservatives. Some of the three vaccines (Diphtheria-tetanus, tuberculosis, and influenza) don't be had by the 23.7%. Furthermore, 78.1% of women had never had done a mammography, and 47.4% had been made a smear test in the last year, while 10.5% of men, over 39 years, had undergone prostate cancer screening tests. Accidents percentage has been low (8.4%) being them at home, highlighting great road safety responsibility.

Conclusion. In this study conducted in a representative sample of immigrants of the city of Seville (Spain), it is highlighted that Latin American immigrants have an adequate health status, they have healthy behaviors despite alcohol, cigarette and illicit drugs consumption, which represent a problem that needs attention from the organizations in charge of the Health Department because it exceeds native population prevalence.

Kew words (MeSH). Emigration and Immigration; Health Promotion; Health Behavior; Latin America; Spain.

9. BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra: OMS; 1998. p27. [monografía en Internet]. [citado 6 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
2. Cruz E, Pino J. Estilo de vida relacionado con la salud. Murcia: Depósito legal institucional de la Universidad de Murcia; 2009. p. 1-9. [serie en Internet]. [citado 6 Jun 2011]. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/6616>
3. Wilson DM, Ciliska D. Lifestyle assessment: Development and use of the Fantastic Checklist. *Can Fam Physician*. 1984; 30: 1527-32.
4. Bliss C. El estilo de vida y el estándar de vida. En: Nussbaum MC, Sen A. La calidad de vida. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 534-57.
5. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*. 1987; 36 (2): 76-81.
6. Holloway A, Watson H. Role of self-efficacy and behaviour change. *Int J Nurs Pract*. 2002; 8 (12):106-15.
7. World Health Organization. Lifestyles and health. *Soc Sci Med*. 1986; 22(2):117-24.
8. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. V Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Yakarta, 21-25 de julio, 1997. [monografía en Internet]. [citado 1 Abr 2010]. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf
9. Rincken S. Las condiciones de vida de la población inmigrante: retos metodológicos y procedimientos de medición. *Metodol. Encuestas*. 2003; 5(2): 151-69.
10. Adepoju A. Patterns of Migration in West Africa. En: Manuh T, Editor. *At Home in the World? International Migration and Development in Contemporary Ghana and West Africa*. Accra: Sub-Saharan Publishers; 2005.

11. Cebrián M. Los determinantes de los flujos migratorios internacionales: el caso español, 1995-2007. *Principios: Est. Econ. Pol.* 2009; 14: 49-68.
12. Gijón MT, Jiménez ML, Martínez E. El análisis de la literatura biomédica en España en clave de diversidad cultural y de género. *Empiria. Rev. Metodol. Cienc. Soc.* 2009; 17: 41-61.
13. Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C, Aguirre C. Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco. *Gac Sanit.* 2008; 22(5): 404-12.
14. Rodríguez E, Lanborena N, Pereda C, Rodríguez A. 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. *Rev Esp Salud Pública.* 2008; 82(3): 209-20.
15. Sanz B. Variables sociodemográficas, estilos de vida y salud autopercebida en la población inmigrante (comentario). *Gac Sanit.* 2008; 22(5): 413-4.
16. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerg Them Epidemiol.* 2006; 3:3.
17. Malmusi D, Jansá JM, del Vallado L. 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 Pública.* 2007; 81(4): 399-409.
18. Pardo G, Engel JL, Agudo S. Percepción de la salud en población inmigrante procedente de África subsahariana I. *Semergen.* 2006; 32(10):484-9.
19. Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. *Soc Sci Med.* 2003; 57(10): 1981-95.
20. Newbold KB. Self-rated within the Canadian immigrant population: risk and healthy immigrant effect. *Soc Sci Med.* 2005; 60(6): 1359-70.
21. Boadi KO, Kuitunen M. Environment, wealth, inequality and the burden of disease in the Accra metropolitan area, Ghana. *Int J Environ Health Res.* 2005; 15(3):193-206.

22. Martínez R. Baja renta y privación material de la población inmigrante en España. *Presupuesto y Gasto Público*. 2010; 61: 311-36.
23. Martínez R. La inserción socioeconómica de los inmigrantes en España. Un estudio basado en la Encuesta de Condiciones de Vida. Documento no publicado, Madrid, Universidad Rey Juan Carlos: 2009.
24. Martínez R, Navarro C. Pobreza y condiciones de vida. En: Ayala L, coordinador. *Desigualdad, pobreza y privación*. Colección FOESSA. Vol. 26. Madrid: Cáritas Española; 2009. p. 225-90.
25. Restrepo O. Immigration and etnosalud: Possibility of a differential model of health. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009; 27(1): 10-5.
26. Jones-Correa M. Different paths: gender, immigration and political participation. *Int Migr Rev*. 1988; 32(2): 326-49.
27. Kullgren JT. Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: the public health implications of welfare reform. *Am J Public Health*. 2003; 93(10): 1630-3.
28. Parkhurst JO, Penn-Kekana L, Blaauw D, Balabanova D, Danishevski A, Rahman SA, et al. Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison. *Health Policy*. 2005; 73(2): 127-38.
29. Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007; 17(5): 503-7.
30. Timmerman GM. Using self-care strategies to make lifestyle changes. *J Holist Nurs*. 1999; 17(2): 169-83.
31. Katherine LK, Farris N, Stoupa R, Agrawal S. Public and community health nursing interventions with vulnerable primary care clients: a pilot study. *J Community Health Nurs*. 2009; 26(2): 87-97.

32. Pullen C, Walker SN, Fiandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Fam Community Health*. 2001; 24(2): 49-72.
33. López Lázaro L. Inmigración, estado de salud y uso de servicios de atención primaria (comentario). *Aten Primaria*. 2008; 40(5): 232-3.
34. Soler-González J, Serna Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Caño J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria*. 2008; 40(5): 225-31.
35. Veredas S. Condiciones de vida y necesidades de la población inmigrante beneficiaria del programa Rainbow Iniciativa Comunitaria empleo integra-desfavorecidos en la Comunidad de Valencia. *Ofrim Suplementos*. 2000; 7: 189-207.
36. Parrilla Ruiz FM, Cárdenas Cruz DP, Vargas Ortega DA, Martínez Cabezas S, Díaz Castellanos MA, et al. Reflexiones de la asistencia sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias. *Med Fam (And)*. 2003; 4(3): 195-8.
37. Verrept H. The contribution of the intercultural mediator to the quality of the care for migrants. *Weltzijnsgids, Gezondheidszorg*: Bruselas; 1999. p. 97-117.
38. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000; 26(5): 314-8.
39. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Profile of the hospital case mix of the immigrant population in Barcelona, Spain. *Gac Sanit*. 2002; 16(5): 376-84.
40. Moreno-Preciado M. El cuidado del "otro". Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado. Barcelona: Bellaterra; 2008.
41. Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents. En: *Transcultural nursing*. New York: Mc Graw-Hill; 1995. p. 57-90.

42. Moreno-Preciado M, Martín T. Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores. *Cul Cuid.* 2003; 14(2): 44-8.
43. Moreno-Preciado M. La relación con el paciente inmigrante: Perspectivas investigadoras. *Index enferm.* 2005; 14(50): 25-9.
44. Ruiz SD, Torralbo E, Ortiz MA, del Pino MI, Artero C. Sociedad actual e inmigración: el reto de la enfermería humanista. *Cul Cuid.* 2006; 20(2): 76-82.
45. Saura-García C. Enfermería e inmigración. *Rev cuidar educ.* 2004; 7(1): 12-5.
46. Baraza MP, Lafuente N, Granados A. Atención de enfermería en población de origen extranjero [monografía en Internet]. Granada: Grupo ASANEC de Inmigración Biblioteca Lascasas; 2006. [citado 1 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0104.php>
47. Resolución de 26 de mayo de 2009, de la Secretaría de Estado de Investigación, por la que se aprueba la convocatoria, para el año 2009, del procedimiento de concesión de las ayudas de varios Subprogramas del Programa Nacional de Internacionalización de la I+D, dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (2008-2011). BOE núm. 134, de 3 de junio.
48. Decreto 86/2007, de 14 de abril, por el que se aprueba el Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (2007-2013). BOJA núm. 72, de 12 de abril.
49. Zarate RA. La gestión del cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* 2004; 13(44-45): 42-6.
50. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población [monografía en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2011. [citado 1 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/&file=inebase>
51. Bueno A, Guillén JF, García Martín M, Espigares E. Salud del adulto. En: Sierra A, Sáenz MC, Fernández-Crehuet J, editores. Piédrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* 11ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson. 2008. p. 976-91.

52. Spitzer W, Ronald J, Charron KC, Fletcher SW, Frappier-Davignon L, Goldbloom RR, et al. The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc J.* 1979; 121(9): 1193-254.
53. Sánchez A. Inmigración, necesidades y acceso a los servicios y recursos: los inmigrantes ucranianos en los procesos de inserción en la Comunidad Autónoma de Murcia [tesis doctoral]. Universidad de Murcia; 2007.
54. Armesto F. Los conquistadores del horizonte. Una historia mundial de la exploración. Madrid: Destino; 2006.
55. Dubos R. El delicado equilibrio entre el ser humano y la Naturaleza. *Rev Envío* [serie en Internet]. 1999; 212(11): [aprox. 3 p.]. [citado 12 Jul 2011] Disponible en: <http://www.envio.org.ni/articulo/978>
56. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. Madrid: Espasa- Calpe; 2007.
57. Leiva ML. La inmigración como factor de ruptura social en los países andinos. [tesis doctoral]. Universidad del Salvador. Buenos Aires; 2007.
58. Abu-Warda N. Las migraciones internacionales. El Islam en Europa hoy. *Rev. Cienc. Relig. Anejos XXI.* 2007: 33-50.
59. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las migraciones en el mundo en 2003. Ginebra: OMS; 2003.
60. Pinto da Cunha JM. Mobilidade Intrametropolitana: Questões Metodológicas para seu Estudo. En: *Distribución y Movilidad Territorial de la Población y Desarrollo Humano* [Reunión Científica]. San Carlos de Bariloche; 1994.
61. Malgesini G, Jiménez-Guía C. Guía de los conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid: Catarata- Comunidad de Madrid; 2000.
62. Mission Statement of the International Association for the Study of Forced Migration (IASFM). Oxford: IASFM; 1994.

63. Haug W. The Demography of Immigrant Populations in Europe. European Population Paper Series n° 38. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2002.
64. Argerey P, Estévez L, Fernández García M, Menéndez Sebastián E. El fenómeno de la inmigración en Europa. Perspectivas jurídicas y económicas. Madrid: Dykinson; 2005.
65. United Nations Statistics Division (UNSD). Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales. Informes Estadísticos [serie en Internet]. 1999; 58(1): [aprox. 104 p]. [citado 18 Jun 2011] Disponible en: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58rev1S.pdf
66. Borge D. Migración y políticas públicas: Elementos a considerar para la Administración de la Migración entre Nicaragua y Costa Rica. San José: UCR; 2006.
67. Argerey P. El impacto económico de la Inmigración Europea: estudio de un caso particular: España [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2005.
68. Cea D'Ancona MA. La compleja detección del racismo y la xenofobia a través de encuesta: Un paso adelante en su medición. Rev. Esp. Invest. Sociol. 2009; 125: 13-46.
69. Moya M, Puertas S. Estereotipos, Inmigración y Trabajo. Pap. Psicol. 2008; 29(1); 6-15.
70. Arango J. Las migraciones internacionales en un mundo globalizado. Inmigración en Canarias: contexto, tendencias y retos. 2007: 11-22.
71. Godenau D. Inmigración y mercado de trabajo: una relación interactiva y dinámica. Inmigración en Canarias: contexto, tendencias y retos. 2007: 91-106.
72. Díaz RF. Caracterización de los movimientos migratorios en la era de la globalización: Canarias como territorio de destino y de tránsito. Inmigración en Canarias: contexto, tendencias y retos. 2007: 59-78.

73. Organización de Naciones Unidas. El estado sobre la salud mundial 2006 [monografía en Internet]. Ginebra: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2006. [citado 26 Ene 2010]. Disponible en: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/652_filename_sowp06-sp.pdf
74. Arango J. El “sur” en el sistema migratorio europeo. Evolución reciente y perspectivas. *Polít. Soc.* 1993; 12: 7-20.
75. Timur S. Cambios de tendencia y problemas fundamentales de la inmigración internacional: una perspectiva general de los programas de la UNESCO. *Rev. Inter. Ciencias Sociales*, 2000; 165: 2.
76. Schnapper D. L'Europe des immigrés. Essai sur les politiques d'immigration. Paris: F. Bourin; 1993.
77. Lunz G. Un mercado (mundial) muchos mundos. En Haba Morales J, editor. *Extranjeros en el paraíso*. Barcelona: Virus; 1994.
78. Malgesini G. Cruzando fronteras. Migraciones en el Sistema Mundial. Barcelona: Icaria, Fundación Hogar del Empleado; 1998.
79. Parlamento Europeo: Fichas técnicas. El Espacio Económico Europeo [monografía en Internet]; 2007. [citado 20 Jul 2011]. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/factsheets/6_3_2_es.htm
80. European Commission. Eurostat 2008. Population and social conditions [monografía en Internet]; 2008. [citado 20 Jul 2011]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-QA-08-049/EN/KS-QA-08-049-EN.PDF
81. Commission of the European Communities. Regions 2020. Demographic challenges for European Regions [monografía en Internet]. Brussels; 2008. [citado 20 Jul 2011]. Disponible en: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/working/regions2020/pdf/regions2020_demographic.pdf

82. United Nations- Population Division International Migrant Stock: The 2008 Revision Population Database [monografía en Internet]; 2008. [citado 30 Jul 2011]. Disponible en: <http://esa.un.org/migration/>
83. European Commission. Eurostat 2010. European statistics [monografía en Internet]; Brussels; 2010. [citado 20 Jul 2011]. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
84. López D. La Inmigración en España a fines del siglo XX. Los que vienen a trabajar y los que vienen a descansar. Rev. Esp. Invest. Sociol. 1995; 71/72: 225-45.
85. Sánchez-Albornoz, N. (comp.). Españoles hacia América. La emigración en masa, 1880-1930. Madrid: Alianza; 1988.
86. Izquierdo A. La inmigración en España, 1900-1990. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1992.
87. Díez J, Ramírez MJ. La inmigración en España: una década de investigaciones. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios; 2001.
88. Cabré A, Domingo A, Menacho T. Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX. En: Pimentel M, coordinador. Mediterráneo Económico, 1, Monográfico: Procesos Migratorios, economía y personas. Almería: Caja Rural Intermediterránea, Cajamar y Centre d'Estudis Demogràfics; 2002. p. 121-38.
89. Instituto Nacional de Estadística (INE). España en cifras 2010 [monografía en Internet]. Madrid: Mundi Prensa libros; 2011. [citado 27 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es>
90. Cebrián A. Cambio inmigratorio en la Comunidad de Murcia y nuevo reparto territorial de la corriente africana a la iberoamericana. Pap. Geogr. 2003; 37: 41-53.
91. Izquierdo A. La inmigración inesperada. La población extranjera en España (1991-1995). Madrid: Trotta; 1996.

92. González A, Moreno FJ. Políticas sanitarias dirigidas a minorías étnicas y extranjeras en Gran Bretaña, Francia y España. *Documentación Social*. 2002; 127: 207-25.
93. Cohen A. Las categorías estadísticas de la inmigración: acotaciones al debate francés. *Ería*. 2003; 60: 5-15.
94. Urdiales ME. Disección de la inmigración en España en base al padrón municipal de 2007. *Biblio 3w. Rev. Biblio. Geogra. y C. Sociales*. 2007; 762(7): 20.
95. Instituto Nacional de Estadística (INE). Avance del padrón municipal a 1 de enero de 2011. Datos provisionales. Nota de prensa. [citado 4 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np648.pdf>
96. Ministerio de Trabajo e Inmigración (MTIN). Extranjeros residentes en España con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor 2º Trimestre de 2011. Principales Resultados. [monografía en Internet]; 2011. [citado 16 noviembre 2011]. Disponible en: http://extranjeros.mtin.es/es/InformacionEstadistica/Informes/Extranjeros30Junio2011/Archivos/Principales_Resultados_30062011.pdf
97. Arango J. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. En: Leal J, editor. Informe sobre la situación demográfica en España 2004. Madrid: Fundación Fernando Abril Martorell; 2004. p. 161-86.
98. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI). Anuario estadístico de inmigración 2008. [monografía en Internet]; 2008. [citado 31 Ene 2010]. Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/InformacionEstadistica/Anuarios/Anuario2008.html>
99. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Boletín de Estadísticas Laborales 2009. [monografía en Internet]; 2009. [citado 31 Ene 2010]. Disponible en: <http://www.mtin.es/estadisticas/bel/welcome.htm>

100. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Extranjeros residentes en España en 2011. [monografía en Internet]; 2011. [citado 2 Nov 2011]. Disponible en: http://extranjeros.mtin.es/es/Estadisticas/operaciones/concertificado/201109/Principales_Resultados_30092011.pdf
101. Instituto Nacional de Estadística (INE). España en cifras 2005 [monografía en Internet]. Madrid: Mundi Prensa libros; 2005. [citado 27 Ago 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es>
102. Bruquetas M, Moreno FJ. Inmigración: España sale ganando. El País. 23 May 2011; Secc. Tribuna.
103. Price Waterhouse Coopers. Estudio sobre el coste adicional de la extensión de la cobertura de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los Extranjeros. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1999.
104. El País. Los inmigrantes pagan 900.000 pensiones. El País. 28 Feb 2008; Secc. Redacción.
105. Constitución Española de 1978. Título I, Artículo 13. [citado 1 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=10&fin=55&tipo=2>
106. Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. BOE núm. 158, de 3 de julio.
107. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE núm. 10, de 12 de enero.
108. Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre que reforma la Ley de Extranjería (4/2000). BOE núm. 307, de 23 de diciembre.
109. Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE núm. 130, de 1 de junio.

110. Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de la Unión Europea. BOE núm. 51, de 28 de febrero.
111. Instituto Nacional de Estadística (INE). Resultados detallados: serie 2002-2012. Estimaciones de la población actual (Flujos migratorios estimados) [monografía en Internet]; 2012. [citado 31 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=EPOB&his=0&type=db>
112. Sánchez García AI. Los usos del espacio urbano y el proceso de integración de la mujer inmigrante. Scr. Nova. Rev. Electrón. Geogr. Cienc. Soc. 2001; 94(101): 1-9.
113. Padrón Municipal de Habitantes. Servicio de Estadística. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla; 2009.
114. United Nations (UN). World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database [monografía en Internet]. New York: UN; 2009. [citado 30 Nov 2010]. Disponible en: <http://esa.un.org/wpp/sources/country.aspx>
115. Martínez Buján R. La reciente inmigración latinoamericana a España. Serie Población y Desarrollo 40. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población; 2003.
116. Izquierdo A, López D. The favourites of the twenty-first Century: Latin American immigration in Spain. Studi Emigrazione. 2003; 149: 98-124.
117. Díaz Parra I. Segregation and distribution of foreign immigrant population in Seville (2000-2008). Estud. Geogr./Madrid; 2010; 268(71): 103-28.
118. Baum F La nueva salud: una perspectiva australiana. Melbourne: Oxford University Press; 1998.
119. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11ª ed. Barcelona: Masson; 2008.

120. Cea D'Ancona MA, Valles M. Nuevos-viejos discursos ante la inmigración y su reflejo vivencial de racismo, xenofobia y xenofilia en la España inmigrante. *Migr.* 2008; 23: 237-77.
121. Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Masson; 2008.
122. Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson; 2003.
123. Oblitas L. 20 enfoques psicoterapéuticos contemporáneos. Bogotá: PSICOM; 2004.
124. Oblitas L. Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá: PSICOM; 2004.
125. Organización Mundial de la Salud (OMS). Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y salud. Ginebra: OMS; 2001.
126. Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. *Arch Environ Health.* 1966; 12(2): 246-66.
127. Macpherson DW, Gushulak BD, Macdonald L. Health and foreign policy: influences of migration and population mobility. *Bull World Health Organ.* 2007; 85(3): 200-6.
128. World Health Organization (WHO). Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series; No. 6). Copenhagen: World health Organization; 1999.
129. Aerny N, Ramasco M, Cruz JL, Rodríguez C, Garabato S, Rodríguez A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit.* 2010; 24(2): 136-44.
130. Ramasco M, Palanca I. Sistema sanitario ante la diversidad sociocultural en la ciudad de Madrid. *Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid.* 2006; 2: 377-85.

131. Berra S, Eloraza 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 [monografía en Internet]; 2004. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401ca.pdf>
132. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, de Andrés AL, de Miguel AG. Significant differences in the use of health care resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*. 2009; 9: 201-13.
133. Catalano R. Health, medical care, and economic crisis. *N Engl J Med*. 2009; 360(8): 749- 51.
134. Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit*. 2009; 23(4): 261-5.
135. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009; 374(9686): 315-23.
136. Hernández-Quevedo C, Jiménez- Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med*. 2009; 69(3): 370-8.
137. Regidor E, Díaz Olalla JM, Lostao L, Pascual C, Sánchez E, Sanz B. Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española [monografía en Internet]. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2008. [citado 22 Sept 2011]. Disponible en: <http://www.fcs.es/publicaciones/diferencias>
138. Buron A, Cots F, García O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 51-61.

139. Uiters E, Deville WL, Foets M, Groenewegen PP. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ?. *Eur J Public Health*. 2006; 16(4): 388-93.
140. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55(10): 701-7.
141. 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 Community Health*. 1998; 52(5): 298-304.
142. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saver BG. Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: findings from a national sample. *Med Care*. 2002; 40(1): 52-9.
143. Haas JS, Phillips KA, Sonneborn D, McCulloch CE, Baker LC, Kaplan CP, et al. Variation in access to health care for different racial/ethnic groups by the racial/ethnic composition of an individual's country of residence. *Med Care*. 2004; 42(7): 707-14.
144. Quan H, Fong A, De Coster C, Wang J, Musto R, Noseworthy TW, et al. Variation in health services utilization among ethnic populations. *CMAJ*. 2006; 174(6): 787-91.
145. Sproston KA, Pitson LB, Walker E. The use of primary care services by the Chinese population living in England: examining inequalities. *Ethn Health*. 2001; 6(3-4): 189-96.
146. Lassetter JH, Callister LC. The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies: a review of the literature. *J Transcult Nurs*. 2009; 20(1): 93-104.
147. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. España [monografía en Internet]. Madrid: MSC; 2006. [citado 1 Sept 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/microdatos/frmListadoMicrodatos.jsp>

148. Junyent M, Núñez S, Miró O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. *An Sist Sanit Navarra*. 2006; 29(Suppl 1): S27-34.
149. Pajares M. La inserción laboral de la población inmigrada. En: Aja E, Nadal M editores. *La inmigració a Catalunya avui*. Anuari 2003. Barcelona: Mediterrània i Fundació Jaume Bofill; 2004. p. 213-46.
150. Izquierdo A, Carrasco C. Inmigración, mercado de trabajo y protección social en España. Madrid: Consejo Económico y Social; 2003.
151. Martínez Veiga U. Trabajadores invisibles. Precariedad, rotación y pobreza de la inmigración en España. Madrid: Catarata; 2004.
152. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Telephone versus face-to-face household interviews in the assessment of health behaviors and preventive practices. *Gac Sanit*. 2004; 18(6): 440-50.
153. Hyman I. Immigration and health. Health Policy Working Paper Series n° 01-05. Ottawa: Health Canada; 2001.
154. Leclere FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *J Health Soc Behav*. 1994; 35(4): 370-84.
155. Ramos M, García R, Prieto M, March J. Problems and proposals for improvement in the health care of economic immigrants. *Gac Sanit*. 2001; 15(4): 320-6.
156. Esteban y Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes “sin papeles” en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria*. 2001; 27(1): 25-8.
157. Sánchez García R, Soto García M, Pérez Villaverde N, Alonso Moreno FJ, de Castro Mesa C, García Bajo MC. Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del Área de Salud de Toledo. *Semergen*. 2005; 31(9): 408-12.

158. Baker BJ, Armelagus GJ. The origin and antiquity of syphilis: paleopathological diagnosis and interpretation. *Curr Anthropol*. 1988; 29(5): 703-38.
159. Bates JH, Stead WW. The history of tuberculosis as a global epidemic. *Med Clin North Am*. 1993; 77(6): 1205-17.
160. Roca C, Balanzó X, Fernández-Roure JL, Sauca G, Savall R, Gascón J, et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2002; 119(16): 616-9.
161. Velasco M, Morote S, Aramburu C, Quintó L, Corachán M, Gascón J. Riesgo del comportamiento sexual de los viajeros españoles al extranjero. *Med Clin (Barc)*. 2001; 116(16): 612-3.
162. Rieder HL. Risk of travel-associated tuberculosis. *Clin Infect Dis*. 2001; 33(8): 1393-6.
163. Gascón J, Torres JM, Luburich P, Ayuso JR, Xaubet A, Corachán M. Imported histoplasmosis in Spain. *J Travel Med*. 2000; 7(2): 89-91.
164. Carballo M, Nerukar A. Migration, refugees and health risks. *Emerg Infect Dis*. 2001; 7(Suppl 3): S556-60.
165. Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003; 21(10): 535-9.
166. Heldal E, Dahle UR, Sandven P, Caugant DA, Brattaas N, Waaler HT, et al. Risk factors for recent transmission of *Mycobacterium tuberculosis*. *Eur Respir J*. 2003; 22(4): 637-42.
167. López-Vélez R, Huerga H, Turrientes MC. Infectious diseases in immigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit. *Am J Trop Med Hyg*. 2003; 69(1): 115-21.
168. Llácer A, del Amo J, Castillo S, Belza M. Salud e inmigración; a propósito del Sida. *Gac Sanit*. 2001; 15(3): 197-9.

169. Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de casos de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2008 [monografía en Internet]. Madrid: MSPS-ISCIII; 2009. [citado 1 Dic 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/HIVPrev alenceEPIVIH2000_2008.pdf
170. Constitución Española de 1978. Título I, Artículo 43. [citado 3 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=10&fin=55&tipo=2>
171. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril.
172. Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. BOJA núm. 41, de 10 de mayo.
173. Consejería de Salud. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 [monografía en Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003. [citado 22 Dic 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_CalidadAsistencial
174. Dingwall R. An introduction to the social history of nursing. London: Routledge; 1988.
175. Fawcet J. The state of nursing science: hallmarks of the 20th and 21st centuries. Nurs Sci Q. 1999; 12(4): 311-5.
176. Amaro MC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer. 2004; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000300009&script=sci_arttext
177. Kérouac S, Pepin J, Ducharme A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A; 1996.
178. Orem D. Nursing: concepts of practice. 4ª ed. Saint Louis: Mosby; 1991. p. 67-73.

179. López AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest Educ Enferm.* 2006; (24)2: 90-100.
180. Orem D. The form of nursing science. *Nurs Sci Q.* 1998; 1(2): 75-9.
181. Mckenna G. Unique theory--is it essential in the development of a science of nursing?. *Nurse Educ Today.* 1993; 13(2): 121-7.
182. Meleis AJ. La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. En: *Memorias del 7 Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*; 2000 Oct. 9-12; Bogotá: ACOFAEN; 2000. p. 86-94.
183. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs.* 2002; 13(3): 189-92.
184. Stevenhagen R. La cultura y la creación intelectual. En: Ruiz Z, editor. *Efectos políticos y culturales del desplazamiento por causa de la violencia en las relaciones internas de la familia.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. p. 131.
185. Díaz M. El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. p.1.
186. Duque C. Enfermería y Cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. *Actual Enferm.* 2002; 5(2): 12-6.
187. Jeffreys MR. *Teaching cultural competence in nursing and health care: inquiry, action and innovation.* New York: Springer Publishing; 2006.
188. Jeffeys MR. *Cultural competence education resource toolkit.* New York: Springer Publishing; 2010.
189. Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competente. *J Transcult Nurs.* 2002; 13(3): 193-6.
190. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorilla B. Reproducibility of a telephone questionnaire on risk factors associated with behavior and preventive practice. *Gac Sanit.* 2004; 18(2): 118-28.

191. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de Investigación clínica y epidemiología. Madrid: Elsevier; 2004.
192. Kish L. Survey Sampling. New York (NY): Wiley-Interscience; 1995. p. 35-69.
193. Prieto G y Delgado AR. Fiabilidad y validez. Pap. Psicól. 2010; 31(1): 67-74.
194. González JR, Lomas MM, García J, Pascualvaca J, Guardado MJ, Muñoz B, et al. Conductas de salud en inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito Macarena de Sevilla (España). Invest Educ Enferm. 2010; 28(3): 384-95.
195. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [monografía en Internet]; 2008. [citado 15 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>
196. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre.
197. Williams KP, Mabiso A, Todem D, Hammad A, Hill-Ashford Y, Hamade H, et al. Differences in knowledge of breast cancer screening among African American, Arab American, and Latina women. Prev Chronic Dis. 2011; 8(1): A20.
198. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en población adulta de la Comunidad de Madrid, 2001. Bol. epidemiol. Comunidad Madrid. 2002; 8: 3-34.
199. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance of certain health behaviors among states and selected local areas - Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States. MMWR Surveill Summ. 2010; 59(10): 1-221.
200. Bisquerra Alzina R. Introducción conceptual al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, LISREL y SPAD. Barcelona: P.P.U., S.A.; 1989.
201. Almoguera MP. Latinoamericanos en España: estudio comparativo de la diáspora migratoria hacia Andalucía Oriental. El reino de Granada y el Nuevo Mundo: V Congreso Internacional de Historia de América. Granada: Diputación Provincial de Granada; 1994. p. 145-66.

202. García A, Jiménez B y Redondo A. Latin-American immigration in Spain in the 21st Century. *Inves Geográficas*. UNAM. 2009; 70: 55-70.
203. Gómez Fayrén J, Bel C. Inmigración extranjera en España y su incidencia territorial. *Pap. Geogr.* 2000; 31: 69-79.
204. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Informe trimestral. Extranjeros residentes en España. Principales resultados 2011. Nota de prensa. [citado 2 Ene 2012]. Disponible en: http://extranjeros.meys.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/201109/NOTA_PRENSA_PR_30-09-2011.pdf
205. García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit.* 2009; 23(Suppl 1): S38-46.
206. Almoguera MP, López E, Miranda J y del Valle C. Análisis y evolución de la comunidad ecuatoriana en Sevilla: integración espacial y socioeconómica. *Cuad. Geogr. Univ. Granada.* 2007; 2(41): 133-48.
207. Vicente Torrado T. La inmigración latinoamericana en España. Mexico City: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Organización de las Naciones Unidas; 2006.
208. Piore MJ, Sabel CF, Rabasco ME, Toharia L. La segunda ruptura industrial. Madrid: Alianza; 1990.
209. Rodríguez V. Inmigración, formación y empleo en la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Economía y Geografía. Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC); 2005.
210. Rodríguez V, Marcu S. Mercado de trabajo y formación entre inmigrantes latinoamericanos en la Comunidad de Madrid. *Rev. Indias.* 2009; 69: 225-52.
211. Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders?. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1998; 53(3): 144-52.

212. Han B, Small BJ, Haley WE. The effects of race, gender, and education on the structure of self-rated health among community-dwelling older adults. *Ann NY Acad Sci.* 1999; 896: 442-7.
213. Cooper H. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Soc Sci Med.* 2002; 54(5): 693-706.
214. Williams DR. Racial/ethnic variations in women's health: the social embeddedness of health. *Am J Public Health.* 2002; 92(4): 588-97.
215. Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S, Kazanjian A. Integrating Ethnicity and Migration as Determinants of Canadian Women's Health. *BMC Womens Health.* 2004; 4(Suppl 1): S32.
216. Gobierno Vasco. Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2002. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2004.
217. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV, editores. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. *Gac Sanit.* 2004; 18 (Suppl 1): S158-67.
218. Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008; 22(Suppl 1): S86-95.
219. Syed HR, Dalgard OS, Hussain A, Dalen I, Claussen B, Ahlberg NL. Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *Int J Equity Health.* 2006; 5: 7.
220. Shetterly S, Baxter J, Mason LD, Hamman RF. Self-rated health among Hispanic vs non-Hispanic white adults: the San Luis Valley Health and Aging Study. *Am J Public Health.* 1996; 86(12): 1798-801.
221. Redondo A. Percepción y autovaloración de la salud entre las mujeres de la Comunidad de Madrid. *An. Geogr. Univ. Complut.* 2002; (Extra): 423-30.

222. Sundquist J. Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 south European labour migrants and 841 Swedish controls. *Soc Sci Med.* 1995; 40(6): 777-87.
223. Aerny N, Esteban-Vasallo M, Rodríguez Laso M, Ramasco JL, Cruz JL, Garabato S. El efecto del origen y el tiempo de residencia en España en la salud de los inmigrantes en Madrid. *Gac Sanit.* 2011; 25(Espec Congr 2): 178.
224. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc).* 2003; 120(16): 608-12.
225. Hovey JD. *Mental Health and Substance Abuse. Program for the study of immigration and mental health.* Toledo: The University of Toledo; 2001.
226. Gutiérrez JQ, Clavel M. *Emigrantes, inmigrantes y estrés.* Madrid: Intersalud; 2005.
227. Juárez S, Díaz Olalla JM. Desigualdades en salud mental en la población extranjera en Madrid. Aspectos metodológicos de medida. *Gac Sanit.* 2011; 25(Espec Congr 2): 181.
228. Golding JM, Burnam MA. Stress and social support as predictors of depressive symptoms in Mexican Americans and non-Hispanic Whites. *J Sci Clin Psych.* 1990; 9(2): 268-86.
229. Romero GJ, Castro F, Cervantes RC. Latinas without work; family, occupational, and economic stress following unemployment. *Psychology of Women Quarterly.* 1988; 12: 281-97
230. Sandhu DS, Portes PR, McPhee SA. Assessing cultural adaptation: Psychometric properties of the Cultural Adaptation Pain Scale. *J Multicult Counsel Dev.* 1996; 24(1): 15-25.

231. López Nicolás A, Ramos JM. Utilización de los servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit.* 2009; 23(Suppl 1): S12-8.
232. Calvo R. Utilización de los servicios sanitarios en los inmigrantes del Área 7. II Congreso de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria. *Trib Sanitaria.* 2006; 197: 4-7.
233. Perron NJ, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Fam Pract.* 2003; 20(4): 428-33.
234. Cheik WB, Abad JM, Arribas F, Andrés E, Rabaneque MJ. Utilización de los hospitales públicos por la población extranjera en Aragón (2004-2007). *Gac Sanit.* 2011; 25(4): 314-21.
235. Valles Fernández MN, Gutiérrez Cillan V, Luquin Ajuria AM, Martín Gil MA, López de Castro F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Primaria.* 1998; 22(8): 481-5.
236. Neufeld A, Harrison MJ, Hughes KD, Spitzer D, Stewart MJ. Participation of immigrant women family caregivers in qualitative research. *West J Nurs Res.* 2001; 23(6): 575-91.
237. Rodríguez Pérez M, Abreu A, Barquero A, León R. Cuidadores de ancianos dependientes. *Cuidar y ser cuidados. Nurs.* 2006; 24(1): 58-70.
238. Zaguire Altuna A. Los procesos migratorios. Alternativas al discurso dominante. Madrid: Fundación Alternativas; 2004.
239. Bathum ME y Baumann LC. A sense of community among immigrant Latinas. *Fam Community Health.* 2007; 30(3): 167-77.
240. Observatorio Vasco de la Inmigración. Percepciones, valores y actitudes de la sociedad vasca hacia la inmigración extranjera, 2008. Bilbao: IKUSPEGI; 2008.
241. Abizanda F, Pinos M. La inmigración en Aragón. Zaragoza: Seminario de Investigación para la Paz, Cortes de Aragón; 2002.

242. Gómez JD. La emigración latinoamericana: contexto global y asentamiento en España. *Acciones Invest. Soc.* 2005; 21: 157-84.
243. Gil-González D, Vives-Cases C, Borrell C, Agudelo A, Davó MC, Miralles J, et al. Racismo, discriminación y efectos en la salud. *Gac Sanit.* 2011; 25(Espec Congr 2): 182.
244. Ayala GX, Lorendo J, Arredondo E, Patrick K, Elder JP. Examining the importance of sleep in a U.S.-Mexico border community. *J Lat Med Behav.* 2012; 2(1): 33-41.
245. González Solanellas M, Puig M, Romagosa A, Casellas C, Grau M, Seguro H, et al. Patrones alimenticios y valoración del estado nutricional en población adulta atendida en la Atención Primaria. *Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.* 2009; 27: 1-10.
246. Camacho JM, Comas D. El ocio y los jóvenes inmigrantes. *Estudios de Juventud.* 2003; 60: 63-88.
247. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar.* 2006; 29(Suppl 1): S9-25.
248. García Ferrando M. Posmodernidad y Deporte: entre la Individualización y la Masificación. Encuesta hábitos deportivos de los españoles, 2005. Madrid: Consejo Superior de Deportes y Centro de Investigaciones Sociológicas; 2006.
249. Jiménez PJ, Durán J, Domínguez S. Hábitos deportivos de la población inmigrante de habla hispana en la Comunidad de Madrid. En: Durán J, director. *Actividad Física, Deporte e Inmigración. El Reto de la Interculturalidad.* Madrid: Dirección General de Deportes de la Comunidad de Madrid; 2009.
250. Forodeporte. La práctica deportiva de la población inmigrante en los municipios de menos de 20.000 habitantes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Deportes de la Consejería de Cultura y Deportes de la Comunidad de Madrid; 2004: 4.

251. Nielsen-Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Hábitos alimentarios de los inmigrantes en España. Actualización 2007. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación; 2007.
252. Vilaplana M. Alimentación y fenómeno inmigratorio: Nuevos hábitos nutricionales y de consumo. *Offarm*. 2008; 27(6): 90-3.
253. Larson DE, Hunter GR, Williams MJ, Kekes-Szabo T, Nyidos I, Goran MI. Dietary fat in relation to body fat and intraabdominal adipose tissue: a cross-sectional analysis. *Am J Clin Nutr*. 1996; 64(5): 677-84.
254. Dirección General de Salud Pública. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 1998. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Servicio de epidemiología; 1998.
255. Ávila-Torres JM, Cuadrado-Vives C, del Pozo S, Ruiz-Moreno E, Moreiras-Tuny O. Evaluación de los patrones de consumo alimentario y factores relacionados en grupos de población emergentes- Inmigrantes. Madrid: Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino; 2009.
256. Nasreddine L, Hwalla N, Sibai A, Hamzé M, Parent-Massin D. Food consumption patterns in an adult urban population in Beirut, Lebanon. *Public Health Nutr*. 2006; 9(2): 194-203.
257. Ribas-Barba L, Serra-Majem L, Salvador G, Castell C, Cabezas C, Salleras L, et al. Trends in dietary habits and food consumption in Catalonia, Spain (1992-2003). *Public Health Nutr*. 2007; 10(11A): 1340-53.
258. Tur JA, Romaguera D, Pons A. Food consumption patterns in a mediterranean region: does the mediterranean diet still exist?. *Ann Nutr Metab*. 2004; 48(3): 193-201.
259. Durá Trave T. Ingesta de leche y derivados lácteos en la población universitaria. *Nutr Hosp*. 2008; 23(2): 89-94.
260. Ngo de la Cruz J. Alimentación en otras culturas y dietas no convencionales. En: Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria, editor. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 355-67.

261. Agudelo-Suárez AE, Ronda-Pérez, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, García-Benavides F, et al. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). *Gac Sanit.* 2009; 23(Suppl 1): S115-21.
262. Tortajada S, Valderrama JC, Castellano M, Llorens N, Agulló V, Herzog B, et al. Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema.* 2008; 20(3): 403-7.
263. Conde F, Herranz D. Los procesos de integración de los inmigrantes. Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia. Madrid: Fundación CREFAT; 2004.
264. Organización Mundial de la Salud (OMS). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen. Génova: OMS; 2004.
265. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Primer Estudio Comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años. Lima: ONUD; 2008.
266. Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas. Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión [monografía en Internet]. Washington: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD); 2008. [citado 1 Jun 2010]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Research/comparativo_subregional-2008-06.pdf
267. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Situación actual del tabaquismo en España (2005-2010). *Prev Tab.* 2010; 12(Suppl 1): S27-33.
268. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, Gil de Miguel A. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2008; 17(2):193-9.
269. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Sociodemographic factors related to selfmedication in Spain. *Eur J Epidemiol.* 2000; 16(1):19-26.

270. Jiménez Rubio D, Hernández Quevedo C. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gac Sanit.* 2010; 24(2): 116-8.
271. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Miguel A. Los patrones de uso de medicamentos en la población residente de inmigrantes en España: factores asociados. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009; 18(8): 743-50.
272. Céspedes A, Larson E. Knowledge, attitudes, and practices regarding antibiotic use among Latinos in the United States: review and recommendations. *Am J Infect Control.* 2006; 34(8): 495-502.
273. Alfonso T. El rol del farmacéutico en automedicación. *Uso de medicamentos: Análisis desde la experiencia en España.* *Phamr Care Esp.* 1999; 1(2): 157-64.
274. Salar L. Estudio de la demanda de antibióticos sin receta en la oficina de farmacia. *Papel del farmacéutico en la automedicación con antibióticos [tesis doctoral].* Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia; 2006.
275. Singh GK, Siahpush M. All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. *Am J Public Health.* 2001; 91(3): 392-9.
276. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med.* 2000; 51(11): 1573-93.
277. Kandula NR, Kersey M, Lurie N. Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. *Annu Rev Public Health.* 2004; 25: 357-76.
278. Vázquez Vela V, Faus Dáder MJ, Guerrero JE. Determinación de las necesidades en atención farmacéutica de los inmigrantes del Campo de Gibraltar [carta de investigación]. *Aten Primaria.* 2006; 38(9): 528.
279. Delva J, Wallace JM Jr, O'Malley PM, Bachman JG, Johnston LD, Schulenberg JE. The epidemiology of alcohol, marijuana and cocaine use among Mexican American, Puerto Rican, Cuban American, and other Latin American eighth-grade students in the United States: 1991-2002. *Am J Public Health.* 2005; 95(4): 696-702.

280. Hjern A, Allebeck P. Alcohol-related disorders in first- and second-generation immigrants in Sweden: a national cohort study. *Addiction*. 2004; 99(2): 229-36.
281. Johnson TP, Van Geest JB, Cho YI. Migration and substance use: Evidence from the U.S. National Health Interview Survey. *Subst Use Misuse*. 2002; 37(8-10): 941-72.
282. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas [monografía en Internet]. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2004. [citado 1 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>
283. Costa IA, Villar MA. Uso de sustancias psicoactivas, un nuevo reto de edad. *Rev. lat.-am. enferm.* 2004; 12(Spec): 295-6.
284. Ríos E, Ferrer L, Casabona J, Caylá J, Avecilla A, Gómez i Prat J, et al. Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gac Sanit.* 2009; 23(6): 533-8.
285. Bermúdez MP, Castro A, Madrid J, Buela G. Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 2010; 10(1): 89-103.
286. Hernando V, Álvarez MC, Arriola L, Arroyo S, Ballester E, Bermúdez P. Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Centro Nacional de Epidemiología, Ministerio de Sanidad y Consumo.* 2005; 13(4): 37-40.
287. Gimeno Feliu LA, Fernández de Alarcón I, Pérez E, Peñalva D, Ruiz-Jiménez JL, Martín E. Examen de salud a inmigrantes en Atención Primaria. *Enf Emerg.* 2006; 8(1): 40-7.
288. Langer A, Nigenda G. Salud Sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y Caribe: Desafíos y Oportunidades. México: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Population Council e Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); 2000.

289. Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004; 18(Suppl 1): S207-13.
290. Postigo C. Enfermedades de transmisión sexual e inmigración en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98(8): 513-7.
291. Lazarus JV, Himedan HM, Ostergaards LR, Liljestrand J. HIV/AIDS knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark. *Scand J Public Health.* 2006; 34(1): 92-9.
292. Navarro J, Bernal P. Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. *Vac. Invest. Pract.* 2001; 2(3): 110-7.
293. Olivan Gonzalvo G. Menores extranjeros en el sistema de protección de la Comunidad de Aragón (España). *An Pediatr (Barc).* 2004; 60(1): 35-41.
294. Alcaide Megías J, Altet Gómez MN, de Souza Galvao ML, Jiménez Fuentes MA, Milà Auge C, Solsona Peiró J. Búsqueda activa de tuberculosis en inmigrantes en Barcelona. *Arch Bronconeumol.* 2004; 40(10): 453-8.
295. Pérez Arellano JL, Sáenz Peláez O. Tratamiento de la infección tuberculosa en inmigrantes. Igual que en autóctonos. *Enf Emerg.* 2005; 7: 201-3.
296. López-Vélez R. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tuberculosa latente como estrategia para el control de la tuberculosis en inmigrantes. *Enf Emerg.* 2005; 7: 203-5.
297. Benítez Robredo T, Llerena Achutegui P, López Giménez R, Brugera Moreno C, Lasheras Lozano L. Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes. *An Pediatr (Barc).* 2004; 60(1): 9-15.
298. Muñoz E, Nebot M, Minguell D, Rovira G. Cobertura vacunal en población inmigrada en Barcelona. *Med Clin (Barc).* 2003; 121(19): 759.
299. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). América Latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. 1950-2050. *Boletín demográfico.* 2004; 73.

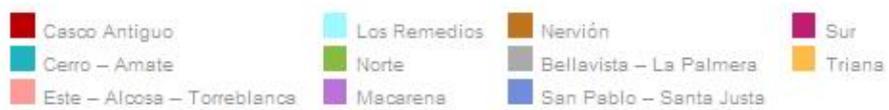
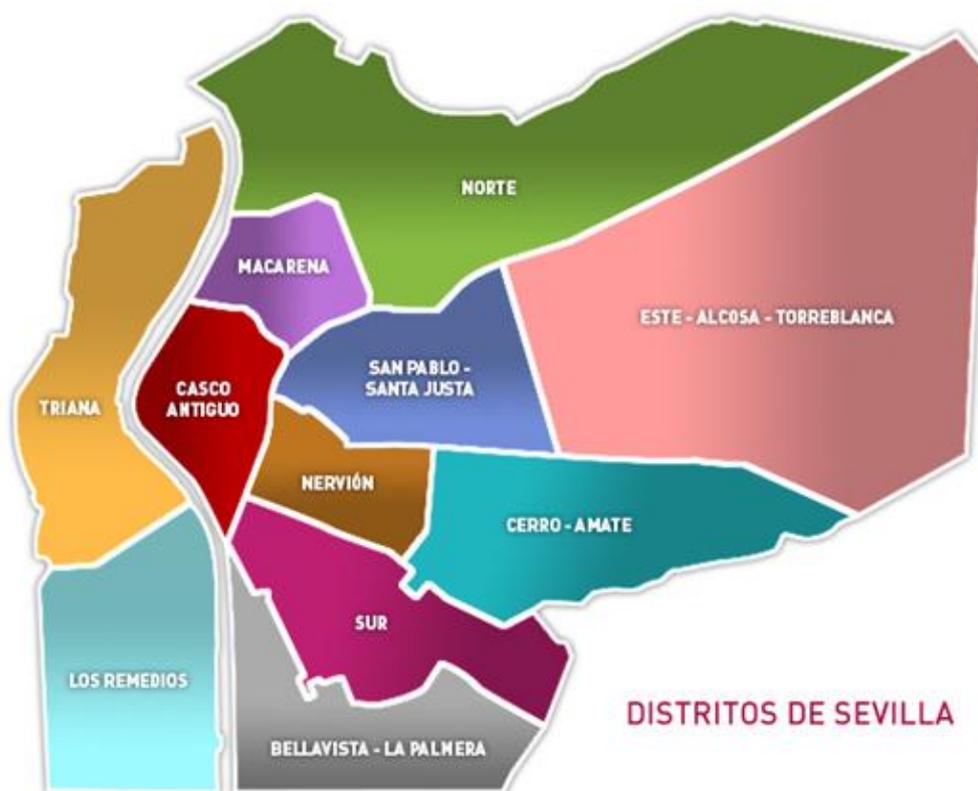
300. Álvarez F. Cambios en la familia y en el mercado de trabajo. En: Gaitán L, editor. Demografía y cambio. Medicina Social. Madrid: Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid; 2001. p. 73-90.
301. Lora-Tamayo G. Evolución reciente y perfil de la población extranjera en Madrid. Migr. 2003; 13: 7-59.
302. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. [citado 6 Dic 2011]. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2010.pdf
303. Shah IH, Ahman E. Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. Reprod Health Matters. 2004; 12(Suppl 24): S9-17.
304. Stein AD, Lederman RI, Shea S. Reproducibility of the women's module of the Behavioral Risk Factor Surveillance System questionnaire. Ann Epidemiol. 1996; 6(1): 47-52.
305. Vacek PM, Mickey RM, Worden JK. Reliability of self-reported breast screening information in a survey of lower income women. Prev Med. 1997; 26(3): 287-91.
306. Brownson RC, Jackson-Thompson J, Wilkerson JC, Kiani F. Reliability of information on chronic disease risk factors collected in the Missouri Behavioral Risk Factor Surveillance System. Epidemiology. 1994; 5(5): 545-9.
307. Santos Arrontes D, Páez Borda A, Luján Galán M, Llanes González L, Escalera Almendros C, Pascual Mateos C, et al. Incidencia del cáncer urológico en un área sanitaria de 300.000 habitantes. Actas Urol Esp. 2004; 28(9): 646-9.
308. Cepeda Piorno J, Rivas del Fresno M, Fuente Martín E, González E, Muruamendiaraz Fernández V, Fernández Rodríguez E. Ventajas y riesgos de la utilización del antígeno prostático específico (PSA) en el Área Sanitaria V de Gijón (Asturias). Arch Esp Urol. 2005; 58(5): 403-11.

309. Menéndez López V, Placer Santos J, Fernández Suárez A, Tarragon Gabarró S, García Linares M. Análisis de la demanda de asistencia urológica en un centro de especialidades con una tasa elevada de inmigración. *Actas Urol Esp.* 2009; 33(8): 888-94.
310. Peiró-Pérez R, Seguí-Gómez M, Pérez-González C, Miralles-Espí M, López-Maside A, Benavides FG. Lesiones por tráfico, de ocio y domésticas y laborales. Descripción de la situación en España. *Gac Sanit.* 2006; 20(Suppl 1): S32-40.
311. Parra A, Fernández Baraibar J, García López V, Ayestarán JR, Extramiana E. Mercado de trabajo, salud laboral e inmigración. *An Sist Sanit Navar.* 2006; 29(Suppl 1): S77-95.
312. Cachón L. Inmigración en España: del mercado de trabajo a la plena ciudadanía. *Oñati Socio-Legal Series.* 2011; 1(3).
313. García AM, López-Jacob MJ, Agudelo-Suárez AA, Ruiz-Frutos C, Ahonen EQ, Porthé V. Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gac Sanit.* 2009; 23(2): 91-7.
314. Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health: a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health.* 2007; 33(2): 96-104.
315. Benavides FG. Lesiones por accidentes de trabajo. En: Ruiz-Frutos C, García AM, Delclòs J, editores. *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales.* Barcelona: Masson; 2007. p. 245-53.
316. Gómez Espín JM. Inmigración reciente en la región de Murcia. *Pap. Geogr.* 2002; 36: 81-104.
317. Koziol-McLain J, Brand D, Morgan D, Leff M, Lowenstein SR. Measuring injury risk factors: question reliability in a statewide sample. *Inj Prev.* 2000; 6(2): 148-50.
318. Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo. BOE núm. 306, de 23 de diciembre.

319. Villalbí JR, Pérez C. Evaluación de políticas regulatorias: prevención de las lesiones por accidentes de tráfico. *Gac Sanit.* 2006; 20(Suppl 1): S79-87.
320. Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the “salmon bias” and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health.* 1999; 89(10): 1543-8.
321. Sam DL, Berry JW. *The Cambridge handbook of acculturation psychology.* Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
322. Navarrete RP, Luis MA. Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2004; 12(Spec): 420-6.

10. ANEXOS

ANEXO I: Mapa distritos de la ciudad de Sevilla



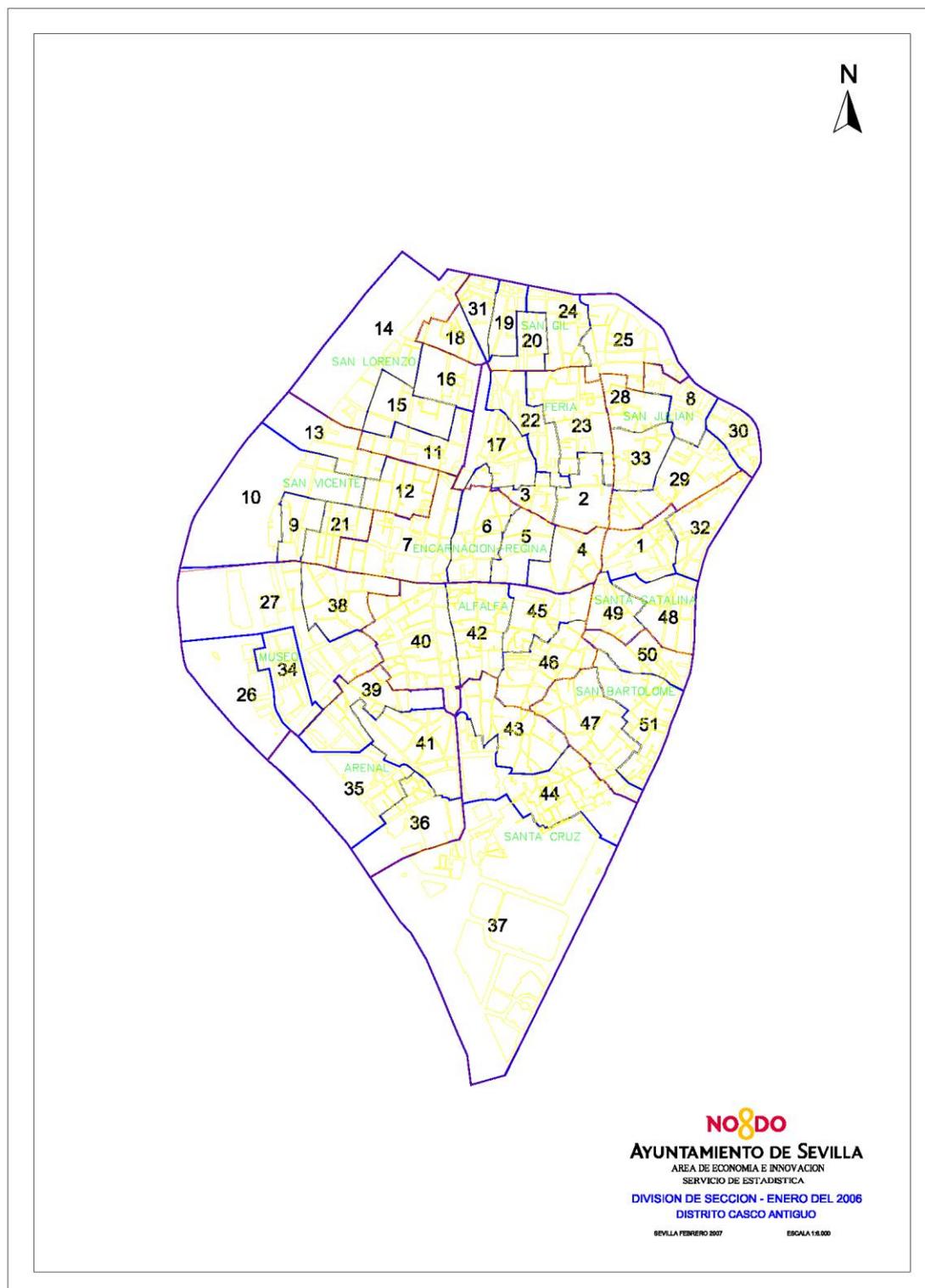
***ANEXO II: Distritos y barrios oficiales de la ciudad de
Sevilla***

Distrito	Barrios
Distrito 1: Casco Antiguo	El Arenal, Encarnación-Regina, Alfalfa, San Bartolomé, San Lorenzo, San Gil, Museo, Santa Catalina, Santa Cruz, Feria, San Julián, San Vicente.
Distrito 2: Macarena	Santa María de Ordas-San Nicolás, Pío XII, La Barzola, El Carmen, Cruz Roja-Capuchinos, Villegas, Santas Justa y Rufina-Parque Miraflores, Los Príncipes-La Fontanilla, Begoña-Santa Catalina, Polígono Norte, La Paz-Las Golondrinas, La Palmilla-Doctor Marañón, Hermandades-La Carrasca, Macarena 3 Huertas-Macarena 5, El Torrejón, El Cerezo, Doctor Barraquer-Grupo Renfe-Policlínico, Retiro Obrero, Cisneo Alto-Santa María de Gracia, Campos de Soria, León XIII-Los Naranjos, El Rocío, Pino Flores, Las Avenidas.
Distrito 3: Nervión	Nervión, San Bernardo, Huerta del Pilar, La Florida, La Buhaira, La Calzada, San Roque, Ciudad Jardín.
Distrito 4: Cerro-Amate	Amate, Juan XXIII, Los Pájaros, Rochelambert, Santa Aurelia-Cantábrico-Atlántico-La Romería, Palmete, El Cerro, La Plata.
Distrito 5: Sur	El Prado-Parque de María Luisa, Huerta de la Salud, El Porvenir, Giralda Sur, El Plantinar, Felipe II-Los Diez Mandamientos, Tabladilla-La Estrella, Bami, Tiro de Línea-Santa Genoveva, La Oliva, Avenida de la Paz, El Juncal-Híspalis, Las Letanías, Polígono Sur.
Distrito 6: Triana	Triana Casco Antiguo, Barrio León, El Tardón-El Carmen, Triana Este, Triana Oeste.
Distrito 7:Macarena Norte	Barriada Pino Montano, Consolación, El Gordillo, Las Almenas, San Jerónimo, La Bachillera, Los Carteros, San Diego (Sevilla), Los Arcos, Las Naciones-Parque Atlántico-Las Dalias, San Matías, Aeropuerto Viejo, Valdezorras.
Distrito 8: San Pablo-Santa Justa	Árbol Gordo, La Corza, Las Huertas, San Carlos-Tartessos, San José Obrero, El Fontanal-María Auxiliadora-Carretera de Carmona, Santa Clara, Zodiaco, San Pablo A y B, San Pablo C, San Pablo D y E, Huerta de Santa Teresa.

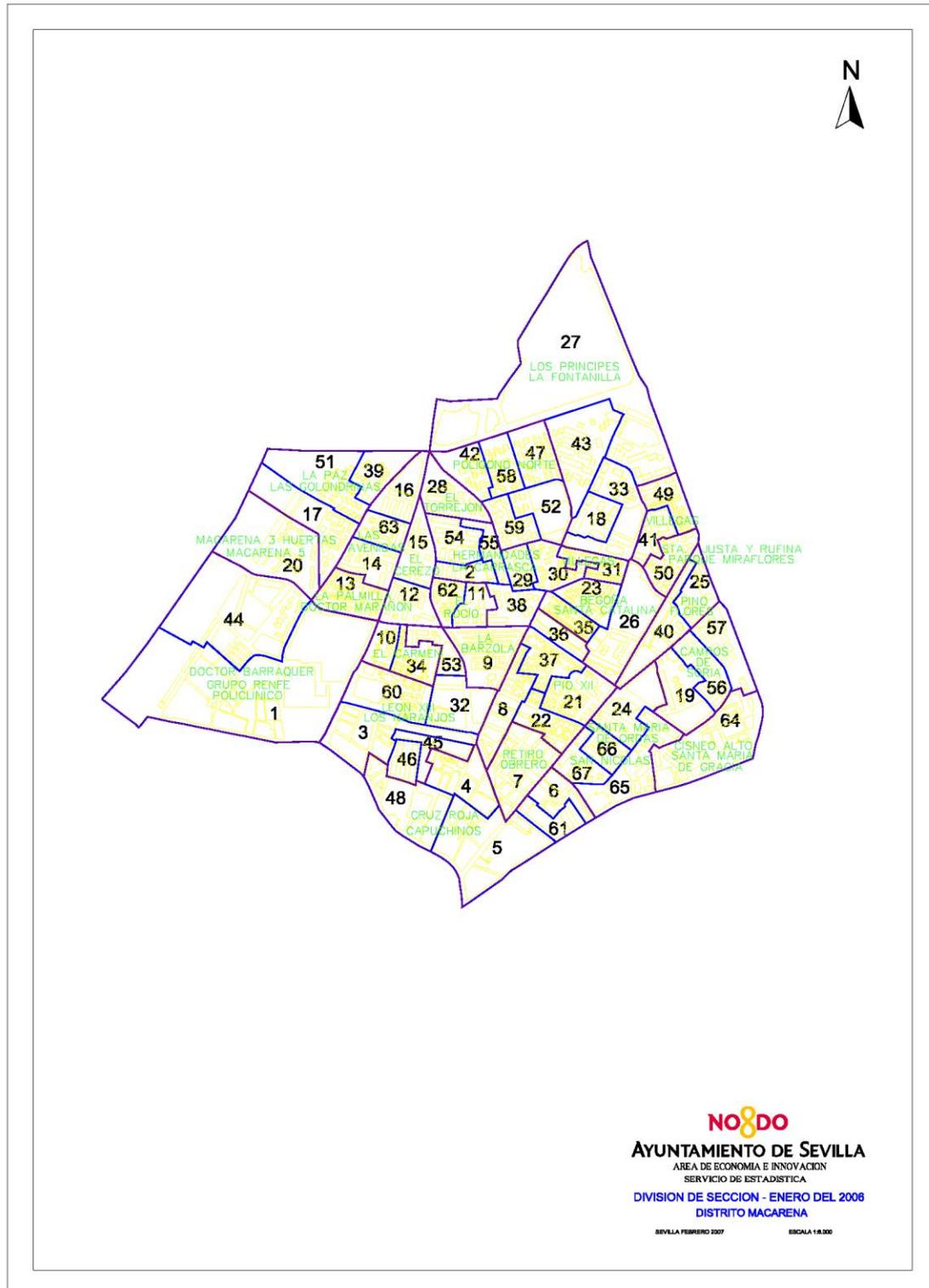
Distrito 9:Este	Colores-Entreparques, Torreblanca, Parque Alcosa-Jardines del Edén, Palacio de Congresos-Urbadiez-Entrepuentes.
Distrito 10: Bellavista-La Palmera	Bellavista, Heliópolis, Elcano-Los Bermejales, Sector Sur-La Palmera-Reina Mercedes, Pedro Salvador-Las Palmeritas, Barriada de Pineda.
Distrito 11: Los Remedios	Tablada, Los Remedios.

***ANEXO III: Distribución geográfica de los distritos de la
ciudad de Sevilla con barrios oficiales y secciones
censales***

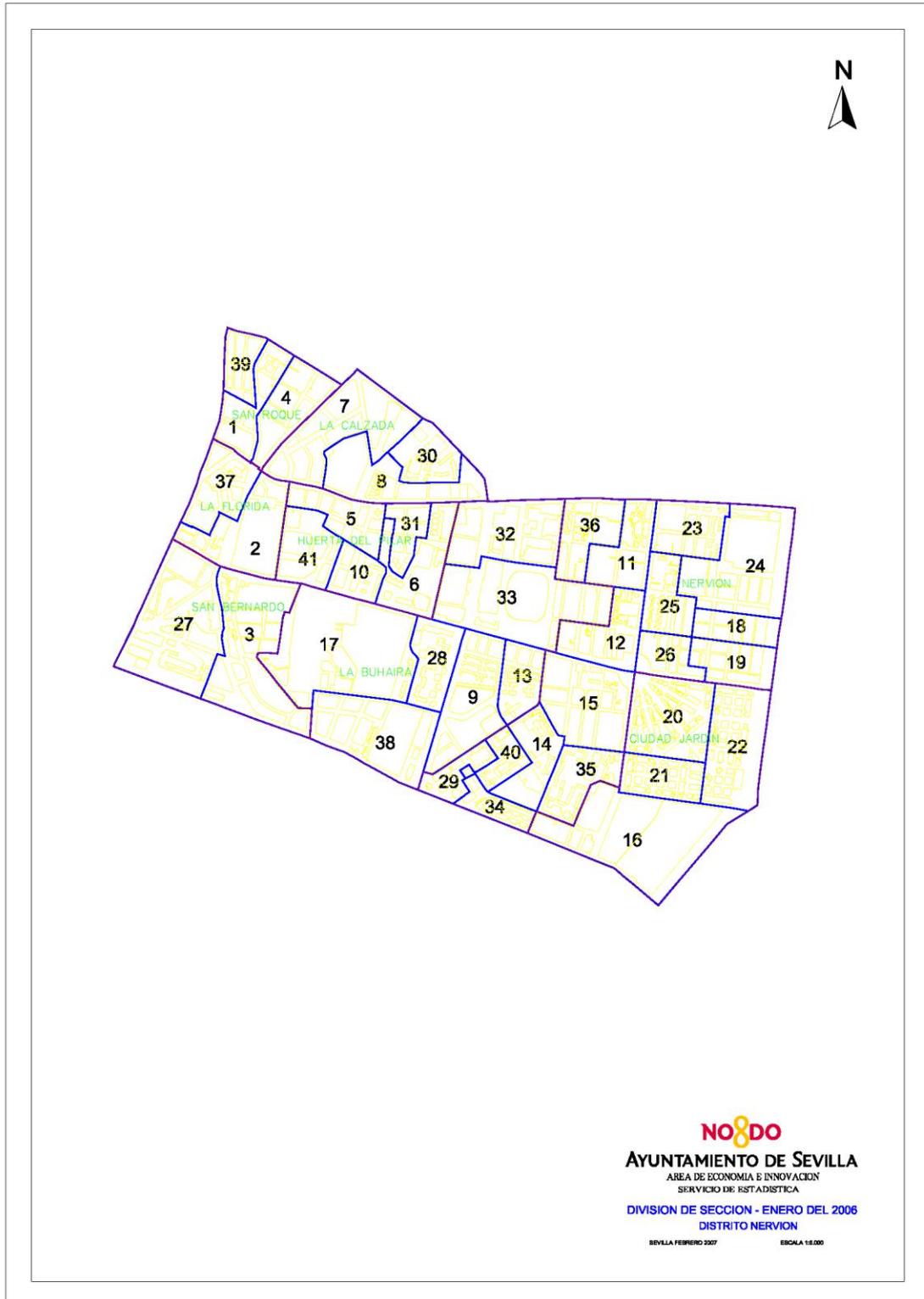
Distrito 1: Casco Antiguo



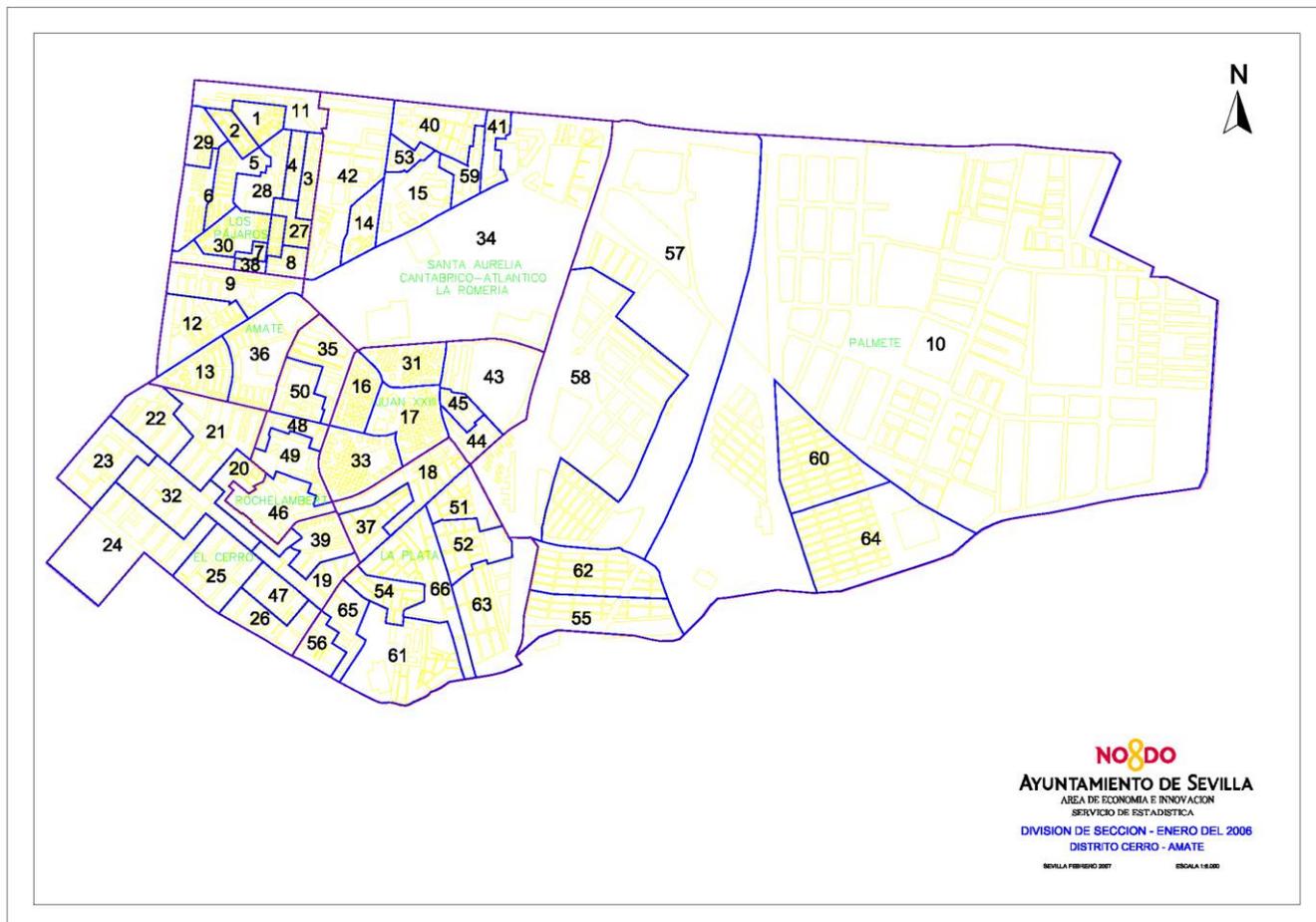
Distrito 2: Macarena



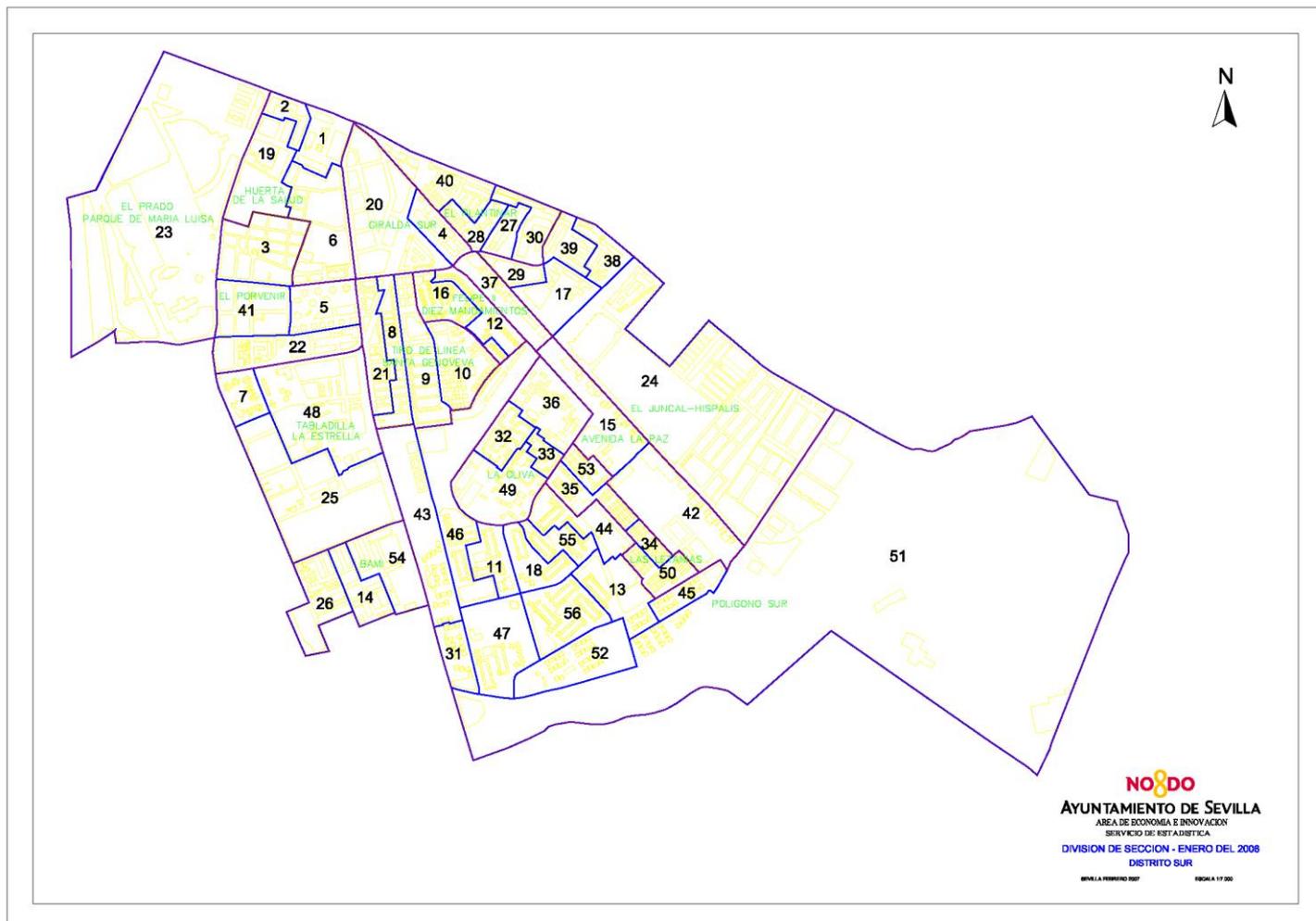
Distrito 3: Nervión



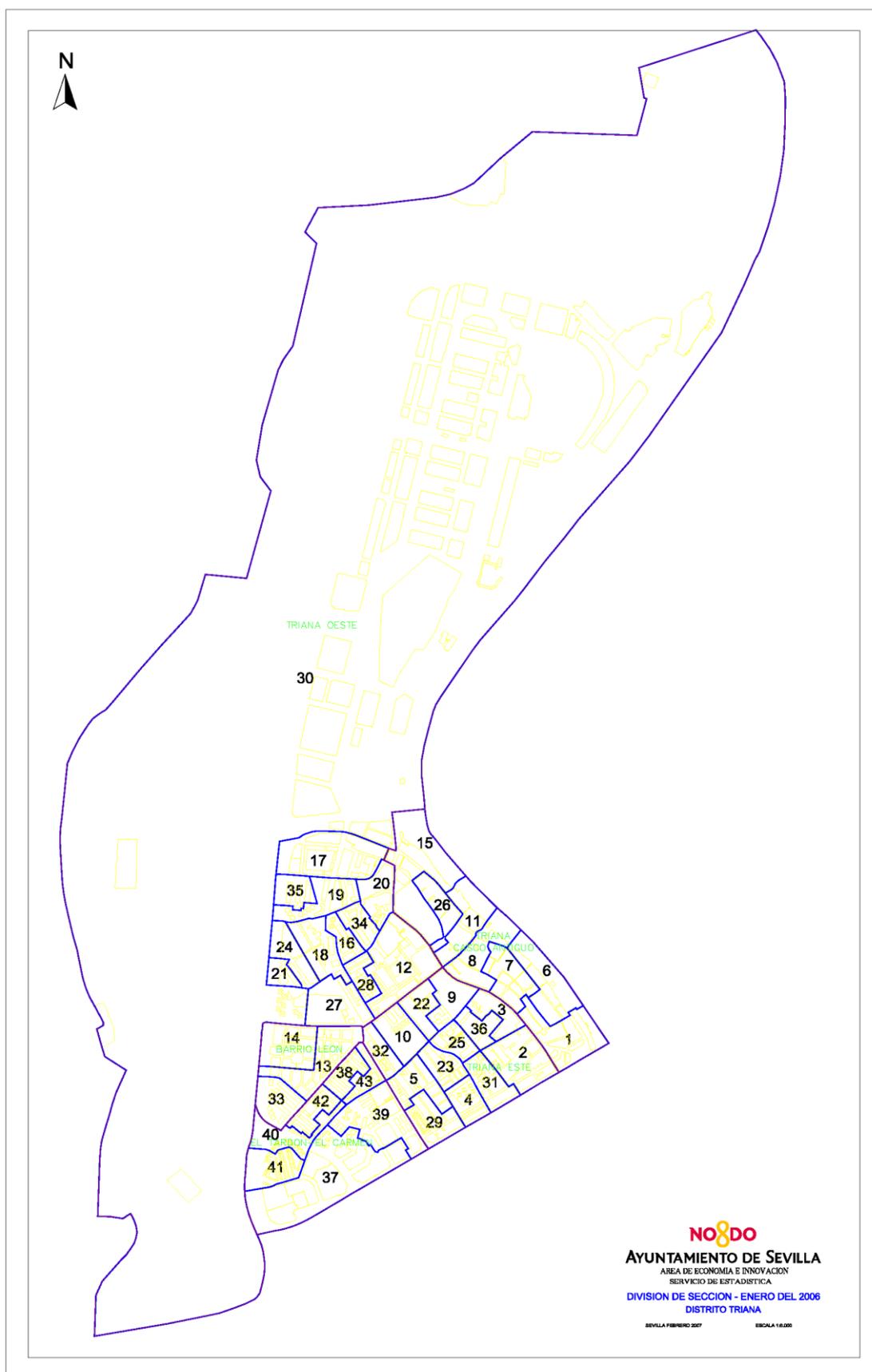
Distrito 4: Cerro-Amate



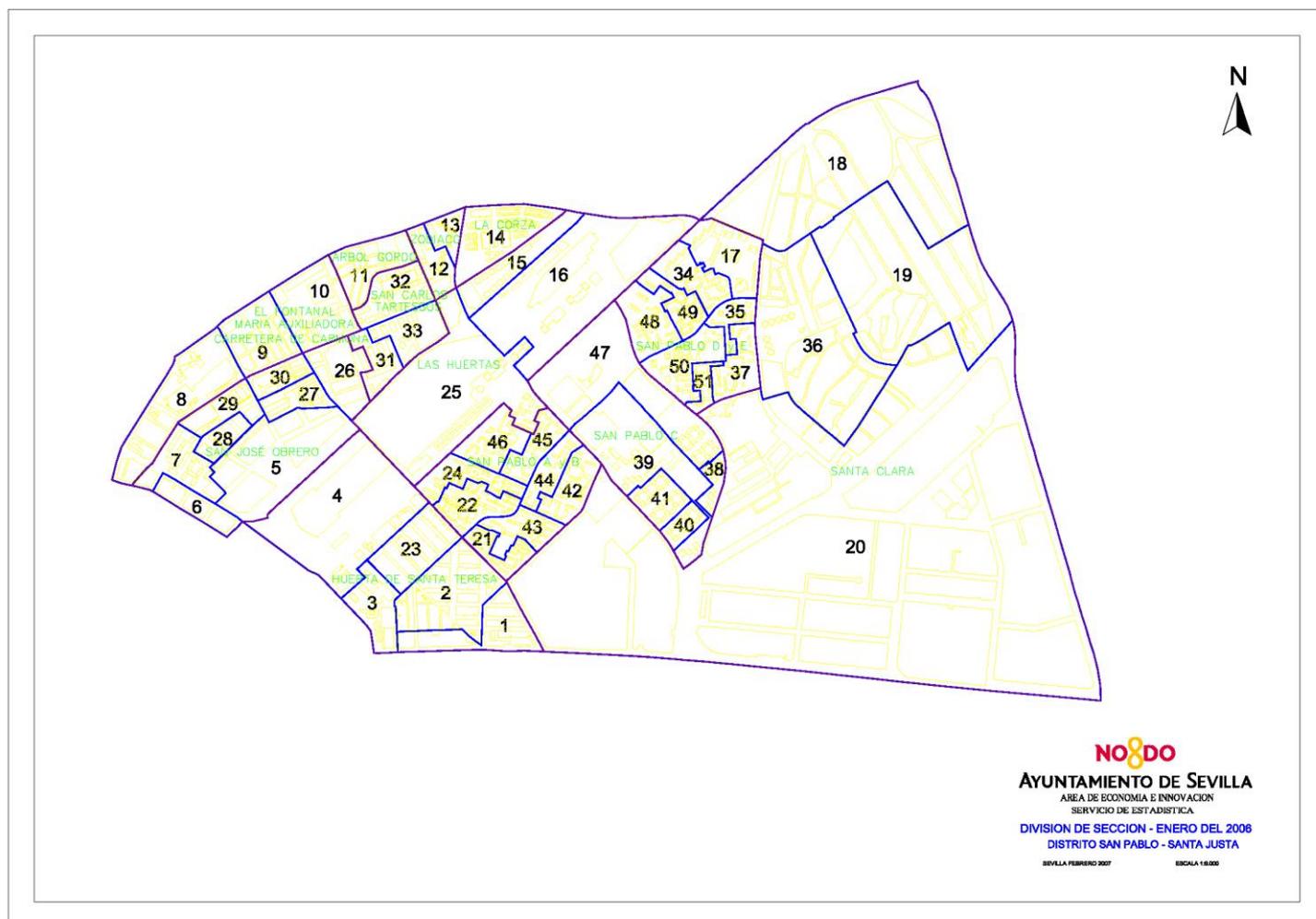
Distrito 5: Sur



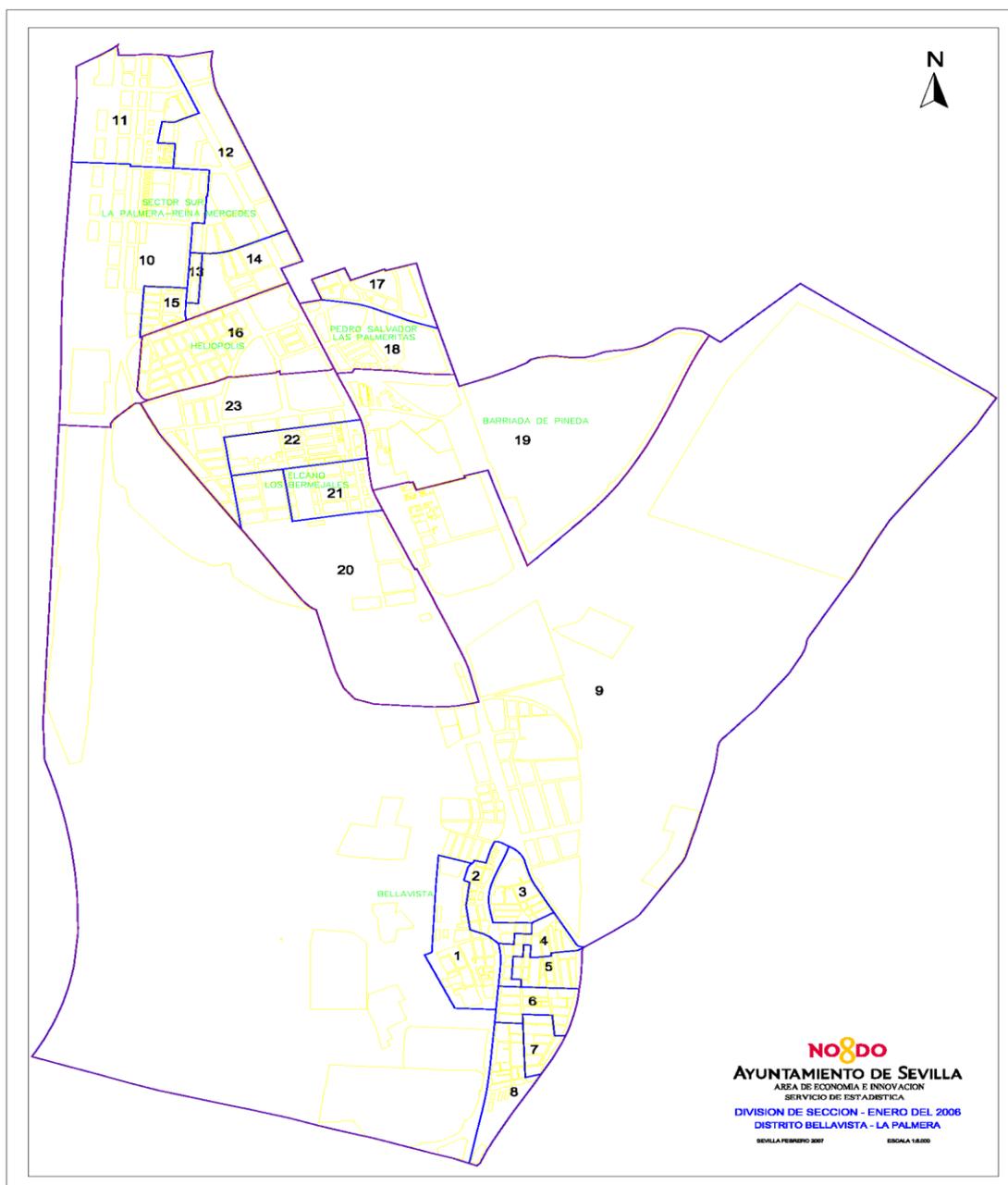
Distrito 6: Triana



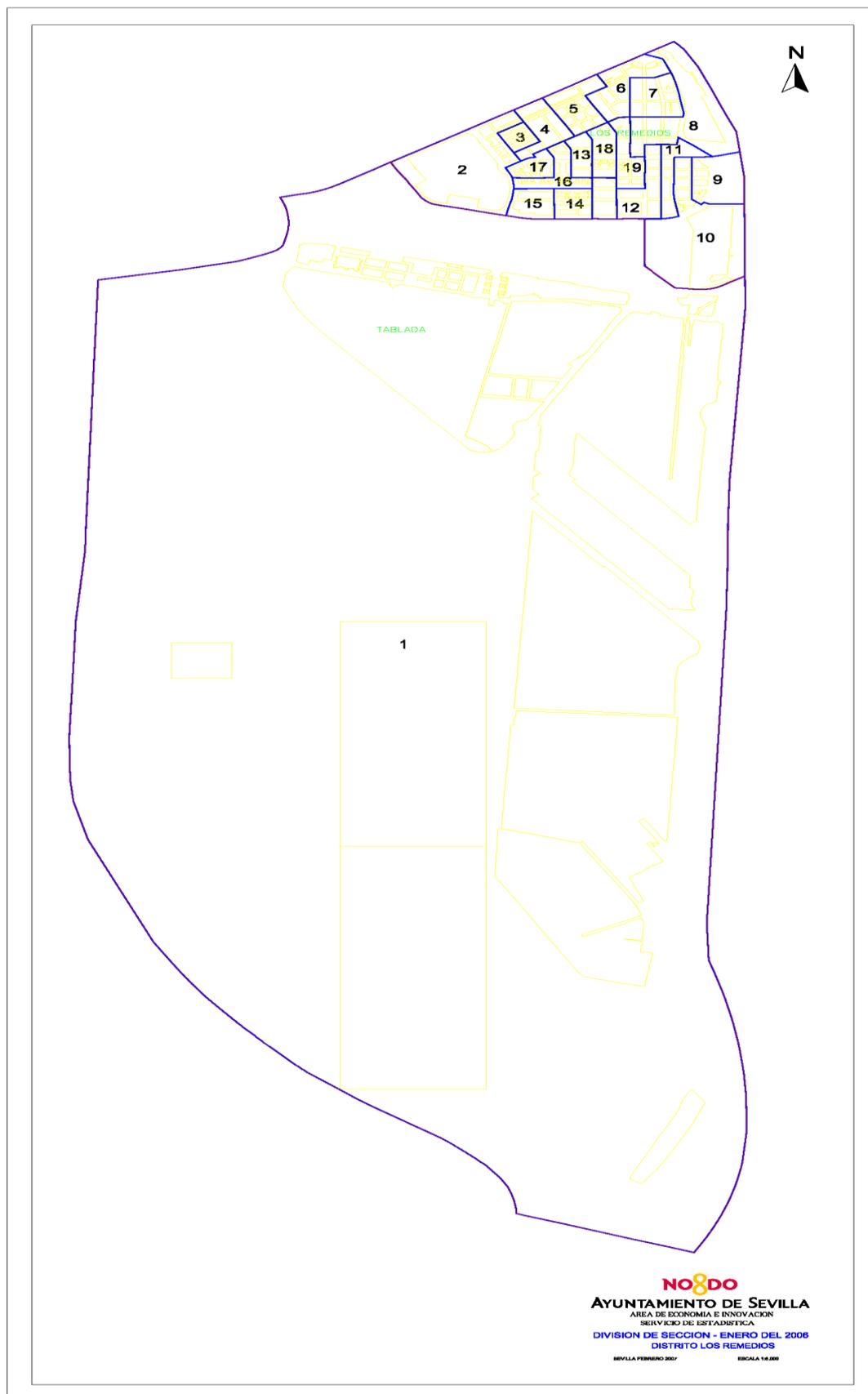
Distrito 8: San Pablo- Santa Justa



Distrito 10: Bellavista- La Palmera



Distrito 11: Los Remedios



ANEXO IV: Consentimiento Informado

Nº Cuestionario:

Fecha: / /
Código Entrevistador:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Basado en la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en octubre de 2000, en Edimburgo (5ª Reforma) y amparado en la **ORDEN 8 de julio de 2009. BOJA.**

Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

– INFORMACIÓN A LA PERSONA ENTREVISTADA (Artículo 98.2 de la Ley 9/2007)

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

El objetivo de este trabajo es conocer los hábitos y comportamientos de salud de la población adulta joven, tanto inmigrante como autóctona en la ciudad de Sevilla, con el fin de poder analizar su influencia en los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia. Para ello disponemos de un cuestionario estandarizado, con una serie de preguntas, a las que pedimos que conteste con la mayor sinceridad posible. Responder al cuestionario no le llevará más de 10 minutos.

Importancia:

Este trabajo pretende ser un referente a la hora de plantear estrategias de intervención dirigidas a mantener y/o mejorar la salud de las personas residentes en nuestra ciudad.

Implicaciones para la persona entrevistada:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación para la persona:

El tipo de investigación planteada, consistente en responder a las preguntas contenidas en un cuestionario, no conlleva ningún riesgo para la persona interviniente en el estudio ni tampoco dará lugar a ningún tipo de intervención a nivel administrativo.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal de investigación en los teléfonos: 954 55 63 62 / 954 55 14 81 o en los correos electrónicos: joserafael@us.es (Prof. González)/ mlomas@us.es (Prof.^a Lomas).

**– CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA ENTREVISTADA
(Artículo 8.2 de la Ley 9/2002)**

“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONDUCTAS DE SALUD EN PERSONAS INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA”

Yo (Nombre y Apellidos): _____

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información a la persona entrevistada).
- He podido hacer preguntas sobre el estudio “ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONDUCTAS DE SALUD EN PERSONAS INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA”
- He recibido suficiente información sobre el estudio “ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONDUCTAS DE SALUD EN PERSONAS INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA ”
- He hablado con el profesional sanitario informador: _____
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Conozco que mis datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado* “ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONDUCTAS DE SALUD EN PERSONAS INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA”

Firma de la persona entrevistada
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional
sanitario informador

Nombre y apellidos _____ Nombre y apellidos: _____

Fecha: ____ - ____ - 20__.

Fecha: ____ - ____ - 20__.

ANEXO V: Cuestionario

Nº Cuestionario:

Fecha: / /
Código Entrevistador:



**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CONDUCTAS DE SALUD
EN PERSONAS INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA**

Buenos días/tardes, en primer lugar le agradecemos la participación en este Proyecto de Investigación (PI-0138) financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía e implementado por la Universidad de Sevilla (Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería) mediante la respuesta a este cuestionario que es totalmente anónimo y le va a llevar sólo unos minutos.

Estamos llevando a cabo un estudio para conocer los hábitos y conductas de salud de las personas inmigrantes y autóctonas residentes en Sevilla, por lo que le plantearé una serie de cuestiones relacionadas con la salud. Este estudio es muy importante para desarrollar posteriormente acciones de educación, promoción e información sobre prácticas saludables en nuestra ciudad.

1- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1- SEXO: Hombre Mujer **1.2- EDAD:** _ _ años

1.3- ESTADO CIVIL:

Soltero/a Vive en pareja pero sin estar casado/a Casado/a
Viudo/a Separado/a Divorciado/a

1.4- DOMICILIO:

C/ ó Avda: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Distrito 1. Casco Antiguo | <input type="checkbox"/> Distrito 6. Triana |
| <input type="checkbox"/> Distrito 2. Macarena | <input type="checkbox"/> Distrito 7. Macarena Norte |
| <input type="checkbox"/> Distrito 3. Nervión | <input type="checkbox"/> Distrito 8. San Pablo-Santa Justa |
| <input type="checkbox"/> Distrito 4. Cerro-Amate | <input type="checkbox"/> Distrito 9. Este |
| <input type="checkbox"/> Distrito 5. Sur | <input type="checkbox"/> Distrito 10. Bellavista-La Palmera |
| | <input type="checkbox"/> Distrito 11. Los Remedios |

1.5- ESTUDIOS

- Sin estudios Estudios Primarios/Graduado escolar
Estudios secundarios/Bachillerato elemental/FP/Ciclo formativo básico
Estudios superiores/Bachillerato superior/COU/Ciclo formativo superior
Estudios universitarios medios (Diplomatura)
Estudios universitarios superiores (Licenciatura/Doctorado)

1.6.- LUGAR DE NACIMIENTO

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Europa <input type="checkbox"/> | Indique el país _____ |
| África <input type="checkbox"/> | Indique el país _____ |
| América <input type="checkbox"/> | Indique el país _____ |
| Asia <input type="checkbox"/> | Indique el país _____ |
| Oceanía <input type="checkbox"/> | Indique el país _____ |

1.7- TIEMPO DE RESIDENCIA EN ESPAÑA

____ AÑOS ____ MESES

1.8- TIEMPO DE RESIDENCIA EN SEVILLA

___ AÑOS ___ MESES

1.9- OCUPACIÓN LABORAL**A) ANTERIOR**

Empleado por cuenta ajena En: _____ Empleador por cuenta propia En: _____
 Desempleado Pensionista/Jubilado Ama de casa Estudiante Incapacitado

B) ACTUAL

Empleado por cuenta ajena En: _____ Empleador por cuenta propia En: _____
 Desempleado Pensionista/Jubilado Ama de casa Estudiante Incapacitado

1.10.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

A continuación, le haré unas preguntas sobre la vivienda donde reside.

A) ¿Es propia o alquilada?

Propia Alquilada NS/NES SNC

B) ¿Cuántas personas viven en su casa?

1 2 3 4 5 6 o más NS/NES SNC

C) ¿Cree usted que las condiciones de su vivienda (situación, luminosidad, humedad,...) afectan negativamente a su salud?

SÍ NO NS/NES SNC

D) Actualmente, con respecto a su hogar y la situación económica ¿Qué le preocupa?

Compra de alimentos Pago de la hipoteca Pago de la Renta o alquiler

Otras (ropa, colegio niños,...) Nada NS/NES SNC

2- ESTADO DE SALUD PERCIBIDA

2.1 Diría usted que su estado de salud general es:

Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo NS/NES SNC

2.2- En los últimos 30 días, aproximadamente ¿durante cuántos días se sintió en excelente estado de salud y lleno de energía?

__ Número de días Ninguno NS/NES SNC

2.3- Aproximadamente, ¿cuánto pesa y mide sin zapatos?

PESO: __, __ (kilogramos) TALLA: __, __ (metros)

3- CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD

3.1- Con respecto a su salud física, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su salud física no fue buena?

Número de días __ Ninguno NS/NES SNC

3.2- Con respecto a su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno?

Número de días __ Ninguno NS/NES SNC

4-ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS

4.1- ¿En qué Centro de Salud tiene su médico?

_____ NS/NES SNC

4.2- ¿Cuándo fue la última vez que fue a la consulta médica?

En el último año (menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)

En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5) Hace 5 años o más Nunca NS/NES SNC

4.3 - ¿Cuándo fue la última vez que acudió a la consulta con la enfermera? ¿Por qué motivo?

En el último año (menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)

En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5) Hace 5 años o más

Nunca NS/NES SNC MOTIVO: _____

5- PERSONA QUE CUIDA DE OTRA

Hay personas que proporcionan en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo, un familiar con problemas de salud, una enfermedad prolongada o una discapacidad.

5.1- Durante el último mes, ¿proporcionó usted alguno de estos cuidados o asistencia a un amigo o a un familiar? SÍ NO NS/NES SNC

5.2- ¿Estos cuidados le ocasionaron algún problema de salud?

SÍ NO NS/NES SNC

5.3- Dichos cuidados, ¿fueron remunerados?

SÍ NO NS/NES SNC

6-ACTITUDES DE LAS PERSONAS HACIA LA RAZA

Ahora voy a preguntarle acerca de cómo le identifican y le tratan otras personas.

6.1- En los últimos 12 meses en su trabajo, ¿ha sentido que le han tratado peor, igual o mejor que a personas de otras razas?

Peor que a personas de otras razas Igual que a personas de otras razas

Mejor que a personas de otras razas Peor que a personas de ciertas razas, pero mejor que a las de otras

Solo está en contacto con personas de su misma raza NS/NES SNC

6.2- En los últimos 12 meses, al solicitar atención sanitaria, ¿ha sentido que su experiencia fue peor, igual o mejor que la de personas de otras razas?

Peor que la de personas de otras razas Igual que la de personas de otras razas

Mejor que la de personas de otras razas Peor que la de personas de ciertas razas, pero mejor que a las de otras

No ha recibido atención sanitaria en los últimos 12 meses NS/NES SNC

7- SUEÑO

7.1- En promedio, ¿cuántas horas duerme en un período de 24 horas? Piense en el tiempo que pasa durmiendo (siestas, noche).

__ _ Número de horas NS/NES SNC

7.2- En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días sintió que no durmió o no descansó lo suficiente?

__ _ Número de días Ninguno NS/NES SNC

8- ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO FÍSICO

8.1- Cuando usted está en el trabajo, ¿cuál de las siguientes actividades corresponde más a lo que usted hace? Diría usted que...

Estar de pie o sentado la mayor parte del tiempo Camina la mayor parte del tiempo

Tiene que transportar cargas ligeras o debe subir escaleras o cuestas frecuentemente

Es un trabajo pesado o que demanda mucho esfuerzo físico NS/NES SNC

8.2- Refiriéndonos exclusivamente a su tiempo libre, ¿qué ejercicio físico de los que le indico a continuación ha realizado en la última semana y con qué frecuencia? **VECES POR SEMANA= VPS**

-CAMINAR

Ritmo Ligero NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

Ritmo Intenso NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-FOOTING- CORRER NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-BICICLETA

Ritmo Ligero NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

Ritmo intenso NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-NATACIÓN

Ritmo Ligero NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

Ritmo intenso NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-DEPORTES DE RAQUETA O PALA

Tenis NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

Paddle NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

Otros: _____ NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-DEPORTES DE BALÓN

Fútbol NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

Baloncesto NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

Balonmano NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

Otros: _____ NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-ARTES MARCIALES (Judo, Kárate) NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-AEROBIC, GIMNASIA RÍTMICA NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-PESAS, GIMNASIA CON APARATOS NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-BAILES DE SALÓN (Salsa, Tango...) NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

-OTROS (Indicar cuál): _____ NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS

9-ALIMENTACIÓN

A continuación le voy a hacer algunas preguntas sobre su alimentación. Le voy a enumerar las diferentes comidas del día de ayer y me gustaría que me dijera si llevó a cabo o no esa comida, en qué lugar la realizó [en casa o fuera de casa] y los alimentos y bebidas que tomó. **(Entrevistador: Leer cada una de las comidas tal y como aparecen en el cuestionario, fijar al entrevistado sobre el lugar dejando claro que por casa entendemos también la casa de familiares o amigos y no sólo la propia) [Si no han sido citados: Sugerir si se tomó leche, pan y fruta o zumo de fruta]**

9.1- DESAYUNO:

- LUGAR: Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC

-**TIPOS DE ALIMENTOS:** Frutas Hortalizas Tubérculos Cereales Pan Bollería Fritos
Embutidos Legumbres Huevos

- **TIPO DE BEBIDAS:** Agua Zumos Lácteos Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas

9.2- MEDIA MAÑANA (Entre el desayuno y el almuerzo)

- **LUGAR:** Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC

- **TIPOS DE ALIMENTOS:** Frutas Hortalizas Tubérculos Cereales Pan Bollería Fritos
Embutidos Legumbres Huevos

- **TIPO DE BEBIDAS:** Agua Zumos Lácteos Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas

9.3- COMIDA [Entrevistador: Preguntar si fue comida rápida -como bocadillos, pinchos, raciones, hamburguesas o similares-, platos combinados o una comida con primer plato, segundo y postre. En cada caso, seguir desde el inicio hasta el final de la comida]

- **LUGAR:** Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC

-**TIPOS DE ALIMENTOS:** Frutas Hortalizas Tubérculos Legumbres Cereales Huevos Pan
Carne Pescado Fritos Embutidos

- **TIPO DE BEBIDAS:** Agua Zumos Lácteos Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas

9.4- MERIENDA (Entre la comida y la cena)

- **LUGAR:** Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC

- **TIPOS DE ALIMENTOS:** Frutas Hortalizas Tubérculos Legumbres Cereales Huevos Pan
Bollería Fritos Embutidos

- **TIPO DE BEBIDAS:** Agua Zumos Lácteos Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas

9.5- CENA [Entrevistador: Preguntar si fue comida rápida -como bocadillos, pinchos, raciones, hamburguesas o similares-, platos combinados o una comida con primer plato, segundo y postre. En cada caso, seguir con el entrevistador el contenido de cada plato desde el inicio hasta el final de la cena]

- **LUGAR:** Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC

-**TIPOS DE ALIMENTOS:** Frutas Hortalizas Tubérculos Legumbres Huevos Cereales Pan
Fritos Embutidos Carne Pescado

- **TIPO DE BEBIDAS:** Agua Zumos Lácteos Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas

[Recordar si ha bebido o comido algo después de cenar y antes de acostarse]

10- DIETAS

10.1- En los últimos seis meses, ¿ha realizado modificaciones en su dieta habitual?

SÍ NO NS/NES SNC

→ **PASE A LA PREGUNTA 11**

10.2- ¿Cuál fue el motivo principal?

Colesterol Tensión arterial Diabetes Problemas de estómago, hígado, vesícula
Ácido úrico Para adelgazar, no por un problema de salud Otros _____

11- CONSUMO DE ALCOHOL

Ahora vamos a referirnos exclusivamente al consumo de bebidas que contienen alcohol (vino, cerveza, sidra, licores, combinados,...)

11.1- Pensando en los últimos treinta días, ¿qué frecuencia de las que tiene a continuación describen mejor su consumo de bebidas que contienen alcohol en este periodo?

- Dos o más veces al día Una vez al día Cuatro a seis días a la semana
 Dos/tres días a la semana Un día a la semana Menos de un día a la semana
 Nunca en los últimos treinta días

11.2- ¿Ha consumido este tipo de bebidas en periodos anteriores con una frecuencia de al menos una vez por semana? SÍ NO NS/NES SNC

11.3- ¿Hace cuánto tiempo que ya no consume bebidas que contengan alcohol con esa frecuencia de al menos una vez por semana? ___ AÑOS ___ MESES

11.4- ¿Cuál fue el motivo principal que le llevó a reducir o abandonar su consumo de bebidas alcohólicas?

- Consejo médico Problemas de salud sin consejo médico Preocupación por sus efectos
 Disminuía su rendimiento Pensaba que bebía mucho Otros _____

11.5- Sin contar las veces en que simplemente probó una bebida con alcohol, ¿a qué edad empezó a beber habitualmente con una frecuencia de al menos una vez al mes? ___ AÑOS

Al igual que hemos hecho con el consumo de alimentos, quisiera ahora que me describiera su consumo de bebidas alcohólicas durante el último fin de semana.

11.6- Le leeré diferentes tipos de bebidas que contienen alcohol, por favor, dígame para cada una de ellas la cantidad que tomó en esos dos periodos (último fin de semana, últimos 30 días/ 1 mes). **(Entrevistador/a: Dejar claro que consideramos fin de semana el periodo comprendido entre el viernes después de cenar hasta la noche del domingo.**

	ÚLTIMO FIN DE SEMANA	ÚLTIMOS 30 DÍAS
BEBIDAS	Nº DE VASOS/ COPAS	
Cerveza (cañas, botellines)	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Cerveza (latas, tercios)	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Vino/cava (vasos)	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Sidra (vasos)	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Vermouths, bitters, finos, aperitivos	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Licores dulces (manzana, pera, pacharán) (copas o chupitos)	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Licores como whisky, coñac, anís, ron, vodka... solos (copas)	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Combinados/cubatas, con whisky, coñac, anís, ron, vodka...	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Carajillos	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>

11.7- Para finalizar con este apartado de bebidas alcohólicas, ¿podría decirme si alguna vez se le han planteado alguna de las siguientes situaciones que le voy a leer?

-¿Ha tenido vd. alguna vez la impresión de que debería beber menos bebidas alcohólicas? SÍ NO NS/NES SNC

-¿Se ha sentido alguna vez criticado a causa del consumo de bebidas alcohólicas? SÍ NO NS/NES SNC

-¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber? SÍ NO NS/NES SNC

-En los últimos doce meses ¿alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de una resaca? SÍ NO NS/NES SNC

12- CONSUMO DE TABACO

12.1- ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? **NOTA: 5 cajetillas = 100 cigarrillos**

SÍ NO NS/NES SNC

12.2- Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

Todos los días Algunos días Nunca

12.3- Aproximadamente, ¿qué cantidad fuma al día?

Cigarrillos/día __ Ninguno NS/NES SNC

Puros/día __ Ninguno NS/NES SNC

Pipas/día __ Ninguno NS/NES SNC

12.4- ¿A qué edad comenzó a fumar con una frecuencia de al menos un cigarrillo a la semana? ___ años

12.5- En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?

SÍ NO NS/NES SNC

12.6- ¿Cuánto tiempo hace que no fuma cigarrillos de manera habitual?

En el último mes (hace menos de 1 mes) En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3)

En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6)

En el último año (hace 6 meses pero menos de 1 año) En los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5)

En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10) Hace 10 años o más

Nunca fumó de manera habitual NS/NES SNC

13- CONSUMO DE FÁRMACOS Y OTRAS DROGAS

13.1- ¿Con qué frecuencia toma por su cuenta algún tipo de fármaco o medicación que ha de ser recetado por un médico, es decir, se automédica, en los últimos seis meses?

Nunca Algunas veces La mayoría de las veces Siempre

→ **PASE A LA PREGUNTA 13.3**

13.2- ¿Cuál de los siguientes fármacos suele tomar cuando se automédica, en los últimos seis meses? SEÑALE UNO O VARIOS

Analgésicos Antibióticos Antiinflamatorios Otros fármacos _____

13.3- ¿Suele emplear remedios tradicionales (infusiones, emplastes,...) para paliar alguna enfermedad antes de acudir al médico? SÍ NO NS/NES SNC

13.4.- ¿Ha consumido algún tipo de sustancia tóxica o droga en los últimos seis meses?

SÍ NO NS/NES SNC

PASE A LA PREGUNTA 13.7

13.5.- ¿Cuál de las siguientes drogas ha consumido? SEÑALE UNA O VARIAS

Heroína Hachís Cocaína Marihuana Pastillas (LSD, éxtasis)

Otras Drogas _____

13.6.- ¿Con qué frecuencia ha consumido dichas drogas en los últimos seis meses?

Dos o más veces al día Una vez al día Cuatro a seis días a la semana

Dos/tres días a la semana Un día a la semana Menos de un día a la semana

13.7.- ¿Considera que el consumo de sustancias tóxicas o drogas mejora el estado de salud y bienestar de una persona?

SÍ NO NS/NES SNC

14- PRÁCTICAS SEXUALES

Ahora le voy a hacer unas preguntas relativas a la sexualidad. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que pude no contestar alguna si lo desea.

14.1- Habitualmente sus relaciones sexuales se establecen con:

Personas de su mismo sexo Personas de distinto sexo Indistintamente NS/NES SNC

14.2- Utiliza usted alguno de estos métodos anticonceptivos y con qué frecuencia:

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA
Marcha atrás	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
Preservativo masculino	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
Preservativo femenino	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
DIU	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
Anticonceptivos orales	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
Píldora postcoital	Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>

14.3.- ¿Ha padecido alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (E.T.S.)?

SÍ ¿Cuál?: _____ NO NS/NES SNC

14.4.- ¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? No incluya las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva.

SÍ NO NS/NES SNC

14.5.- ¿Ha acudido a algún profesional sanitario o a consulta de Planificación Familiar para informarse o solventar dudas sobre la práctica de relaciones sexuales con su pareja?

SÍ NO NS/NES SNC

15. VACUNAS

Ahora le voy a preguntar sobre vacunas.

15.1- Dígame si en los últimos 10 años le han puesto alguna de ellas.

VACUNAS	APLICACIÓN
Tétanos- Difteria	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>

Tuberculosis	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Gripe	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Otras:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>
Otras:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NES <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/>

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre distintas conductas relacionadas con diversos problemas de salud.

16. SALUD DE LA MUJER

RESPONDA SÓLO SI ES MUJER, SI NO PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA.

16.1- ¿Está usted embarazada actualmente?

SÍ NO NS/NES SNC

16.2- ¿Ha estado usted embarazada anteriormente?

SÍ N° de veces: __ NO NS/NES SNC

PASE A LA PREGUNTA 16.5

16.3- ¿Ha tenido usted algún aborto?

SÍ N°: __ NO NS/NES SNC

→ **PASE A LA PREGUNTA 16.5**

16.4- ¿Fue espontáneo?

SÍ NO NS/NES SNC

16.5- ¿Cuándo fue la última vez que fue al ginecólogo?

En el último año (hace menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)

En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3) En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5)

Hace 5 años o más Nunca ha ido NS/NES SNC

16.6- La citología es una prueba diagnóstica basada en la toma de muestras, a través de la vagina, de las células contenidas en el cuello uterino, útil para detectar para lesiones precancerosas. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una citología?

En el último año (hace menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2)

En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3) En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5)

Hace 5 años o más Nunca se la ha hecho NS/NES SNC

16.7- La mamografía es una radiografía que se realiza en cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cáncer de mama. ¿Se ha realizado alguna vez una mamografía?

SÍ ¿Cuándo?: _____ NO NS/NES SNC

17. DETECCIÓN DEL CANCER DE PRÓSTATA- salud masculina

RESPONDA SÓLO SI ES HOMBRE Y TIENE 39 AÑOS O MÁS, SI NO PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA.

Ahora le haré algunas preguntas sobre los exámenes de detección del cáncer de próstata.

17.1- ¿Se ha realizado alguna vez una prueba para detectar el cáncer de próstata?

SÍ ¿Cuándo?: _____ NO NS/NES SNC

17.2- ¿Ha ido alguna vez al urólogo?

SÍ ¿Cuándo?: _____ NO NS/NES SNC

18. ACCIDENTES

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre posibles accidentes (caídas, quemaduras, intoxicaciones, agresiones, golpes, accidentes de tráfico,...) que haya podido tener.

18.1- En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún tipo de **accidente doméstico** (incluyendo intoxicaciones, quemaduras, caídas, golpes, agresiones) cuyas heridas necesitaron asistencia sanitaria para curarlas?

SÍ ¿Cuántos?: _____ NO NS/NES SNC

PASE A LA PREGUNTA 18.3

18.2- En el último accidente, ¿qué tipo de asistencia requirió?

Estuve ingresado más de 24 horas en un hospital Estuve en urgencias de un hospital

Estuve en urgencias de un Centro de Salud Otro tipo de asistencia sanitaria ¿Cuál?: _____

18.3- En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún **accidente de tráfico** (como conductor, pasajero o peatón) cuyas heridas necesitaron asistencia sanitaria para curarlas?

SÍ ¿Cuántos?: _____ NO NS/NES SNC

PASE A LA PREGUNTA 18.5

18.4- En el último accidente, ¿qué tipo de asistencia requirió?

Estuve ingresado más de 24 horas en un hospital Estuve en urgencias de un hospital

Estuve en urgencias de un Centro de Salud Otro tipo de asistencia sanitaria ¿Cuál?: _____

18.5- En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún **accidente relacionado con su trabajo** cuyas heridas necesitaron asistencia sanitaria para curarlas?

SÍ ¿Cuántos?: _____ NO NS/NES SNC

PASE A LA PREGUNTA 19

18.6- En el último accidente, ¿qué tipo de asistencia requirió?

Estuve ingresado más de 24 horas en un hospital Estuve en urgencias de un hospital

Estuve en urgencias de un Centro de Salud Otro tipo de asistencia sanitaria ¿Cuál?: _____

19. SEGURIDAD VIAL

Ahora, le voy a hacer unas preguntas relacionadas con la seguridad vial.

19.1- ¿Ha ido en coche por la ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes?

SÍ NO NS/NES SNC

PASE A LA PREGUNTA 19.3

19.2- ¿Con qué frecuencia ha utilizado el cinturón de seguridad por la ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes?

Nunca Algunas veces La mayoría de las veces Siempre

Sólo por carretera o autopista Sólo por ciudad

19.3- ¿Ha ido en moto por ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes?

SÍ NO NS/NES SNC

PASE A LA PREGUNTA 19.5

19.4- ¿Con qué frecuencia ha utilizado el casco por ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes?

Nunca Algunas veces La mayoría de las veces Siempre

Sólo por carretera o autopista Sólo por ciudad

19.5- ¿Ha ido en bicicleta por ciudad, durante el último mes?

SÍ NO NS/NES SNC

PASE A LA PREGUNTA 19.7

19.6- ¿Con qué frecuencia ha utilizado el casco u otras medidas de protección, durante el último mes?

Nunca Algunas veces La mayoría de las veces Siempre

19.7- ¿Ha conducido usted ALGUNA VEZ (coche, bicicleta, moto) durante los últimos treinta días después de consumir alcohol u otra droga?

SÍ NO NS/NES SNC

19.8- ¿Ha conducido usted ALGUNA VEZ (coche, moto) durante los últimos treinta días sin seguro?

SÍ NO NS/NES SNC

HEMOS TERMINADO EL CUESTIONARIO
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO VI: Informe Comité Ético de Experimentación



A quien pueda interesar:

El Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla, habiendo examinado el Proyecto "Análisis comparativo de las conductas de salud en personas emigrantes y autóctonas de la ciudad de Sevilla" presentado por D^a. María de las Mercedes Lomas Campos, emite el siguiente informe,

El proyecto cumple los requisitos exigidos para experimentación en sujetos humanos y en animales, y se ajusta a las normativas vigentes en España y en la Unión Europea.

Sevilla, a 12 de mayo de 2009.

EL PRESIDENTE DEL COMITE,

Fdo.: Profa. Dra. María Tortolero García.

***ANEXO VII: Descripción de las variables
sociodemográficas del instrumento***

Variable	Tipo	Nivel de medición	Descripción	Valores
Sexo	Cualitativa	Nominal	Características fenotípicas predominantes	Hombre Mujer
Edad	Cuantitativa	Razón	Número de años cumplidos	25 a 44
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Estado civil de la persona	Soltero/a Vive en pareja pero sin estar casado/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a
Domicilio	Cualitativa	Nominal	Distrito de residencia de la persona en la ciudad de Sevilla	Distrito 1 al Distrito 11
Estudios	Cualitativa	Nominal	Nivel de estudios y formación	Sin estudios Estudios primarios/Graduado escolar Estudios secundarios/Bachillerato elemental/FP/Ciclo formativo básico Estudios superiores/Bachillerato superior/COU/Ciclo formativo superior Estudios universitarios medios (Diplomatura) Estudios universitarios superiores (Licenciatura/Doctorado)
Lugar de nacimiento	Cualitativa	Nominal	Continente y país de nacimiento	Europa, país: África, país: América, país: Asia, país: Oceanía, país:
Tiempo de residencia en España	Cuantitativa	Razón	Años y meses de residencia en España	0 a 250 meses
Tiempo de residencia en Sevilla	Cuantitativa	Razón	Años y meses de residencia en Sevilla	0 a 250 meses
Ocupación laboral anterior	Cualitativa	Nominal	Descripción del puesto de trabajo anterior	Empleado por cuenta ajena, En: Empleado por cuenta propia, En: Desempleado Pensionista/Jubilado Ama de casa Estudiante Incapacitado
Ocupación laboral actual	Cualitativa	Nominal	Descripción del puesto de trabajo actual	Empleado por cuenta ajena, En: Empleado por cuenta propia, En: Desempleado Pensionista/Jubilado Ama de casa Estudiante Incapacitado
Características de la vivienda-Propiedad de la vivienda	Cualitativa	Nominal	Descripción de la propiedad de la vivienda	Propia Alquilada NS/NES SNC
Características de la vivienda-Número de personas habitan en casa	Cuantitativa	Razón	Número de personas que viven en casa	1 a 6 o más NS/NES SNC

Características de la vivienda- Condiciones de la vivienda e influencia en la salud	Cualitativa	Nominal	Opinión sobre si las características de la vivienda (situación, luminosidad, humedad,...) afectan a la salud	SÍ NO NS/NES SNC
Características de la vivienda-Situación económica y hogar	Cualitativa	Nominal	Preocupaciones con respecto al hogar y la situación económica.	Compra de alimentos Pago de la hipoteca Pago de la renta o alquiler Otras (ropa, colegio niños,...) Nada NS/NES SNC

***ANEXO VIII: Descripción de las variables de conductas
de salud del instrumento***

Variable	Tipo	Nivel de medición	Descripción	Valores
Estado de salud Percibida-Percepción	Cualitativa	Nominal	Opinión del estado de salud general actual del sujeto	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo NS/NES SNC
Estado de salud Percibida- Días estado de salud excelente	Cuantitativa	Razón	Número de días, en los últimos 30 días que se sintió excelente o lleno de vida	De 0 a 30 días NS/NES SNC
Estado de salud percibida- Medidas antropométricas- peso	Cuantitativa	Razón	Autopercepción del peso del sujeto en kilogramos	De 0 a 150 Kg.
Estado de salud percibida- Medidas antropométricas- talla	Cuantitativa	Razón	Autopercepción de la talla del sujeto en metros	De 0 a 2,5 m.
Índice de Masa Corporal (IMC)	Cuantitativa	Razón	$IMC = \text{Peso (kg)} / [\text{Talla (m)}]^2$	Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO): Peso insuficiente: < 18,5. Normopeso: 18,5-24,9. Sobrepeso grado I: 25,0-26,9. Sobrepeso grado II (preobesidad):27,0-29,9. Obesidad de tipo I: 30,0-34,9. Obesidad de tipo II: 35,0-39,9. Obesidad de tipo III (mórbida): 40,0-49,9. Obesidad de tipo IV (extrema): >50.
Calidad de vida- Salud física	Cuantitativa	Razón	Autopercepción de los días, en el último mes, en que su salud física no fue buena.	De 1 a 30 días Ninguno NS/NES SNC
Calidad de vida- Salud mental	Cuantitativa	Razón	Autopercepción de los días, en el último mes, en que su salud mental no fue buena.	De 1 a 30 días Ninguno NS/NES SNC
Acceso a servicios sanitarios- Conocimiento Centro de Salud	Cualitativa	Nominal	Nombre del centro de salud donde acude	CS. Alamillo C.S Polígono Norte C.S San Luís C.S. Pumarejo C.S Amate C.S El cachorro C.S. Ronda histórica C.S. Campana C.S. Huerta del Rey C.S San Juan C.S Pino Montano B C.S. Las Palmeritas C.S El porvenir cs Montequinto CS El Greco CS Marqués de Paradas CS Virgen de los Reyes C S Nervión CS Candelaria

				CS Real de la Jara CS Cerro CS Rochelambert CS Heliopolis/ Bermejales CS Bellavista CS Carretera Carmona CS Los Gavilanes CS Amante Laffon C.S Virgen de África CS Gonzalo Bilbao CS San Jerónimo CS Polígono S. Pablo CS Torreblanca NS/NES SNC
Acceso a servicios sanitarios- consulta médica	Cualitativa	Nominal	Percepción de la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina	En el último año (menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2) En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5) Hace 5 años o más Nunca NS/NES SNC
Acceso a servicios sanitarios-consulta de enfermería	Cualitativa	Nominal	Percepción de la última vez que acudió a la consulta de enfermería	En el último año (menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2) En los últimos 5 años (hace 2 años pero menos de 5) Hace 5 años o más Nunca NS/NES SNC
Acceso a servicios sanitarios-motivo consulta de enfermería	Cualitativa	Nominal	Motivo por el que fue a la consulta de enfermería	Patologías agudas Resfriados Curas
Persona que cuida a otra- prestación de cuidados	Cualitativa	Nominal	Descripción si la persona presta cuidados a un familiar o amigo durante el último mes	SÍ NO NS/NES SNC
Persona que cuida a otra- cuidados le ocasionaron un problema de salud	Cualitativa	Nominal	Descripción si la persona que presta cuidados sufrió por ellos algún problema de salud	SÍ NO NS/NES SNC
Persona que cuida a otra-cuidados remunerados	Cualitativa	Nominal	Descripción si la persona recibió remuneración por la prestación de dichos cuidados	SÍ NO NS/NES SNC
Actitudes frente a la raza- ámbito laboral	Cualitativa	Nominal	Trato percibido de la persona en el entorno laboral en los últimos 12 meses frente a otras razas	Peor que a personas de otras razas Igual que a personas de otras razas Mejor que a personas de otras razas Peor que a personas de ciertas razas, pero mejor que a las de otras Solo está en contacto con personas de su misma raza

				NS/NES SNC
Actitudes frente a la raza- ámbito laboral	Cualitativa	Nominal	Trato percibido de la persona al solicitar asistencia sanitaria en los últimos 12 meses frente a otras razas	Peor que la de personas de otras razas Igual que la de personas de otras razas Mejor que la de personas de otras razas Peor que la de personas de ciertas razas, pero mejor que a las de otras No ha recibido atención sanitaria en los últimos 12 meses NS/NES SNC
Sueño-horas	Cuantitativa	Razón	Percepción horas sueño en un período de 24 horas	De 0 a 24 horas NS/NES SNC
Sueño-días	Cuantitativa	Razón	Número de días con sueño o descanso insuficiente en el último mes	De 1 a 30 días Ninguno NS/NES SNC
Actividad física y ejercicio físico-trabajo y actividades	Cualitativa	Nominal	Actividades que con más regularidad realiza en el trabajo	Estar de pie o sentado la mayor parte del tiempo Camina la mayor parte del tiempo Tiene que transportar cargas ligeras o debe subir escaleras o cuestras frecuentemente Es un trabajo pesado o que demanda mucho esfuerzo físico NS/NES SNC
Actividad física y ejercicio físico-práctica de ejercicio físico	Cualitativa	Nominal	Diferentes frecuencias de realización a la semana de los ejercicios físicos mencionados (Caminar- ritmo ligero, ritmo intenso-, Footing-correr-, Bicicleta- ritmo ligero, ritmo intenso-, Natación- ritmo ligero, ritmo intenso-, Deportes de raqueta o pala- tenis ,paddle, otros-, Deportes de balón- fútbol, baloncesto, balonmano, otros-, Artes marciales- Judo, Kárate-, Aerobic, Gimnasia rítmica, Pesas, Gimnasia con aparatos, Bailes de salón- salsa, tango- y Otros.	NO NS/NES SNC 1 VPS 2 VPS 3 VPS 4 o más VPS
Alimentación-desayuno lugar	Cualitativa	Nominal	Lugar donde se realiza el desayuno	Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC
Alimentación-desayuno alimentos	Cualitativa	Nominal	Alimentos ingeridos en el desayuno	Frutas Hortalizas Tubérculos Cereales Pan Bollería Fritos Embutidos Legumbres Huevos
Alimentación-desayuno bebidas	Cualitativa	Nominal	Bebidas ingeridas en el desayuno	Agua Zumos Lácteos

				Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas
Alimentación- media mañana lugar	Cualitativa	Nominal	Lugar donde se realiza la ingesta a media mañana	Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC
Alimentación- media mañana alimentos	Cualitativa	Nominal	Alimentos ingeridos en la media mañana	Frutas Hortalizas Tubérculos Cereales Pan Bollería Fritos Embutidos Legumbres Huevos
Alimentación- media mañana bebidas	Cualitativa	Nominal	Bebidas ingeridas en la media mañana	Agua Zumos Lácteos Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas
Alimentación- comida lugar	Cualitativa	Nominal	Lugar donde se realiza la comida	Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC
Alimentación- comida alimentos	Cualitativa	Nominal	Alimentos ingeridos en la comida	Frutas Hortalizas Tubérculos Legumbres Cereales Huevos Pan Carne Pescado Fritos Embutidos
Alimentación- comida bebidas	Cualitativa	Nominal	Bebidas ingeridas en la comida	Agua Zumos Lácteos Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas
Alimentación- merienda lugar	Cualitativa	Nominal	Lugar donde se realiza la merienda	Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC
Alimentación- merienda alimentos	Cualitativa	Nominal	Alimentos ingeridos en la merienda	Frutas Hortalizas Tubérculos Legumbres Cereales Huevos Pan Bollería Fritos Embutidos
Alimentación- merienda bebidas	Cualitativa	Nominal	Bebidas ingeridas en la merienda	Agua Zumos Lácteos Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas

Alimentación- cena lugar	Cualitativa	Nominal	Lugar donde se realiza la cena	Sí, en casa Sí, fuera de casa NO NS/NES SNC
Alimentación- cena alimentos	Cualitativa	Nominal	Alimentos ingeridos en la cena	Frutas Hortalizas Tubérculos Legumbres Huevos Cereales Pan Fritos Embutidos Carne Pescado
Alimentación- cena bebidas	Cualitativa	Nominal	Bebidas ingeridas en la cena	Agua Zumos Lácteos Refrescos Bebidas alcohólicas Otras bebidas
Dieta- frecuencia	Cualitativa	Nominal	Realización de dieta en los últimos seis meses	SÍ NO NS/NES SNC
Dieta-motivo	Cualitativa	Nominal	Motivo para la realización de la dieta	Colesterol Tensión arterial Diabetes Problemas de estómago, hígado, vesícula Ácido úrico Para adelgazar, no por un problema de salud Otros
Consumo de alcohol-frecuencia últimos 30 días	Cualitativa	Nominal	Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	Dos o más veces al día Una vez al día Cuatro a seis días a la semana Dos/tres días a la semana Un día a la semana Menos de un día a la semana Nunca en los últimos treinta días
Consumo de alcohol-frecuencia antes de 30 días	Cualitativa	Nominal	Consumo de bebidas alcohólicas antes de los últimos 30 días al menos una vez en semana	SÍ NO NS/NES SNC
Consumo de alcohol-años que consume al menos una vez en semana	Cuantitativa	Razón	Años que hace que consume una vez en semana bebidas alcohólicas	De 0 a 44 años
Consumo de alcohol- motivo abandono o reducción consumo	Cualitativa	Nominal	Motivo para reducir o abandonar el consumo de bebidas alcohólicas	Consejo médico Problemas de salud sin consejo médico Preocupación por sus efectos Disminuía su rendimiento Pensaba que bebía mucho Otros
Consumo de alcohol- edad inicio	Cuantitativa	Razón	Edad de inicio en el consumo de alcohol	De 0 a 44 años

Consumo de alcohol- bebidas en el último fin de semana	Cuantitativa	Razón	Frecuencia por tipo de bebida alcohólica(Cerveza (cañas, botellines) Cerveza (latas, tercios), Vino/cava (vasos), Sidra (vasos), Vermouths, bitters, finos, aperitivos, Licores dulces (manzana, pera, pacharán) (copas o chupitos), Licores como whisky, coñac, anís, ron, vodka... solos (copas), Combinados/cubatas, con whisky, coñac, anís, ron, vodka..., Carajillos) en el último fin de semana (viernes desde las 20:00 a domingo a las 24:00)	De 1 a 300 vasos/copas NO NS/NES SNC
Consumo de alcohol- bebidas en el último mes	Cuantitativa	Razón	Frecuencia por tipo de bebida alcohólica (Cerveza (cañas, botellines) Cerveza (latas, tercios), Vino/cava (vasos), Sidra (vasos), Vermouths, bitters, finos, aperitivos, Licores dulces (manzana, pera, pacharán) (copas o chupitos), Licores como whisky, coñac, anís, ron, vodka... solos (copas), Combinados/cubatas, con whisky, coñac, anís, ron, vodka..., Carajillos) en los últimos 30 días	De 1 a 300 vasos/copas NO NS/NES SNC
Consumo de alcohol- impresión beber menos	Cualitativa	Nominal	Percepción de que debería beber menos bebidas alcohólicas	SÍ NO NS/NES SNC
Consumo de alcohol- criticado por beber	Cualitativa	Nominal	Percepción de sentirse criticado a causa del consumo de bebidas alcohólicas	SÍ NO NS/NES SNC
Consumo de alcohol- sentirse mal o culpable por beber	Cualitativa	Nominal	Percepción de sentirse mal o culpable por su forma de beber	SÍ NO NS/NES SNC
Consumo de alcohol- lo primero que ha hecho en mañana ha sido beber	Cualitativa	Nominal	Percepción si en los últimos 12 meses lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de una resaca	SÍ NO NS/NES SNC
Consumo de tabaco- fumar a lo largo de la vida	Cualitativa	Nominal	Descripción si ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida	SÍ NO NS/NES SNC
Consumo de tabaco- fumar en la actualidad	Cualitativa	Nominal	Frecuencia de consumo de tabaco en la actualidad	Todos los días Algunos días Nunca
Consumo de tabaco- cantidad en la actualidad	Cuantitativa	Razón	Consumo de cigarrillos, puros o pipas al día	De 1 a 100 Ninguno NS/NES SNC
Consumo de tabaco- edad inicio	Cuantitativa	Razón	Edad de inicio en el consumo de tabaco	De 0 a 44 años
Consumo de tabaco- dejar de fumar	Cualitativa	Nominal	Deshabitación o intentos de deshabitación del tabaco en los últimos 12 meses	SÍ NO NS/NES SNC
Consumo de tabaco- tiempo que no fuma cigarrillos de manera habitual	Cualitativa	Nominal	Ausencia de consumo de cigarrillos de manera habitual	En el último mes (hace menos de 1 mes) En los últimos 3 meses (hace 1 mes pero menos de 3) En los últimos 6 meses (hace 3 meses pero menos de 6) En el último año (hace 6 meses pero menos de 1

				año) En los últimos 5 años (hace 1 año pero menos de 5) En los últimos 10 años (hace 5 años pero menos de 10) Hace 10 años o más Nunca fumó de manera habitual NS/NES SNC
Consumo de fármacos y otras drogas- automedicación	Cualitativa	Nominal	Frecuencia de automedicación en los últimos seis meses	Nunca Algunas veces La mayoría de las veces Siempre
Consumo de fármacos y otras drogas- fármacos automedicación	Cualitativa	Nominal	Tipos de fármacos automedicados en los últimos seis meses	Analgésicos Antibióticos Antiinflamatorios Otros fármacos
Consumo de fármacos y otras drogas- empleo remedios tradicionales	Cualitativa	Nominal	Empleo de remedios tradicionales antes de acudir al médico	SÍ NO NS/NES SNC
Consumo de fármacos y otras drogas- consumo de sustancias tóxicas	Cualitativa	Nominal	Consumo de sustancia tóxica o droga en los últimos seis meses	SÍ NO NS/NES SNC
Consumo de fármacos y otras drogas- tipo de drogas consumidas	Cualitativa	Nominal	Tipos drogas consumidas en los últimos seis meses	Heroína Hachís Cocaína Marihuana Pastillas (LSD, éxtasis) Otras Drogas
Consumo de fármacos y otras drogas- frecuencia consumo drogas	Cualitativa	Nominal	Frecuencia en el consumo de drogas en los últimos seis meses	Dos o más veces al día Una vez al día Cuatro a seis días a la semana Dos/tres días a la semana Un día a la semana Menos de un día a la semana
Consumo de fármacos y otras drogas- percepción drogas y estado de salud	Cualitativa	Nominal	Percepción de la influencia positiva del consumo de sustancias tóxicas o drogas en el estado de salud y bienestar de la persona	SÍ NO NS/NES SNC
Prácticas sexuales- prácticas	Cualitativa	Nominal	Personas con quien practica relaciones sexuales	Personas de su mismo sexo Personas de distinto sexo Indistintamente NS/NES SNC
Prácticas sexuales- métodos anticonceptivos	Cualitativa	Nominal	Frecuencia en el uso de los diferentes métodos anticonceptivos (Marcha atrás, Preservativo masculino, Preservativo femenino, DIU, Anticonceptivos orales, Píldora postcoital)	Nunca Algunas veces La mayoría de las veces Siempre
Prácticas sexuales- padecimiento ETS	Cualitativa	Nominal	Padecimiento de una ETS	SÍ, ¿Cuál? NO NS/NES SNC

Prácticas sexuales- prueba VIH	Cualitativa	Nominal	Realización de la prueba del VIH (prueba de saliva)	SÍ NO NS/NES SNC
Prácticas sexuales- planificación familiar	Cualitativa	Nominal	Asistencia a una consulta con un profesional de Planificación Familiar para informarse sobre la práctica de relaciones sexuales con su pareja	SÍ NO NS/NES SNC
Vacunas- inmunoprofilaxis últimos 10 años	Cualitativa	Nominal	Inmunoprofilaxis en Tétanos- Difteria, Tuberculosis, Gripe u Otras vacunas en los últimos 10 años.	SÍ NO NS/NES SNC
Salud de la mujer- embarazo actual	Cualitativa	Nominal	Está embarazada actualmente	SÍ NO NS/NES SNC
Salud de la mujer- embarazo anterior	Cualitativa	Nominal	Ha estado embarazada anteriormente	SÍ, N° NO NS/NES SNC
Salud de la mujer- aborto	Cualitativa	Nominal	Ha tenido algún aborto	SÍ, N° NO NS/NES SNC
Salud de la mujer- tipo de aborto	Cualitativa	Nominal	Fue un aborto espontáneo	SÍ NO NS/NES SNC
Salud de la mujer- ginecólogo	Cualitativa	Nominal	Última vez asistió a la consulta del ginecólogo	En el último año (hace menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2) En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3) En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5) Hace 5 años o más Nunca ha ido NS/NES SNC
Salud de la mujer- citología	Cualitativa	Nominal	Última vez que se realizó una citología	En el último año (hace menos de 12 meses) En los últimos 2 años (hace 1 año pero menos de 2) En los últimos 3 años (hace 2 años pero menos de 3) En los últimos 5 años (hace 3 años pero menos de 5) Hace 5 años o más Nunca se la ha hecho NS/NES SNC
Salud de la mujer- mamografía	Cualitativa	Nominal	Última vez que se realizó una mamografía	SÍ ¿Cuándo? NO NS/NES SNC
Detección cáncer de próstata- prueba	Cualitativa	Nominal	Realización de prueba para detectar el cáncer de próstata	SÍ ¿Cuándo? NO NS/NES SNC

Detección cáncer de próstata-urólogo	Cualitativa	Nominal	Asistencia alguna vez al urólogo	SÍ ¿Cuándo? NO NS/NES SNC
Accidentes-accidente doméstico	Cualitativa	Nominal	Descripción si en los últimos 12 meses ha sufrido un accidente doméstico (incluyendo intoxicaciones, quemaduras, caídas, golpes, agresiones), cuyas heridas necesitaron asistencia sanitaria para curarlas	SÍ ¿Cuántos? NO NS/NES SNC
Accidentes- último accidente doméstico asistencia sanitaria	Cualitativa	Nominal	Necesidad de asistencia sanitaria en el último accidente doméstico	Estuve ingresado más de 24 horas en un hospital Estuve en urgencias de un hospital Estuve en urgencias de un Centro de Salud Otro tipo de asistencia sanitaria ¿Cuál?
Accidentes- accidente de tráfico	Cualitativa	Nominal	Descripción si en los últimos 12 meses ha sufrido un accidente de tráfico (como conductor, pasajero o peatón), cuyas heridas necesitaron asistencia sanitaria para curarlas	SÍ ¿Cuántos? NO NS/NES SNC
Accidentes- último accidente de tráfico asistencia sanitaria	Cualitativa	Nominal	Necesidad de asistencia sanitaria en el último accidente de tráfico	Estuve ingresado más de 24 horas en un hospital Estuve en urgencias de un hospital Estuve en urgencias de un Centro de Salud Otro tipo de asistencia sanitaria ¿Cuál?
Accidentes- accidente relacionado con el trabajo	Cualitativa	Nominal	Descripción si en los últimos 12 meses ha sufrido un accidente relacionado con el trabajo cuyas heridas necesitaron asistencia sanitaria para curarlas	SÍ ¿Cuántos? NO NS/NES SNC
Accidentes- accidente relacionado con el trabajo asistencia sanitaria	Cualitativa	Nominal	Necesidad de asistencia sanitaria en el último accidente relacionado con el trabajo	Estuve ingresado más de 24 horas en un hospital Estuve en urgencias de un hospital Estuve en urgencias de un Centro de Salud Otro tipo de asistencia sanitaria ¿Cuál?
Seguridad vial-coche	Cualitativa	Nominal	Descripción si ha ido en coche por la ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes	SÍ NO NS/NES SNC
Seguridad vial-coche y uso cinturón	Cualitativa	Nominal	Frecuencia de uso del cinturón de seguridad por la ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes	Nunca Algunas veces La mayoría de las veces Siempre Sólo por carretera o autopista Sólo por ciudad
Seguridad vial-moto	Cualitativa	Nominal	Descripción si ha ido en moto por ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes	SÍ NO NS/NES SNC
Seguridad vial-moto y uso casco	Cualitativa	Nominal	Frecuencia de uso del casco por ciudad, carretera o autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes	Nunca Algunas veces La mayoría de las veces Siempre Sólo por carretera o autopista Sólo por ciudad

Seguridad vial- bicicleta	Cualitativa	Nominal	Descripción si ha ido en bicicleta por la ciudad durante el último mes	SÍ NO NS/NES SNC
Seguridad vial- bicicleta y uso de casco u otras medidas de protección	Cualitativa	Nominal	Frecuencia de uso del casco u otras medidas de protección, durante el último mes	Nunca Algunas veces La mayoría de las veces Siempre
Seguridad vial- conducción y consumo de alcohol o drogas	Cualitativa	Nominal	Descripción si ha conducido usted alguna vez (coche, bicicleta, moto) durante los últimos treinta días después de consumir alcohol u otra droga	SÍ NO NS/NES SNC
Seguridad vial- conducción sin seguro	Cualitativa	Nominal	Descripción si ha conducido usted alguna vez (coche, moto) durante los últimos treinta días sin seguro	SÍ NO NS/NES SNC