



**CONDUCTAS DE SALUD EN POBLACIÓN
INMIGRANTE CHINA ADULTA DE LA CIUDAD DE
SEVILLA**

Tesis Doctoral

Programa de Doctorado

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

Departamento de Enfermería

Universidad de Sevilla

Directores de Tesis

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

Prof. Dr. D. Sergio Barrientos Trigo

Doctoranda

Bárbara Badanta Romero

Sevilla, Mayo 2017



**HEALTH BEHAVIORS IN CHINESE INMIGRANT
ADULT POPULATION IN SEVILLE**

Doctoral Thesis

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

Professor Ph. D. Sergio Barrientos Trigo

Ph.D.Student

Bárbara Badanta Romero

Seville, May 2017



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 “**CONDUCTAS DE SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE CHINA ADULTA DE LA CIUDAD DE SEVILLA**”, cuya autora es Dña. Bárbara Badanta Romero, 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 17 de mayo de 2017

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



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Prof. Dr. D. SERGIO BARRIENTOS TRIGO, Profesor Sustituto Interino del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, como Director de la Tesis Doctoral **“CONDUCTAS DE SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE CHINA ADULTA DE LA CIUDAD DE SEVILLA”**, cuya autora es Dña. Bárbara Badanta Romero, 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 17 de mayo de 2017

Dr. D. Sergio Barrientos Trigo

AGRADECIMIENTOS

Hoy doy por finalizado este trabajo, pero en mí permanecen los recuerdos y personas que durante este largo proceso me han acompañado. Todos/as los/as que de alguna forma habéis contribuido a que este proyecto fuera posible, tenéis mi más sincero agradecimiento:

A los directores de esta Tesis Doctoral; a la Dra. M^a Mercedes Lomas Campos, porque con un café hace ya algunos años, depositó en mí su confianza para abordar la salud en la comunidad china. Aun sabiendo que sería duro, siempre creyó en mi capacidad y me proporcionó en todo momento ánimos para continuar. Este no ha sido el primer trabajo realizado bajo su tutela y puedo decir que sus noches en vela son mi mayor tranquilidad. Al Dr. Sergio Barrientos Trigo, por su respaldo, excelencia personal, generosidad y dedicación sin límites. Puedo decir que ha sido tan importante como lo son mis manos. Además, compartir las últimas modificaciones la noche previa a su boda requiere algo más que un “gracias”; merece un “te quiero, AMIGO”.

A la Dra. Rocío de Diego Cordero, mi amiga Ro, porque solo por ayudarme, ella misma habría redactado este trabajo si la hubiese dejado. Por su apoyo incondicional recibido cuando volvía triste por un duro día de trabajo de campo, permaneciendo siempre discreta y en la sombra, pero aportando todo el apoyo que he necesitado y mucho más.

Gracias a Antonio Liu Yang, Javier Zhou y Taciana Fisac, por atender todas mis consultas cuando aún no sabía cómo acercarme a la población china. Comprendí que esto no podía hacerlo sola; necesitaba un ejército de personas expertas y preparadas que me guiaran cuando mis decisiones no fuesen acertadas. Justo ahí conocí a “mis ángeles”, como me gusta llamarlas; profesoras del curso “Acercamiento a la Lengua y Cultura Chinas” en el que me inscribí con la inocente idea de traducir por mí misma el cuestionario que más tarde emplearía. Muchísimas gracias; de no ser por vosotras aun estaría redactando la herramienta usando pīnyīn. En especial, mi agradecimiento más sincero a Yazhen Zang, Sylvia Tang, Jill Si y Christiana Li; fuisteis muy buenas conmigo y sin duda habéis despertado un gran interés en mí por seguir aprendiendo chino mandarín.

A todas aquellas personas, entidades, centros y grupos que han difundido y colaborado en este trabajo: Shan Lu de Salamanca, Antonio y Chari, Juan Carlos Palomo, Virginia de “La Plata”,

Angdy, Sun Min, Tong Liu, Raúl Ling, Mimi Lin, Yuan, Academia Oso Panda, La Casa China, Colegio Público Mariana de Pineda, grupo de Facebook Chino en Sevilla, Pino Asesores. Agradecimiento especial merecen Carlos Chan y Ana Liu, a quienes tantas veces he llamado y con gran amabilidad me han atendido en Mandarin Centers y el Centro de Cultura China de Sevilla. Me ha encantado conocer el gran amor con el que trabajáis y el bien que hacéis a la comunidad china.

A Qi Wang, a quien conocí en un Burger King; porque ahí empezó su calvario conmigo, nunca dejando de atenderme cuando le enviaba millones de fotos con palabras indescifrables para mí. A Tingting, una chica china del gremio; ¡creí que me volvía loca cuando me hablaron de ti! Ojalá hagas que la medicina tradicional china pueda adquirir un espacio en nuestro sistema de salud.

A Guanpeng Lin, por su gran amabilidad y por conseguir que probase por primera vez la comida china; ¡excelente tu restaurante!

Como no mencionar la colaboración y simpatía de Gonzalo Miranda. Pensaba que nunca lograría contactar con él, pero quizás yo soy más insistente que él ocupado... Y al final habló y mucho. Gracias por tu disposición, por abrirme nuevas puertas y permitirme conocer a Alberto y Juan Dong, otras personas encantadoras que tuvieron que sufrir mi presencia durante más de una hora y media en el trabajo y en su propia casa. Gracias a los tres, ¡sois un buen equipo!

A David, mi darling, porque a estas alturas sabe más que yo cómo es la salud de las personas chinas de Sevilla. Siempre escuchándome cuando venía narrando anécdotas nuevas y apoyándome cuando me vencía la desesperación por un trabajo que no parecía que fuese a terminar nunca. A mis padres, que un fin de semana tras otro se han resignado a no verme, sabiendo a qué se debía mi encierro. Por tanto como me queréis, ¡ahora os merecéis una buena recompensa!

A toda mi familia (incluyendo a mi gordito que me estará viendo), porque me dan muestras del orgullo que sienten cuando les digo que finalmente podré ser Doctora. Y a mi abuela, que tenía más ganas que yo de darle fin a esta tesis.

Gracias a todos/as mis amigos/as, las GUAPAS y mis compis de la Facultad por sus “¿cómo lo llevas”, “ya falta menos”, “ánimo, tu puedes”. Todos/as han estrujado sus sesos intentando

averiguar cómo ayudarme: “quizás yo pueda hablar con...” “¿te valdría una persona china que conozco en mi barrio?”. Pero lo mejor de todo ha sido la temporada que han soportado mis audios a través de WhatsApp, mencionando las nuevas palabras que iba aprendiendo en chino y que principalmente eran: hola, ¿cómo estás?, gracias, zanahoria, patata y alguna fruta más. Especial agradecimiento a mis Divinos/as, por cuidar de mi salud mental durante todo este tiempo. Saben que he pasado buenos y malos momentos y siempre han estado ahí, dándome su cariño y aportando ideas como la de llamar a la Embajada China y otras más. Sin duda será un placer compartir el momento de la defensa con todos/as vosotros/as.

Con todo el cariño del mundo doy las gracias a todos/as vosotros/as, “mis chinos/as”. Valoro mucho vuestra atención aun no sabiendo expresarme en mandarín, molestando en bazares y restaurantes mientras atendíais a clientes/as, volviendo varios días hasta conseguir vuestra participación. En compensación, tengo que decir que también a veces he ayudado a despachar a la clientela, a sostener y hacer carantoñas a los/as niños/as pequeños para que pudieseis rellenar el cuestionario o he consumido ciertos productos naturales recomendados para la salud sin saber qué eran.

Por más horas que haya pasado en la calle, a veces con calor y otras con frío; por más negativas que algunos días haya obtenido, habéis sacado la “Leininger” que llevo dentro. Solo puedo estar agradecida y entusiasmada con el descubrimiento profesional y personal que he hecho de una cultura que lleva conviviendo con nosotros -los “mi armas”- bastantes años.

Sabes que sin ti esto no habría sido posible

”La mujer que enseña en India debe conocer el idioma, la religión, las supersticiones y costumbres de la mujer a la que enseña”

Florence Nightingale

La presente Tesis Doctoral, sin caer en expresiones forzadas o artificiosas de la lengua, ha sido orientada para un uso adecuado de la misma y de las alternativas al masculino genérico, evitando de esta forma la discriminación sexista en el lenguaje.

ÍNDICES

ÍNDICE

I: INTRODUCCIÓN	20
II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	25
1. Calidad de vida y Promoción de la Salud	25
1.1. Introducción	25
1.2. Determinantes de la salud y Conductas Promotoras de Salud.....	27
1.3. Salud en la edad adulta	33
2. Conceptualización de la migración	36
2.1. Introducción	36
2.2. Marco migratorio Internacional	38
2.3. La Inmigración en España	40
2.3.1. El contexto de la Inmigración autonómica y local: Andalucía y Sevilla .	44
2.4. Movimientos migratorios y características de la Comunidad China	50
3. Inmigración y Salud	56
3.1. Introducción	56
3.2. Población inmigrante y Normativa del Sistema Sanitario.	56
3.3. Estado de salud de la población inmigrante.....	59
3.4. Salud intercultural derivada de la Medicina Tradicional China (MTC)	61
4. Corrientes enfermeras de Cuidados Culturales	66
4.1. Introducción	66
4.2. Teorías y Modelos de los Cuidados Transculturales.....	70
4.2.1. Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger	71
4.2.2. El Modelo de Competencia Cultural de Purnell.....	78
4.2.3. El Modelo de Herencia Cultural y Tradiciones de Salud de Rachel Spector	81
4.2.4. Competencia Cultural en los servicios de cuidado de la salud de Campinha-Bacote	83
III: OBJETIVOS	87
1. Objetivos generales	87
2. Objetivos específicos	87
IV: METODOLOGÍA	89
1. Diseño del estudio	89
2. Población y muestra del estudio	90

2.1. Población.....	90
2.2. Muestra	93
2.3. Muestreo	94
3. Criterios de selección	95
4. Métodos de recolección de la información	96
5. Instrumento de recogida de la información.....	99
5.1. Calidad del instrumento	101
6. Variables del estudio	103
7. Almacenamiento, organización y análisis de los datos	110
7.1. Análisis estadístico de los datos cuantitativos	110
7.2. Almacenamiento, organización y análisis de los datos cualitativos	111
7.2.1. Evaluación de la calidad durante el análisis cualitativo de los datos	112
8. Consideraciones éticas	114
V: RESULTADOS.....	116
1. Resultados Estudio Cuantitativo	116
1.1. Perfil sociodemográfico	116
1.1.1. Procedencia y residencia en España.....	118
1.1.2. Características físicas	121
1.1.3. Actividad económica y laboral.....	122
1.1.4. Hogar/vivienda	124
1.1.5. Cuidado de otras personas.....	127
1.1.6. Actitud de las personas hacia la etnia.....	127
1.2. Conductas de salud	128
1.2.1. Seguridad vial.....	128
1.2.2. Tabaco, alcohol y drogas ilícitas	129
1.2.3. Sueño y descanso	132
1.2.4. Actividad física y deporte	132
1.2.5. Alimentación y dietas.....	134
1.2.6. Acceso a los servicios sanitarios	136
1.2.7. Consumo de medicamentos.....	139
1.2.8. Prácticas preventivas	141
1.2.9. Prácticas Sexuales	144
1.3. Prevalencia de problemas de salud	146
1.3.1. Estado de salud percibido y calidad de vida	146
1.3.2. Patologías o problemas de salud	147
1.3.3. Accidentabilidad.....	149

1.3.4. Salud mental.....	150
1.3.5. Apoyo emocional	151
2. Descripción cualitativa de los resultados	153
2.1. Proceso Migratorio.....	153
2.1.1. Perfil socio-demográfico	153
2.1.2. Motivos/expectativas de la migración.....	154
2.1.3. Residencia en Sevilla	155
2.1.4. Aculturación/ adaptación a una nueva cultura	157
2.1.5. Duelo o pérdidas.....	158
2.2. Red de apoyo y relaciones sociales.....	159
2.2.1. Red de apoyo inicial	159
2.2.2. Lazos sociales entre la comunidad china	161
2.2.3. Relaciones de género.....	162
2.2.4. Convivencia con otras etnias.....	163
2.2.5. Estereotipos/Prejuicios	164
2.3. Actividad laboral.....	166
2.3.1. Concepción del trabajo.....	166
2.3.2. Condiciones laborales	167
2.3.3. Sector laboral.....	167
2.4. Estilos de vida.....	168
2.4.1. Seguridad Vial	168
2.4.2. Tabaquismo	170
2.4.3. Consumo de alcohol y otras bebidas	170
2.4.4. Drogas ilícitas.....	172
2.4.5. Deporte/Actividad Física.....	172
2.4.6. Ocio	173
2.4.7. Alimentación	174
2.4.8. Remedios y medicamentos empleados.....	178
2.4.9. Religión/ Filosofía de vida	179
2.4.10. Sexualidad	180
2.5. Accesibilidad al Sistema Sanitario.....	182
2.5.1. Uso de los servicios sanitarios	182
2.5.2. Sanidad China/ España.....	184
2.5.3. Mejoras en el Sistema de Salud en España y Sevilla	185
2.6. Estado de Salud.....	186
2.6.1. Problemas de salud.....	186
2.6.2. Riesgos laborales para la salud.....	188

VI: DISCUSIÓN	190
1. Proceso metodológico	190
2. Proceso migratorio	192
2.1. Perfil sociodemográfico	192
2.2. Motivos/expectativas de la migración	195
2.3. Residencia en Sevilla	196
2.4. Duelo migratorio y aculturación	200
3. Red de apoyo y relaciones sociales	201
3.1. Relaciones de género	203
3.2. Convivencia con otras etnias, estereotipos y prejuicios.....	204
4. Actividad laboral	208
5. Estilos de vida	212
5.1. Seguridad vial	212
5.2. Tabaco, alcohol y drogas ilícitas	213
5.3. Descanso, actividad física y ocio/tiempo libre	216
5.4. Alimentación.....	219
5.5. Religión/ Filosofía de vida.....	221
5.6. Remedios y medicamentos empleados	222
5.7. Prácticas preventivas.....	224
5.8. Prácticas sexuales.....	226
6. Accesibilidad y uso del Sistema Sanitario	228
7. Estado de salud	233
7.1. Problemas de salud	234
VII: LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS	241
1. Limitaciones	241
2. Prospectivas	242
VIII: CONCLUSIONES/CONCLUSIONS	244
1. Conclusiones	244
2. Conclusions	246
IX: RESUMEN/ABSTRACT	250
1. Resumen	250
2. Abstract	252

X: BIBLIOGRAFÍA	255
XI: ANEXOS	281
ANEXO I. Distritos y barrios oficiales de la ciudad de Sevilla.....	281
ANEXO II a. Consentimiento informado (castellano).....	282
ANEXO II b. Consentimiento informado (chino mandarín).....	284
ANEXO III. Registro de la captación presencial de la población china en la ciudad de Sevilla.....	285
ANEXO IV. Mensajería para captación online de población china en la ciudad de Sevilla.....	292
ANEXO V a. Cuestionario sobre conductas de salud para población inmigrante china de la ciudad de Sevilla (castellano).....	293
ANEXO V b. Cuestionario sobre conductas de salud para población inmigrante china de la ciudad de Sevilla (chino mandarín).....	311
ANEXO VI. Guión de entrevista en profundidad para informantes clave.....	330
ANEXO VII. Informe del Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía.....	333

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS

I: FIGURAS

Figura 1. Modelo socioeconómico de Salud de Dahlgren y Whitehead (1991).....	29
Figura 2. Distribución absoluta por Comunidad Autónoma de extranjeros/as en Régimen Comunitario (RC) o Régimen General (RG).....	43
Figura 3. Distribución absoluta de extranjeros/as con R.C o R.G en Andalucía por provincias.....	46
Figura 4. Mapa de la República Popular de China y sus principales provincias.....	52
Figura 5. Distribución absoluta de población de origen chino en España por Comunidad Autónoma.....	54
Figura 6. Mapas de la provincia de Zhejiang y sus principales ciudades.....	55
Figura 7. Relaciones de los cinco elementos.....	63
Figura 8. Paradigmas de la Enfermería.....	68
Figura 9. Modelo del Sol Naciente de M.Leininger.....	76
Figura 10. Modelo de Purnell para la Competencia Cultural.....	80
Figura 11. Distritos de la ciudad de Sevilla.....	91
Figura 12. Mapa de la República Popular de China: principales provincias.....	118

II: GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución del volumen de población extranjera empadronada en España; período 2001-2006.....	41
Gráfico 2. Distribución porcentual por grupos de edad de extranjeros/as con R.C o R.G en España según principales CC.AA.....	43
Gráfico 3. Pirámide de población española y extranjera en 2014.....	47
Gráfico 4. Distribución de la población extranjera en la ciudad de Sevilla.....	49
Gráfico 5. Distribución de la población extranjera en Sevilla según su origen y distrito de residencia.	50
Gráfico 6. Evolución del número de residentes de las principales comunidades asiáticas en España; período 1991-2016.....	51
Gráfico 7. Distribución por distritos de la población de origen chino residente en la ciudad de Sevilla entre 19-44 años.....	92
Gráfico 8. Flujograma de captación presencial de participantes en los cuestionarios sobre conductas de salud.....	97
Gráfico 9. Flujograma de captación online de participantes en los cuestionarios sobre conductas de salud.....	98
Gráfico 10. Distribución por distritos de la población de origen chino encuestada en la ciudad de Sevilla.	119
Gráfico 11. Distribución en zona este u otras zonas de Sevilla de la población china encuestada según sexo y tiempo de permanencia en Sevilla.....	121
Gráfico 12. Evolución de la ocupación laboral de la población china encuestada por sectores profesionales.	123

Gráfico 13. Distribución porcentual de las personas que conviven en el hogar de la población china encuestada.	125
Gráfico 14. Vehículo empleado como conductor/a o pasajero/a por la población china encuestada en el último mes según el sexo.....	128
Gráfico 15. Alimentos consumidos diariamente por la población china encuestada...	135
Gráfico 16. Última consulta sanitaria realizada por la población china encuestada....	137
Gráfico 17. Tipo de servicio de urgencias empleado por la población china encuestada en los últimos 12 meses.....	138
Gráfico 18. Principales grupos de medicamentos consumidos por la población china encuestada en las últimas 2 semanas.....	140
Gráfico 19. Vacunas administradas a la población china encuestada en los últimos 10 años.....	141
Gráfico 20. Prácticas preventivas de salud cardiovascular en la población china encuestada.....	142
Gráfico 21. Prácticas preventivas de salud ginecológica en mujeres chinas encuestadas.....	144
Gráfico 22. Motivos para la realización de prácticas preventivas ginecológicas en las mujeres chinas encuestadas.....	144
Gráfico 23. Satisfacción con la vida de la población china encuestada.....	152

III: TABLAS

Tabla 1. Población de nacionalidad extranjera residente en España en 2016.....	42
Tabla 2. Tasas de actividad, paro y empleo de la población española y extranjera de 16 y más años por nacionalidad y sexo en Andalucía.	48
Tabla 3. Porcentaje de población china en las principales CCAA españolas; período 1995-2008.....	53
Tabla 4. Asociaciones y atributos de los cinco elementos.....	65
Tabla 5. Distribución por distritos de la población de origen chino residente en la ciudad de Sevilla entre 19-44 años.....	92
Tabla 6. Perfil de los/as agentes clave entrevistados/as.....	95
Tabla 7. Cuestionario sobre conductas de salud empleado en la fase cuantitativa del estudio.....	100
Tabla 8. Variables cualitativas con escala de medición nominal.....	104
Tabla 9. Variables cualitativas con escala de medición ordinal.....	105
Tabla 10. Variables cuantitativas numéricas.....	106
Tabla 11. Variables cuantitativas continuas.....	106
Tabla 12. Categorías y subcategorías establecidas para los discursos de la fase cualitativa del estudio.....	107
Tabla 13. Relación muestra estimada/encuestada: distribución en base al distrito de residencia y el sexo.....	116
Tabla 14. Perfil sociodemográfico de la población de origen chino encuestada.....	117
Tabla 15. Distribución geográfica en Sevilla de la población china encuestada según tiempo de permanencia en España y Sevilla.....	120

Tabla 16. Distribución del sector laboral ocupado por la población china encuestada según sexo.....	123
Tabla 17. Satisfacción de la población china encuestada con las condiciones de la vivienda.....	126
Tabla 18. Grado de preocupación de la población china encuestada sobre la situación económica familiar.....	126
Tabla 19. Bebidas alcohólicas consumidas por la población china encuestada.....	131
Tabla 20. Tipos de actividad física y tiempo dedicado por la población china encuestada en los últimos 7 días.....	134
Tabla 21. Consumo habitual de alimentos por la población china encuestada.....	134
Tabla 22. Adquisición de los medicamentos consumidos por la población china encuestada.	141
Tabla 23. Métodos anticonceptivos y/o de prevención de ITS empleados por la población china encuestada.....	145
Tabla 24. Prevalencia de los problemas de salud más frecuentes en la población china encuestada.	148
Tabla 25. Prevalencia de dolores o síntomas padecidos por la población china encuestada en las últimas 2 semanas.....	148
Tabla 26. Prevalencia de restricciones de la actividad cotidiana en la población china encuestada según dolores o síntomas padecidos.....	149
Tabla 27. Estado de salud mental de la población china encuestada.....	151
Tabla 28. Apoyo afectivo recibido por la población china encuestada.....	151
Tabla 29. Fuente de apoyo afectivo recibido por la población china encuestada.....	152

INTRODUCCIÓN

I: INTRODUCCIÓN

La salud como derecho, aspiración y recurso al mismo tiempo, es una necesidad central en las decisiones sociosanitarias de ámbitos tanto públicos como privados (Palomino, Grande & Linares, 2014). Dado que los procesos físicos ocurren dentro de una matriz política, social, económica y cultural, garantizar la salud se convierte en un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar (Frenk, 2016).

Para conseguir las condiciones y medios necesarios para que las personas y comunidades logren mejorar su salud a través del desarrollo de sus propias capacidades, es necesaria la Promoción de la Salud como herramienta para abordarla en términos positivos (Márquez, Villegas, Gosalbes & Martínez, 2014).

Según señala la Organización Mundial de la Salud, otros elementos clave e influyentes en la salud son la cultura y transculturalidad (OMS, 1986). Ambas se hacen indispensables teniendo en cuenta la creciente migración objetivable a nivel mundial. Y es que todo proceso migratorio genera cambios en la vida de las personas que inciden directamente en la salud, modificando sus relaciones y estructuras sociofamiliares, condiciones laborales, hábitos como la alimentación, consumo de alcohol o tabaco, etc. (Flynn, Carreón, Eggerth, & Johnson, 2014; Marrero, 2013). Tanto las variables psicosociales (percepción de problemas del entorno, satisfacción con aspectos de la vida o el apoyo afectivo) como los factores estructurales (lugar de residencia, edad, sexo, educación, ingresos) contribuyen a la creación de determinados estilos de vida promotores o no de la salud en estas personas (Vidal *et al.*, 2014).

Aunque los conflictos económicos y políticos actuales están generando mayor migración de tipo Sur-Sur, cabe destacar que España en 2013, ya se encontraba entre los 10 primeros países de destino de la población migrante (World Bank Group, 2016).

A 1 de enero de 2015, el número de personas con nacionalidad de terceros países que residían en un Estado miembro de la Unión Europea (UE) era de 19,8 millones, lo cual representaba el 3,9 % de la población de la UE. También en este año, aunque España notificase un mayor número de emigrantes que de inmigrantes, se posicionó como el cuarto país con mayor número total de inmigrantes tras Alemania, Reino Unido y Francia. Otro factor que hace vislumbrar la diversidad sociocultural es que ya en 2014, España registró el mayor número de personas que adquirieron la nacionalidad, constituyendo el 23 % del total en la UE (Eurostat, 2017).

Al entender la cultura como un modo de organizar el movimiento permanente de la vida cotidiana, se trata de un elemento configurador de conductas, de modos de ser y actuar (Díaz & Uranga, 2011). Esto quiere decir que en función de la misma varían las perspectivas sobre la salud y enfermedad, la noción sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento o la forma de expresar los síntomas (Generalitat de Catalunya, Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud, 2007). No obstante, tanto el desconocimiento y desinformación sobre los medios asistenciales disponibles (Gao, Dutta, & Okoror, 2015), como los choques culturales que pueden coexistir con otras barreras como las dificultades idiomáticas, problemas económicos, discriminación, etc., dificultan la accesibilidad a los recursos sanitarios generando desigualdades en salud.

Es común que a la falta de conocimientos por parte de los y las profesionales de la salud sobre las necesidades específicas de los grupos migratorios (Aizenberg, Rodríguez & Carbonetti, 2015), se unan visiones negativas, estereotipadas y prejuiciosas. A consecuencia de ello se producen diagnósticos erróneos, insatisfacción, resistencia del/de la inmigrante a acudir a los centros de asistencia sanitaria o saturación de servicios específicos como los de urgencias y en definitiva, empeoramiento de su estado de salud (Zandoviene & Lleixá, 2015).

Las necesidades surgidas en materia de salud, junto con los cambios demográficos y socioculturales, hace que la Enfermería Transcultural se presente como herramienta útil para proporcionar un contexto de ejercicio y abordaje de las creencias, prácticas y problemas relacionados con la salud, que forman parte de las experiencias de personas procedentes de culturas diferentes (Martínez & Calzado, 2006; Leno, 2006, 2008). Se trata de apostar por teorías o modelos que rompan las tendencias a ver la situación de contacto cultural como algo conflictivo y la atención sociosanitaria desde un paternalismo protector etnocentrista. Supone dejar de colocar al endogrupo en lo verdadero y a los exogrupos en la equivocación, como personas que no saben y deben ser guiadas (Chamorro, 2001; Leininger, 1999).

Aunque estrategias políticas de la Junta de Andalucía como el III Plan para la Inmigración de Andalucía Horizonte 2016, -aprobado mediante el Decreto 124/2014, de 2 de septiembre- proponen mejorar la información y accesibilidad a los recursos sociosanitarios de la población extranjera, integrar la perspectiva familiar y de género en el modelo de atención integral, fomentar la participación de las personas migrantes en los servicios de salud y en su propio

proceso de atención entre otros, la realidad evidenciada es la infrarrepresentación de la población inmigrante en estudios referentes a la salud. Esta se refleja en algunos de índole público, tal es el caso del Estudio INJUVE 2014, realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2015). No solo la población española conforma el 93,6% de la muestra, sino que los/as extranjeros no quedan desagregados/as por origen étnico, nacionalidad o país de procedencia, al igual que sucede en otros estudios donde la distinción se establece únicamente en base a la nacionalidad española o extranjera (Gil & Vidal, 2015) o ni siquiera eso (Encuesta Nacional de salud sexual de 2009 realizada por el Ministerio de Igualdad y Política Social). En el caso de la Encuesta Nacional de Salud en España (MSSSI, ENSE 2011/12) analizada por González, La Parra, Martín, & Malmusi (2014), mostraron que para los once países de nacimiento considerados, la muestra contenía un número menor de hombres y mujeres de los/as que cabría esperar teniendo en cuenta la población empadronada. A pesar de ello, la ENSE 2011/12 y otras encuestas de salud poblacionales con periodicidad interrumpida (Informe Anual Andalucía e Inmigración 2013) o resultados obsoletos (Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007, realizada y publicada por el Instituto Nacional de Estadística en 2008) son fuentes muy empleadas para conocer la situación migratoria, el estado de salud y uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en España y para su comparación con la población autóctona.

Los sesgos cometidos, deficiencias metodológicas y la homogeneización de la población, también son sometidos a críticas por otros/as autores/as (Malmusi & Jansà, 2007; Vázquez, Vargas & Aller, 2014), ya que cuando se comienza a desagregar a la población inmigrante por su procedencia, las diferencias se hacen llamativas, siendo un ejemplo de ello el uso de los servicios de salud.

Aunque a veces se incluye la mayor parte de las nacionalidades más representativas en España, la extrapolación de los resultados a toda la población inmigrante en general, obvia realidades en otros grupos no representados como los procedentes de Asia (Ronda, Agudelo, López, García & Benavides, 2014). En otros casos, las herramientas empleadas para la obtención de la información carecen de las adaptaciones lingüísticas necesarias (Requena *et al.*, 2013).

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 de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (Universidad de Sevilla).

Durante el período de ejecución de este trabajo, se ha realizado una estancia de investigación predoctoral durante tres meses bajo la temática “Transculturalidad, migración y género como determinantes de la salud” en la Escola de Saúde de la Universidade do Algarve en Faro, Portugal.

El trabajo desarrollado se posiciona a favor de la consecución del III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía Horizonte 2016; concretamente se circunscribe al objetivo de promover la plena integración de las personas inmigrantes en Andalucía.

Partiendo de un estudio piloto previo con población de origen chino en Sevilla (García, 2011), la relevancia de este estudio se hace visible al superar las limitaciones asociadas a la tipología del trabajo anterior y al elevado índice de no respuesta que impidieron establecer conclusiones relativas a ciertas variables con un adecuado rigor científico, aunque sí generar determinadas hipótesis que serán contrastadas en esta investigación. Constituirá así un punto de partida para descubrir las necesidades de salud de este colectivo invisibilizado hasta ahora y evaluar los recursos sociosanitarios disponibles, permitiendo todo ello planificar intervenciones de manera adecuada y contextualizada en un grupo culturalmente diferente al de la sociedad occidental en la que se inserta.

El último fin es el de posibilitar líneas de investigación y actuación desde la disciplina enfermera, que promuevan la prestación de cuidados culturalmente competentes, potenciando una buena calidad de vida a través de estilos de vida saludables en la población inmigrante.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Calidad de vida y Promoción de la Salud

1.1.Introducción

La salud, como experiencia subjetiva valorada de acuerdo con los criterios sociales que prevalecen en cada sociedad, debe ser considerada como un proceso de adaptación continuado a lo largo de la vida de la persona, discurriendo de forma paralela a la cultura del grupo que se va conformando, aumentando y modificando. Por tanto, la cultura como determinante del nivel de salud, a través de las funciones de socialización facilita la persistencia y vigencia de la propia concepción de salud (García, Vera & Campo, 2002; Girbau, 2002; Herrero, 2016).

Hacia el s. XX, la salud como concepto evolucionó desde un enfoque negativista y biologicista -caracterizado por la búsqueda de las causas de la enfermedad centradas en la persona- a otro más optimista y multicausal donde aparecen los determinantes sociales como principales moduladores del fenómeno salud y la enfermedad (Palomino *et al.*, 2014). La salud no solo se limita a la ausencia de enfermedad o discapacidad, sino que es considerada como un estado de bienestar biopsicosocial con capacidad de funcionamiento (Martínez, Seguí & Fernández, 2007). Y en este bienestar, el/la individuo/a o grupo debe satisfacer sus necesidades, identificar y realizar sus aspiraciones y cambiar o adaptarse al medio ambiente (OMS, 1986). Esto supone que la persona debe tener capacidad de funcionamiento somático, psíquico y social, provisión de recursos y una sensación subjetiva, propia de estar a gusto consigo mismo/a y con el exterior (Herrero, 2016). Por todo ello, la salud puede ser entendida como una forma de vida y una opción personal o una oportunidad de vida plena (Palomino *et al.*, 2014).

No obstante, se debe establecer una asociación entre salud y calidad de vida relacionada con la salud, las cuales no siempre se acompañan la una a la otra. La calidad de vida (CV) a veces denominada "buena vida", representa la percepción de cómo vive el/la individuo/a su salud de manera global (Fernández, Fernández & Cieza, 2010), de cómo advierte su capacidad - la capacidad refleja la libertad de una persona para elegir entre diferentes formas de vida- para realizar aquellas actividades importantes para él/ella. Dichas formas de vida están influenciadas por el propio estado de salud físico, psíquico, social y espiritual, y en su concepción más amplia por factores como el empleo, satisfacción en la escuela, vivienda,

acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad (Schwartzmann, 2003). La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), o también denominada con frecuencia estado de salud, estado funcional o evaluación de necesidades, es un componente de la CV. Está referida a partir de las experiencias subjetivas de las personas sobre su salud global (Lugo, García & Gómez, 2002). Pero según recogen Fernández *et al.* (2010), en la utilización de este concepto muchas veces son excluidos aspectos como los culturales, políticos o sociales. En el área de la investigación aún no se ha dado solución definitiva al utilizar la CVRS como un indicador tanto en la práctica clínica como en estudios poblacionales. Por ejemplo, cómo considerar las diferencias en las expectativas individuales o las respuestas no estandarizadas de las personas ante la enfermedad; influenciadas todas por factores sociales, psicológicos, socioeconómicos, demográficos y culturales (Urzúa, 2010). Cardona & Higuera (2014) también resaltan la frecuencia con la que las investigaciones dejan de lado estos aspectos antropológicos y culturales de la CVRS, asumiendo un sistema único globalizado de valores. Aun hoy día, el modelo biomédico hegemónico predominante con el que se diagnostica y trata la enfermedad, así como el uso de complicados procedimientos tecnológicos y la subordinación y concepción del/de la paciente como portador/a de conocimientos erróneos, se alejan en muchas ocasiones del cuidado holístico de la salud.

La influencia de tantos elementos permite esclarecer que para garantizar el cuidado y protección de la salud se requiera la participación de los diferentes sectores de la vida social de manera coordinada. El objetivo de la acción por esta nueva salud pública -en contraste con la salud pública tradicional que actuaba sobre los aspectos biológicos- es comprender y hacer que las condiciones que influyen a favor o en detrimento de la salud sean favorables para poder mantenerla y promoverla en todos los escenarios en los que se desarrolla la vida de las personas, fomentando estilos de vida sanos (Frenk, 2016).

La creación de políticas y el diseño de estrategias que incluyan la capacitación personal para vivir y la participación ciudadana en la gestión de la propia salud, es esencial para poder vivir satisfactoriamente. La salud de las personas depende en gran parte de la capacidad de los gobiernos para regular y vigilar el cumplimiento de la legislación. Además, las organizaciones científicas y profesionales deben actuar para contribuir a que dichas políticas se formulen libres de influencias ajenas al bien público (Hernández & Lumbreras, 2014).

1.2. Determinantes de la salud y Conductas Promotoras de Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986), la Promoción de la Salud se definió como “el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla”, llevándose a cabo en las vidas diarias de individuos/as o comunidades, a fin de que puedan autogestionar los determinantes que influyen en la misma (García *et al.*, 2002) mediante la toma de decisiones autónomas y saludables (Díaz & Uranga, 2011). Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida mediante la prevención y solución de las principales causas de los problemas de salud, no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (OMS, 2016).

La I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada por las OMS (1986) y de la que se desprende la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, recoge que cualquier mejora de la salud ha de basarse en unas condiciones y requisitos como son la paz y la justicia social, la educación, la vivienda y sus condiciones, la alimentación, la renta, un ecosistema estable y la equidad.

Su gran complejidad ha ido profundizándose en otras Conferencias Internacionales (Martínez, 2013) como las de Adelaida¹ (1988), Sundsvall² (1991), Yakarta³ (1997), Ciudad de México⁴ (2000), Bangkok⁵ (2005) y Nairobi⁶ (2009), donde se fijan las diferentes áreas de acción prioritarias. Entre ellas se encuentran la elaboración de políticas saludables, creación de

¹ En la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud “Políticas a favor de la salud”, se hace hincapié en la necesidad de establecer y evaluar las políticas públicas favorables a la salud, señalando la responsabilidad de los gobiernos sobre las consecuencias de sus decisiones. Otras áreas de acción se relacionaron con la protección de la salud de la mujer, nutrición de la población, tabaco y alcohol, creación de entornos adecuados y desarrollo de nuevas alianzas en defensa de la salud (OMS, Adelaida 1988).

² La III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Suecia “Ambientes favorables a la salud” recalcó la importancia del desarrollo sostenible e instó a la acción social a nivel de la comunidad, siendo las personas la fuerza impulsora del desarrollo (OMS, Sundsvall 1991).

³ En la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se aprobó la Declaración de Yakarta “Nuevos Actores para una Nueva Era: llevar la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI”. Entre las prioridades identificadas se encontraron: promover la responsabilidad social por la salud, aumentar las inversiones para su desarrollo, consolidar y expandir las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar a la persona y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud (OMS, Yakarta 1997).

⁴ La V Conferencia Internacional “Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad” tuvo como meta general un examen del aporte realizado por las estrategias de Promoción de la Salud para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas (OMS, México 2000).

⁵ La VI Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Tailandia, a fin de afrontar los rápidos cambios de la salud mundial, destaca problemas a superar para alcanzar objetivos de salud mundial; entre ellos la creciente carga de enfermedades transmisibles y crónicas (OMS, Bangkok 2005).

⁶ En la VII Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se han defendido acciones para reducir el desfase entre las evidencias y su aplicación concreta en el desarrollo de la salud (OMS, Nairobi 2009).

entornos que apoyen la salud donde las opciones más fáciles constituyan las más sanas, reforzamiento de la acción comunitaria (fijación de prioridades, toma de decisiones y elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud), desarrollo de habilidades personales o reorientación de los servicios sanitarios (Núñez, Seguí & Martínez, 2007).

De manera más reciente, también fueron celebradas en Helsinki (2013) y Shangai (2016) la 8º y 9º Conferencia Internacional. En Finlandia se examinaron las experiencias en relación con el enfoque “La salud en todas las políticas” y se establecieron orientaciones para acciones concretas en los países de cualquier nivel de desarrollo. La última celebrada en el continente asiático, presenta la Declaración de Shanghai (2016) sobre la Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En ella se fija el compromiso de dar prioridad a políticas que generen beneficios conjuntos, consiguiendo el acceso equitativo y cobertura sanitaria universal. Otro punto importante es el reconocimiento del conocimiento sanitario como un determinante de la salud y el esfuerzo por apoyar el valor creciente de la medicina tradicional, la cual podría contribuir a mejorar los resultados sanitarios (Sakolsatayadorn & Chan, 2017; Shanghai, 2016).

Para desarrollar sistemas para el cuidado de la salud que respondan a las necesidades de la población real y actualmente existente, es necesario el estudio de todos los factores determinantes del nivel de salud, ya que si bien, resulta arduo y dificultoso por la influencia en la salud de tal cantidad de elementos, se considera indispensable para poner en práctica la verdadera promoción de la salud en la población.

Buena base de la fundamentación para la Promoción de la Salud se encuentra en el paradigma salutogénico. Antonovsky dio un giro desde la patogénesis a la salutogénesis al plantearse “¿qué hace la gente sana?”. Aunque la patogénesis hoy día sigue siendo imperante en el ámbito de la salud, la salutogénesis no pretende usurpar, aunque sí alcanzar un mayor reconocimiento. Un ejemplo clave que ayuda a su comprensión es que en contraste con los factores de riesgo de la patogénesis, la salutogénesis ilumina los factores saludables que promueven activamente la salud (Mittelmark & Bauer, 2017). El concepto de salud desde este enfoque, es entendido por tanto como un movimiento en un eje continuo que va desde lo más difícil (enfermedad) hasta la facilidad (salud), donde las experiencias de vida ayudan a dar forma al sentido de la coherencia (capacidad para comprender las situaciones y emplear los recursos disponibles en la resolución de problemas) (Garzón, 2015). Como respuesta a la pregunta “¿cuáles son los orígenes de la salud?”, identifica Recursos Generales de Resistencia

(dinero, conocimiento, experiencia, autoestima, hábitos saludables, compromiso, apoyo social, capital cultural, inteligencia, tradiciones y visión de la vida) que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva (Rodríguez, Casas, Contreras & Ruano, 2015).

Otro modelo explicativo de dichos determinantes de la salud surge durante los años setenta, destacando entre ellos el modelo holístico de Laframboise (citado en Herrero, 2016), a partir del cual Marc Lalonde⁷ desarrolla el conocido “Informe Lalonde”. En este se desglosa el campo de la salud en cuatro elementos generales: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y sistemas sanitarios (Figura 1); determinantes todos relacionados estrechamente y que constituyen el marco conceptual que permite identificar y analizar los problemas y determinar las necesidades de salud para poder elegir los medios que la satisfagan, encauzando la reorganización de los recursos (Frías & Palomino, 2006; Herrero, 2016).

Figura 1. Modelo socioeconómico de Salud de Dahlgren y Whitehead (1991).



Fuente: Tomado de Whitehead M, Dahlgren G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health, Levelling up (I). Copenhagen; OMS.

Biología humana: hace referencia a todos aquellos aspectos físicos y mentales pertenecientes a la constitución orgánica de la persona. Destacan factores como la herencia genética, las características de órganos y sistemas corporales, sexo, edad, resistencia/vulnerabilidad o el

⁷ Marc Lalonde sirvió como Ministro de Salud y Bienestar Social de Canadá, publicando en 1972 las propuestas para una gran reforma del sistema de seguridad social canadiense. En 1974 publicó "Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los canadienses," documento que se dio a conocer como "El Lalonde Report". El informe fue aclamado internacionalmente por el cambio radical de las políticas tradicionales y su apoyo a la Promoción de la Salud al desarrollar un plan detallado para un sistema médico nacional orientado a la prevención. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3382%3A2010-public-health-heroes-honorable-marc-lalonde&catid=300%3Acampaigns-initiatives&Itemid=139&lang=es.

proceso de envejecimiento, entre otros. Si bien algunos de estos elementos no son modificables, sobre otros es posible actuar ejerciendo influencia a partir de los nuevos descubrimientos genéticos, diagnósticos y de terapias basadas en la biotecnología (García *et al.*, 2002; Piédrola, 2008).

Comportamientos y estilos de vida: queda referido a las decisiones individuales que llevan a la adopción o rechazo de los comportamientos humanos que afectan a la salud (Giraldo, Toro, Macías, Valencia & Palacio., 2010), viéndose éstas influenciadas por elementos como las costumbres, presión social, nivel de rentas, moda, individualidad, etc. (Campo, Pombo & Teherán, 2016). Para entender como un colectivo puede afrontar y mejorar su propia salud, es necesario explicar que los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores, y normas comunes desarrolladas en el pasado y que pueden modificarse en el futuro (OMS, 1998).

Este modelo cultural compartido, permite conocer la amplia diversidad de conductas y comportamientos de los/as individuos/as, debiendo diferenciar entre aquellas conductas adoptadas con independencia de las consecuencias que puedan tener para la salud y las denominadas “Conductas orientadas hacia la salud”. Las últimas son aquellas actividades deliberadas de una persona, encaminadas a promover, proteger o mantener la salud, independientemente de que resulten efectivas y de que su estado de salud sea real o percibido. Con consecuencias opuestas, se asocian otras formas arriesgadas de conductas denominadas “Conductas de riesgo”, las cuales se relacionan con una mayor susceptibilidad de causa de mala salud. Éstas, una vez identificadas junto con los factores de riesgo pueden convertirse en un gran núcleo de acción de la Promoción de la Salud a través de herramientas útiles como la educación para la salud (OMS, 1998).

A pesar de la gran diferencia entre conductas (orientadas hacia la salud y de riesgo), a menudo se tiende a agruparlas en patrones dinámicos más complejos denominados “Estilos de vida”. Y es que, desde que la persona nace, comienza a formar parte del entorno, a interrelacionarse con él y a incorporar en su vida a medida que crece diversas prácticas y comportamientos, definiendo poco a poco su forma de vivir, es decir, su estilo de vida (García *et al.*, 2002), el cual presenta una relativa consistencia en el tiempo (Campo *et al.*, 2016). Si la mejora de la salud en las personas debe permitirles cambiar sus estilos de vida, la acción no solo debe ir dirigida al/a la individuo/a, sino también a las condiciones sociales, económicas y ambientales que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Aunque es

importante reconocer que no existe un estilo de vida óptimo al que puedan adscribirse todas las personas (OMS, 1998), si se evidencian determinados estilos de vida indeseables o conductas de riesgo sobre los que se considera necesario actuar en el ámbito de la salud (Becerra, 2016; Campo *et al.*, 2016; Piédrola, 2008):

- Consumo de drogas: institucionalizadas (tabaco, alcohol), ilegales (cocaína, marihuana, heroína) y fármacos psicoactivos.
- Sedentarismo y falta de ejercicio físico.
- Alimentación no saludable, con consumo excesivo de azúcares y grasas.
- Conducta sexual insana.
- Utilización inadecuada de los servicios de asistencia sanitaria.
- Situaciones psíquicas generadoras de morbilidad: violencia, conducción peligrosa, situaciones de estrés, etc. La predisposición del estrés a la enfermedad y al deterioro de la calidad de vida, junto con su vinculación a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida, hace que incluso el Grupo de Trabajo Europeo de la OMS lo estime para el 2020 como la principal causa de muerte (Schwartzmann, 2003).

Ante los diferentes estilos de vida, la actuación puede dirigirse hacia la creación de conductas orientadas hacia la salud o promotoras de salud o bien hacia la modificación de conductas ya instauradas. Para ello, no se debe olvidar que la adopción de comportamientos es un proceso de naturaleza educativa que requiere la creación e incorporación de los mismos de forma gradual y dinámica. Así mismo, para que un comportamiento saludable sea eficaz, debe convertirse en hábito, es decir, debe tener una ejecución continua y repetitiva hasta que la persona llegue a hacerlo de forma refleja y quede incorporado en su estilo de vida. No obstante, a menudo las personas presentan conflictos en sus prácticas de autocuidado, lo cual se manifiesta claramente cuando éstas, a pesar de tener conocimientos sobre estilos de vida saludables, desarrollan comportamientos de riesgo (Giraldo *et al.*, 2010), movidas por ciertos elementos (García *et al.*, 2002):

- El comportamiento pretendido no se opone a la naturaleza humana.
- Conlleva mucho esfuerzo y los beneficios no se obtienen a corto-medio plazo.
- Existe discrepancia entre dos conductas, supuestamente saludables.
- La información recibida excede a la capacidad humana de procesamiento.

- Inexistencia de recursos.
- Desconfianza y percepción de engaño.
- Percepción de discrepancia entre los objetivos de un comportamiento saludable y las presiones sociales para que se adopte otro antagónico, de dudoso beneficio para la salud.

Entorno humano o medio ambiente: hace referencia a elementos externos al ser humano en su mayor parte derivados de las estructuras sociales, que si bien se escapan al gran control individual, son susceptibles de modificación por medio de la acción colectiva. Entre ellos se encuentran los aspectos físicos (presión, temperatura, humedad, luminosidad, ruido, urbanismo y vivienda), químicos (contaminantes, alimentos, calidad de agua y aire), biológicos (microorganismos, parásitos) (García *et al.*, 2002), de organización social (familiar, laboral, economía, educación, sistema judicial, equidad, protección social, paz) y psicológicos (factores culturales). Están presentes en el entorno cotidiano de las personas y pueden influir directa o indirectamente en el bienestar social, sanitario y económico, y a su vez, el ser humano incidir sobre el mismo de forma favorable, o en otras ocasiones desfavorable (Palomino *et al.*, 2014).

Uno de los puntos de inflexión en el rol de los/as profesionales de la enfermería respecto de la salud ambiental se produjo como consecuencia de la puesta en marcha de la política “Salud para todos en el año 2000”, presentada en 1978 por la OMS (citado en Girbau, 2002), en la que se planteó un cambio de orientación de los sistemas sanitarios, propugnando la atención primaria como base de los mismos y poniendo énfasis en la Promoción de la Salud.

Organización para la atención a la salud (Sistema de Asistencia Sanitaria): lo constituyen factores como la forma de orientación de los cuidados, el grado de desarrollo de la acción intersectorial, universalidad y equidad para la atención, oferta de servicios, estructura, organización y accesibilidad a los mismos, burocracia y requisitos administrativos, sistemas de registros y citas, nivel de participación ciudadana en la gestión de la salud, concentración de inmigrantes en los cupos profesionales, producción de sucesos adversos, programas existentes y materiales educativos adaptados culturalmente, etc. (Blázquez, 2004). Para diseñar políticas de optimización de recursos sanitarios que permitan una mejor accesibilidad de la población a los mismos, una condición necesaria es el estudio de la eficiencia de los hospitales. En este sentido, la variabilidad existente en los servicios hospitalarios públicos en

España, está relacionada con la comunidad autónoma donde se ubican y de forma lineal directa con la renta per cápita de los hogares y gasto per cápita en servicios públicos fundamentales (Pérez, Ortega, Ocaña & Martín, 2017).

Tras el análisis de los factores con mayor influencia sobre la salud de las personas, se produjo un cambio de prioridades en Canadá, Estados Unidos de América (EE.UU) y posteriormente en Europa, al evidenciar que las enfermedades eran causadas principalmente por los estilos de vida insanos. Siendo determinantes modificables, esto derivó en un incremento de recursos hacia la prevención y educación sanitaria. No obstante, no se debe olvidar que estos además están influenciados al mismo tiempo por los factores sociales (Ávila, 2009). Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, son el resultado de las políticas adoptadas (distribución del dinero, poder y recursos). Todo ello contribuirá a hacer más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida (Asamblea Mundial de la Salud (WHA), 2009).

Por ello, se emplea el enfoque teórico de los determinantes de la salud de Marc Lalonde como marco de desarrollo del presente trabajo. Al descubrir las condiciones y estilos de vida de la población, corresponderá al Estado garantizar los derechos sanitarios de sus ciudadanos/as, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, no sólo desde el diagnóstico y tratamiento de las patologías, sino desde la implementación de políticas de largo alcance que beneficien a amplios grupos poblacionales (Giraldo *et al.*, 2010).

1.3. Salud en la edad adulta

La delimitación de la edad adulta se torna difícil en cuanto a la pluralidad de referencias y a que de una etapa cambiante se trata. Actualmente se le asigna el período de la vida de las personas comprendido entre la juventud y la vejez o ancianidad, pero sus delimitaciones no siempre han sido homogéneas. Uno de los casos es el de “adulto/a en miniatura” conceptualizado en el mundo medieval, donde eran inexistentes los espacios y actividades sociales propias de los/as niños/as y las diferencias con el/la adulto/a. Posteriormente, se produjo el énfasis de los modelos organicistas que relacionaban el desarrollo o maduración con la edad (Benavides, 2015).

Desde los estadios de la teoría sobre las Fases Psicosociales de Erikson (2000), se describe el desarrollo psicosocial del ciclo de vida completo de la persona, dándose una doble clasificación de la persona adulta; adulto/a joven entre los 20-30 años y adulto/a entre los 30 y

50 años (Bordignon, 2005). De esta manera, prácticamente coincide el inicio de edad de la persona adulta joven con la finalización de la adolescencia establecida por la OMS (de 10 a 19 años). En otro caso, el grupo de población adulta incluye edades comprendidas entre los 25 y 64 años; pero acoger a toda la población en esta franja etaria supondría un gran error al considerar que problemas de salud y estilos de vida se presentan homogéneos. Por ello los/as autores/as llegan a una mayor estratificación del grupo poblacional adulto, estableciendo rangos entre los 25-44 años y 45-64 años (González, 2012) o en el caso de la ENSE 2011/12, diversos grupos algo más complejos (18-24/ 25-34/ 35-44/45-54/55-64 años).

Detectando la dificultad para homogeneizar las características de las etapas del ciclo vital de una persona, es necesario mencionar que no todas las clasificaciones se sostienen únicamente en franjas de edad. De forma generalista la RAE contempla a la persona adulta como aquella que “ha llegado a la plenitud de crecimiento o desarrollo”, sin incluir grupo etario. Pizzinato, Calesso, Cé & Eid, (2013) atribuyen al concepto de juventud componentes sociales, históricos, políticos, económicos, territoriales, culturales y relacionales. Y entre la persona joven y la adulta, encuentran al/a la adulto/a emergente; comprendida como una etapa que puede abarcar entre los 18 y 25 años. Mientras que tradicionalmente suponía la adquisición de responsabilidades que marcaban el inicio de la edad adulta, hoy día estas circunstancias, se dan en personas que sienten ambigüedad hacia el funcionamiento adulto y que se encuentran en un momento del ciclo vital compuesto por cambios particulares de ambivalencia/inestabilidad, sentimiento de frontera, foco en sí mismos, experimentación de su identidad y visión de posibilidades para el futuro.

Algunas contribuciones a dicha ambigüedad pueden venir de la mano de los términos administrativos específicos de cada país. En las últimas modificaciones de 2015 del Real Decreto de 24 de julio de 1889, por el que se publica el Código Civil, mientras que la emancipación, el matrimonio o el acceso al trabajo es permitido a partir de los 16 años, la conducción o la adquisición de alcohol o tabaco requiere una edad mínima de 18 años. Esto puede situar a la persona adolescente o joven en una esfera social indiferenciada de la de la persona adulta, pasando a emerger un/a adulto/a con conductas de salud similares a las que puedan tener otras personas de edades superiores.

De cualquier forma, para hablar de salud en personas adultas, es necesario mencionar que España, a medida que ve aumentada la esperanza de vida de la población -aun habiendo alcanzado una de las esperanzas de vida más alta del mundo (79,8 años para los hombres y

85,3 años para las mujeres)- afronta desde finales del siglo pasado dos retos íntimamente relacionados: la transición demográfica y la epidemiológica, lo que supone un cambio desde las enfermedades transmisibles a las no transmisibles (MSSSI, Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, 2013; Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2015).

Ya en 2002, las principales causas de muerte con proyección al 2030 fueron según orden la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, SIDA/VIH, EPOC, infecciones respiratorias, cáncer de pulmón, diabetes mellitus, accidentes de tráfico, enfermedades perinatales, cáncer de estómago, cardiopatía hipertensiva, suicidio, nefritis y nefrosis, hepatocarcinoma, cáncer colorrectal (Martínez *et al.*, 2007). Según nota de prensa del INE (2016) sobre defunciones según la causa de muerte en el año 2014, las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvieron como principal causa de muerte, seguidas de los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio. No obstante, según la franja de edad, las causas externas fueron la principal causa de muerte en personas entre 20-39 años y los tumores entre 40-49 años, observándose un incremento de los casos de defunciones por problemas cardiovasculares desde la franja de menor edad hasta los 49 años.

También un análisis de los patrones de mortalidad, coincidiendo con los datos anteriores, determinó que el 58% de las defunciones en 2014 fueron debidas al cáncer, enfermedades del corazón, cerebrovasculares y de las vías respiratorias inferiores. Además aportó relaciones de dichas patologías crónicas con algunos factores generadores o agravantes como el consumo de tabaco y/o alcohol, la inactividad física, la alimentación o el bienestar emocional. Este informe muestra que entre 2001 y 2014, a pesar de haber descendido la tasa de mortalidad ajustada por edad atribuible al tabaquismo un 19,9% en hombres, aumentó un 71% en mujeres. No obstante, conviene señalar que en 2014, la tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer de pulmón en mujeres se redujo 2,7% con respecto a 2013. En relación con la tasa de mortalidad ajustada por edad por causas de muerte atribuibles al consumo de alcohol permaneció estabilizada (experimentó una reducción del 37,8% en hombres y del 25,5% en mujeres en el mismo período (MSSSI, Patrones de mortalidad en España 2014, 2017).

Estas estimaciones apoyan la especial prioridad de actuar frente a algunos factores de riesgo para desarrollar estilos de vida saludables, empleando como herramienta principal la Educación para la Salud. Teniendo en cuenta a la persona y su contexto como eje central, se

basa en el fortalecimiento de la autonomía, lo cual ofrece más oportunidades a las personas para controlar y mejorar sus propias vidas (Castro, Rincón & Gómez, 2017). Supone desde la transmisión de información, hasta el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima (García, Owen & Flórez, 2005; OMS, 1998), pudiendo utilizar como estrategia la Comunicación para la Salud. Esta fortalece los aspectos de la Educación para la Salud y además aboga por una posición en un tema o política de salud, favoreciendo así las relaciones entre organizaciones (Díaz & Uranga, 2011).

2. Conceptualización de la migración

2.1. Introducción

La migración es un cúmulo de diferentes situaciones, de manera que para explicar este fenómeno es necesario comprender el contexto histórico, social, cultural, político y geográfico que envuelve a los movimientos migratorios, así como las causas que propician los desplazamientos humanos (Amador, 2015).

Mientras la Real Academia Española define inmigrar como “llegar a un país extranjero para radicarse en él o instalarse en un lugar distinto de donde vivía dentro del propio país, en busca de mejores medios de vida”, el Observatorio Internacional de Migraciones (IOM, 2006), transforma este hecho en un proceso -denominándolo inmigración- por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él.

Más específico se torna este concepto desde el Portal de Inmigración de la Unión Europea⁸ (EUIP) y la Red Europea de Migraciones⁹ (EMN), donde se incluye la necesidad de contar con una residencia habitual durante un periodo que dure, o se espera que dure, un mínimo de

⁸ El Portal web de Inmigración de la UE está dirigido a ciudadanos/as no comunitarios/as que desean emigrar a un país de la Unión Europea. Contiene información práctica y actualizada sobre procedimientos y política migratoria. Disponible en: http://ec.europa.eu/immigration/portal-de-inmigracion-de-la-ue-inicio_es.

⁹ La Red Europea de Migración, coordinada por la Comisión Europea, está formada por una red de Puntos de Contacto Nacional designados en cada Estado miembro y en Noruega. Su objetivo es satisfacer las necesidades de información de las instituciones de la UE y de los Estados miembros, en materia de migración y asilo, con el fin de respaldar el proceso de toma de decisiones de la UE en estos ámbitos. Disponible en: <http://www.emn.europa.eu>.

doce meses, habiendo sido previamente residente habitual en otro Estado miembro o en un tercer país (EMN, 2012). En este sentido, a la persona que realiza esta inmigración se le denomina “inmigrante”, que no simplemente “extranjero”, ya que según se recoge en el III Plan integral para la inmigración en Andalucía Horizonte 2016, ambos términos se distancian cada vez más conforme aumenta la adquisición de nacionalidad del país receptor.

Este concepto adquiere nuevos matices según la Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007 (ENI) del INE (2008), estableciéndose que inmigrante es cualquier persona nacida fuera de España, independientemente de su nacionalidad.

Otro concepto empleado es el de migrante. Se trata de un término más amplio aplicado a las personas y sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas (IOM, 2006). En el marco de la EMN (2012), la migración comprende desde el desplazamiento internacional (migración internacional), hasta el realizado dentro del territorio de un país (migración interna); abarca todo movimiento de personas independientemente de su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas migrantes por motivos económicos o por otras causas, como la reagrupación familiar.

Por otro lado, es necesario conocer la concepción política o social del/de la inmigrante, ya que de esto se desprende que muchas comunidades (musulmanas, inmigrantes procedentes del norte de África o sur de Asia, entre otras), experimenten discriminación en mercados laborales y exclusión de participación política (Akrami, Ekehammar & Araya, 2000). Al mismo tiempo, son objeto de actitudes de xenofobia sutil o manifiesta que puede darse de manera diferente en función de la procedencia. En España por ejemplo, mientras que la población latinoamericana suele tener mejor aceptación en su acogida, la de origen africano es con mayor frecuencia blanco de situaciones de vulneración de los Derechos Humanos (Basabe & Bobowik, 2013).

Pese a que los gobiernos de países cuyas poblaciones están envejeciendo rápidamente consideran la migración internacional como un medio útil de corregir la escasez de mano de obra (Gimeno, García & López, 2014), la reconsideración en las últimas décadas de muchas políticas de inmigración por parte de un gran número de democracias europeas, continúan abordando cuestiones de diferencias culturales bajo el formato de políticas de seguridad, sin tener en cuenta que estas reivindicaciones culturales aparecen normalmente en contextos de relaciones estructurales de privilegio y desventaja (Young, 2003). Los/as inmigrantes siguen percibiéndose como “los otros”, grupos marginados y no integrados que suponen una

amenaza para la homogeneidad cultural. Todo esto merma su capacidad de defensa y sus mecanismos de expresión y perpetúan la permanencia estructural desigual con limitación de oportunidades para alcanzar o desarrollar su autonomía y en la que encuentran más obstáculos para perseguir sus intereses (Martínez, 2011), entre ellos la salud.

A partir de lo expuesto, aclarar que a lo largo de toda la Tesis Doctoral se aboga por términos integrales exentos de connotación negativa, ya sea empleando la palabra migrante o inmigrante. Al hablar de migrante como un todo, se entiende que siempre un inmigrante ha sido previamente emigrante, lo que permite subrayar la importancia de conectar el lugar de origen con el de destino y la necesidad de reconocer que estos procesos modifican la vida de quienes se quedan, de los/as que se van y de las sociedades receptoras. La mención de inmigrante, determina un interés centrado en estas personas extranjeras en cuanto al proceso de entrada en el estado español, comunidad autónoma andaluza y ciudad específica de Sevilla.

2.2. Marco migratorio Internacional

El orden migratorio actual apunta a una nueva era en la historia de las migraciones internacionales, caracterizada por la denominada “inmovilidad involuntaria”: se produce una restricción del acceso de la población inmigrante, reduciendo la libre circulación de personas debido a las barreras de las políticas restrictivas de los países receptores (Observatorio Permanente andaluz de las migraciones (OPAM, 2014/15). Por ello, los cambios producidos en los patrones migratorios no pueden explicarse solo a través de modelos binarios basados en la migración Sur-Norte o países en desarrollo-países desarrollados. Hoy día, la geografía de los flujos migratorios está cambiando en base a los cambios en la economía global, las personas migrantes se sienten atraídas por las economías de rápido crecimiento en Asia Oriental, África del Sur, Brasil y la India.

Aunque alrededor del 50% de los/as migrantes internacionales residen en países de altos ingresos tales como Australia, Canadá y Estados Unidos, varios países europeos (Francia, Alemania, España y Reino Unido), la Federación de Rusia, Arabia Saudí y los Emiratos Árabes Unidos, los movimientos de población entre los países de ingresos bajos y medios

conocidos como la migración Sur-Sur, están cobrando importancia, convirtiéndose ellos mismos en lugares de inmigración y emigración, tal es el caso de China (IOM, 2015).

Como ejemplo de país con gran acogida de población inmigrante con movimiento migratorio Sur-Sur está Líbano, el cual a finales de 2015 acogió al mayor número de refugiados/as en relación con el tamaño de su población, seguido de Jordania y Nauru. Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), las regiones en desarrollo han recibido desproporcionadamente a más refugiados/as, siendo acogidos/as en su mayoría en países de ingresos bajos y medianos con menor capacidad para satisfacer las necesidades de desarrollo de sus propios/as ciudadanos/as (ACNUR, 2015). Y es que la intensificación de los conflictos violentos y traumáticos en diferentes partes del mundo, causantes de destrucción, desastre e incremento del número de personas desplazadas, inmigrantes y refugiadas, ha llegado a ser una situación de envergadura en lugares del Medio Oriente, Asia y África. ACNUR estima que, alrededor de 59,5 millones de personas en el mundo fueron desplazadas de manera forzosa¹⁰ en 2014, terminando en su mayoría en zonas marginales de áreas urbanas o en campamentos donde las condiciones de vida son desfavorecedoras. Entre estas personas, 1,66 millones entregaron solicitudes de asilo ante las cuales los líderes políticos debían responder (Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural (WACP, 2015). En 2015, el número de desplazamientos forzados volvió a aumentar (5,8 millones de personas más que el año anterior). Estas cifras en perspectiva, hacen referencia a una media de 24 personas desplazadas de sus hogares cada minuto de cada día (unas 34.000 personas al día) (ACNUR, 2015). Pero entre las actitudes políticas adoptadas, destacan aquellas donde se manifiesta la xenofobia y el racismo, argumentando la protección de identidades religiosas o la seguridad de las comunidades potencialmente receptoras; referenciándose un inminente “colapso de la civilización europea” o una “plaga” de migrantes avanzando más allá de las costas del este europeo (WACP, 2015).

Las actitudes más actuales contra grupos enteros como, por ejemplo, musulmanes y mexicanos, proceden de la nueva política migratoria de EE.UU. Noticias en prensa recogen como el gobierno de Donald Trump se enfrenta a críticas desde la Organización de las

¹⁰ La migración forzosa es una situación de desplazamiento obligada para la persona, dadas las amenazas a la vida y a los medios de vida. Pueden ser debidas a causas naturales o causas generadas por el ser humano. En este último caso puede dar lugar a dos figuras: los/as refugiados/as (figura provocada por una violencia generalizada y caos en un territorio determinado) y las personas solicitantes de asilo político (figura creada por decisión individual a fin de obtener el reconocimiento de refugiado/a por algún estado, ya que se atenta contra la integridad del ser) (Amador, 2015).

Naciones Unidas (ONU), en relación con las falsas acusaciones a inmigrantes sobre mayor número de crímenes cometidos con respecto a las personas estadounidenses; motivo por el cual el endurecimiento político en este ámbito se ve fortalecido (Juez, 2017).

Por otro lado cabe destacar que en muchas partes del mundo, el asentamiento ocasionado por la migración internacional ha contribuido a sostener el crecimiento poblacional, tal es el caso de Europa, América del Norte y Oceanía en el período comprendido entre 2000 y 2015, ya que en Europa, una continuación de los niveles recientes de migración no sería suficiente para compensar el crecimiento natural negativo. Si bien la migración internacional no frenará la tendencia al envejecimiento de la población a largo plazo, los niveles positivos de migración neta pueden desacelerar el aumento de la proporción de personas de edad a cargo (ONU, 2016a).

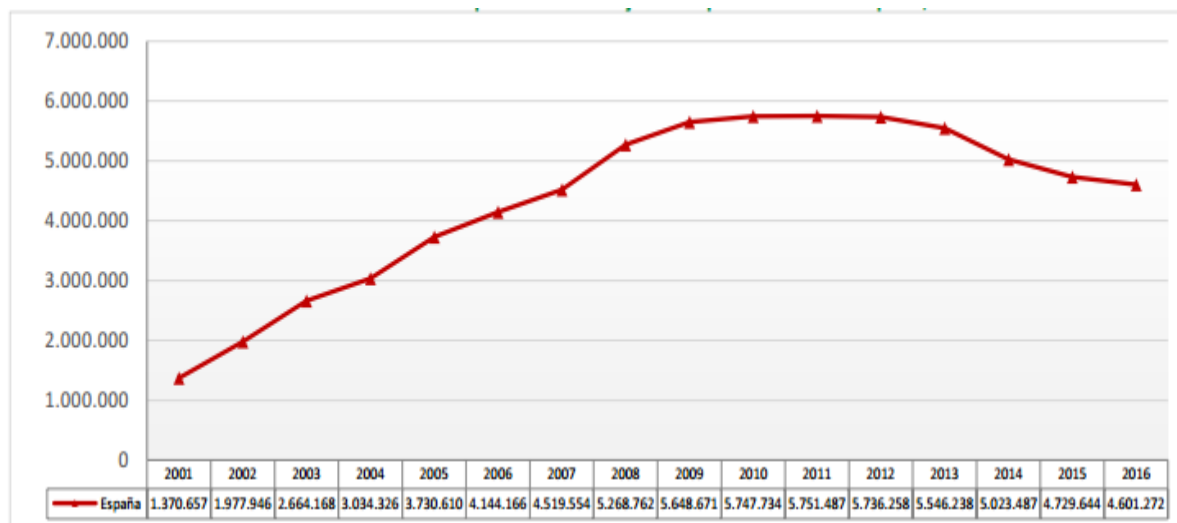
A nivel mundial, el número de migrantes internacionales en 2015 se calculaba en 244 millones (3'3% de la población mundial) en comparación con 173 millones en 2000. También en 2015, Europa fue el continente con mayor número de acogida de migrantes (76 millones), seguido por Asia (75 millones) y América del Norte (54 millones). El incremento de estas migraciones a nivel mundial supuso un aumento de la población migrante de 20 millones para Europa, 23 millones para Asia y 14 para Norteamérica (ONU, 2016b).

Aunque la crisis económica de 2008 redujese el número de migraciones internacionales en los países desarrollados, su número total ha seguido aumentando. Además, debido a que la mayoría de migrantes que viven en el extranjero emigraron hace años o décadas, muchos de ellos/as están bien establecidos en los países de destino - incluso han adquirido la nacionalidad o ciudadanía- y es probable que en muchos casos no regresen a su país de origen.

2.3. La Inmigración en España

Según los datos provisionales del Padrón de habitantes del INE, existe una tendencia de descenso de la población extranjera en España, iniciada en 2012, alcanzado su punto máximo en 2013 y mantenida en el tiempo (OPAM, 2014/15) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución del volumen de población extranjera empadronada en España; período 2001-2006.



Fuente: Tomado del Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM). Elaborado a partir de datos del Padrón de habitantes del INE.

En 2012, la EMN informó de la disminución de migraciones entre personas en situación de irregularidad que llegaban a las costas españolas en embarcaciones, como resultado visible de una política continua y sostenida en el tiempo de lucha contra la inmigración ilegal. Las cifras al respecto van de 18.517 en el año 2001 a 3.804 en 2012 (reducción total del 80%), con un pico de descenso del 30% entre 2011 y 2012 (EMN, 2012).

Otros factores que vienen explicando este fenómeno de descenso migratorio son los flujos de retorno a los países de origen y los procesos de emigración a terceros países (OPAM, 2014/15). López & Pérez (2015) exponen que dicho retorno debe alejarse, para ser analizado, del velo de la crisis económica, ya que impide ver la complejidad de los elementos valorados por las personas inmigrantes a la hora de tomar las decisiones de volver a su país (seguridad administrativa, trabajo reproductivo, etc.). Además, actualmente el retorno se ha diversificado y también ha dejado de considerarse como una etapa definitiva en el proyecto migratorio.

Con respecto a la procedencia de las personas migrantes, destaca el origen en países de la UE (49,39%), África (20,63%), América Central y del Sur (17,37%) y Asia (7,87%) (OPAM, 2015a). Entre las nacionalidades más numerosas en España se encuentran la rumana (15,8%), marroquí (15,3%) o británica (6,7%). Los datos del INE reflejan que todas estas nacionalidades han disminuido en el primer semestre de 2016 (Tabla 1). Por otra parte, otras nacionalidades tuvieron un crecimiento en términos absolutos en relación al semestre anterior. Tal es el caso de la población italiana (9.359 personas más), ucraniana (+6.403), rusa (+3.534)

y china (+3.969), quinta nacionalidad más numerosa de España. Por su parte, el descenso acentuado en la población ecuatoriana, marroquí y boliviana, se relaciona con el efecto de la adquisición de nacionalidad española, que desde 2012 se agilizó gracias a una reforma que llevó a cabo la Dirección General de los Registros y del Notariado¹¹ (OPAM, 2013).

Tabla 1. Población de nacionalidad extranjera residente en España en 2016.

	Población residente a 01/01/2016*	% de la población total extranjera residente	Crecimiento relativo en el semestre
Total extranjeros	4.418.898	100%	-0,80
Rumanía	699.502	15,8%	-1,25
Marruecos	678.467	15,3%	-1,48
Reino Unido	297.000	6,7%	-1,59
Italia	192.053	4,3%	5,12
China	171.508	3,88%	2,37
Ecuador	158.967	3,6%	-8,83
Alemania	142.316	3,2%	-1,82
Colombia	135.954	3%	-6,58
Bulgaria	130.506	2,95%	-2,92
Portugal	102.318	2,3%	-1,47
Francia	101.336	2,29%	2,63
Ucrania	90.530	2%	7,61
Bolivia	89.115	2%	-12,07
Argentina	71.062	1,6%	-2,9
Rusia	69.454	1,57%	5,36

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de Población del INE a 1 de enero de 2016 (*datos provisionales).

En el segundo semestre de 2015, Andalucía era la tercera Comunidad Autónoma tras Cataluña y la Comunidad de Madrid, con mayor número de personas extranjeras (Figura 2) en Régimen Comunitario (RC)¹² o Régimen General (RG)¹³, siendo el primero el más frecuente. En total, 692.459 personas extranjeras se encontraban en alguna de estas situaciones (OPAM, 2015a).

¹¹ La Dirección General de los Registros y del Notariado es un departamento del Ministerio de Justicia, cuyas funciones en relación con las materias de nacionalidad, estado y Registro civil consisten en la elaboración de proyectos normativos, tramitación y resolución de expedientes y dirección y ejecución de la modernización tecnológica de los Registros, entre otras funciones (Ministerio de Justicia. Gobierno de España).

¹² El Régimen Comunitario (certificado de registro) es aplicable a personas ciudadanas de otros países de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, o de la Confederación Suiza; así como a sus familiares y familiares de personas españolas, con independencia de su nacionalidad (III Plan integral para la inmigración en Andalucía, Horizonte, 2016).

¹³ El Régimen General (tarjeta de residencia) se aplica a nacionales de los llamados “terceros países”, salvo que les sea de aplicación el Régimen Comunitario por ser familiares de ciudadanos/as comunitarios/as (III Plan integral para la inmigración en Andalucía, Horizonte, 2016).

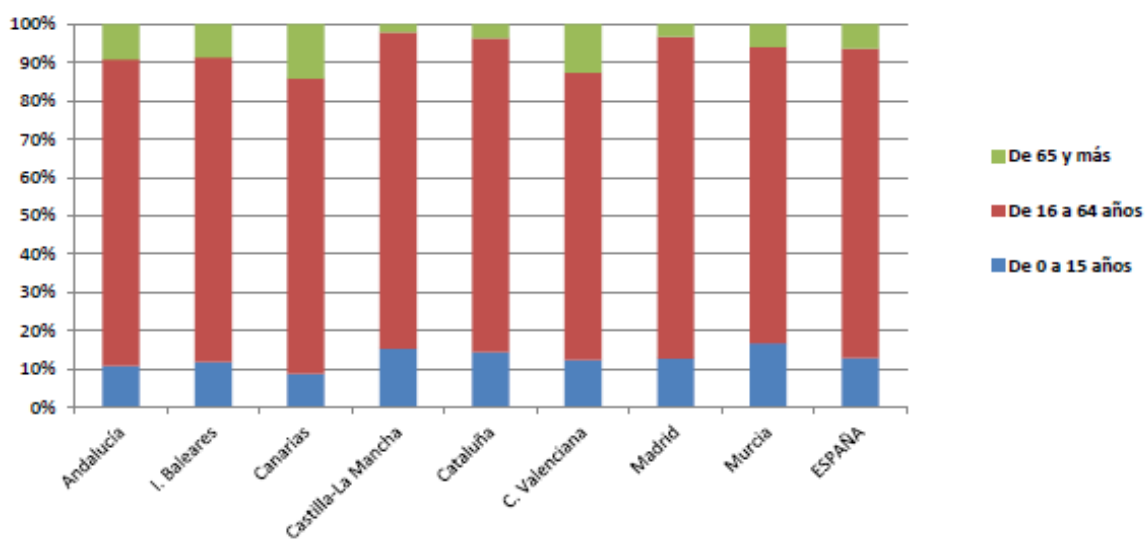
Figura 2. Distribución absoluta por Comunidad Autónoma de extranjeros/as en Régimen Comunitario (RC) o Régimen General (RG).



Fuente: Tomado del OPAM. Elaborado por el Observatorio Permanente de Inmigración (OPI) del Ministerio de empleo y Seguridad Social (MEYSS) a 31 de diciembre de 2015.

Entre las principales comunidades autónomas con mayor población extranjera en alguno de estos regímenes, la mayor proporción corresponde a edades comprendidas entre los 16 y 64 años (Gráfico 2), siendo la edad media para las personas de origen asiático y africano inferior a la media española (OPAM, 2015a).

Gráfico 2. Distribución porcentual por grupos de edad de extranjeros/as con R.C o R.G en España según principales CC.AA.



Fuente: Tomado de OPAM. Elaborado por el OPI (MEYSS) a 31 de diciembre de 2015.

Este hecho supone un rejuvenecimiento de la población española, ya que las características de la población general reflejan una mayor proporción de personas en edades superiores a los 70 años, mientras que se produce una disminución de la población laboralmente productiva¹⁴ (pérdida de población autóctona concentrada entre los 30 y 49 años). Desde que el crecimiento poblacional en España comenzase a ser negativo en 2012 (-90.326), las proyecciones a corto y largo plazo han mostrado que se prevé una reducción poblacional de 45,8 millones de personas en el año 2024 y de 40,9 millones en 2064. Entre las posibles causas se encuentra el progresivo aumento de las defunciones y la disminución de los nacimientos, fenómeno especialmente acusado a partir de 2040. Las proyecciones para el período 2014-2029, determinan una mayor pérdida de población en Comunidades Autónomas como Castilla y León (-9%), Principado de Asturias (-8,3%) y Galicia (-7,6%). En cambio, comunidades como Andalucía mantendrían el mismo tamaño poblacional (0%), mientras que Islas Baleares (4,8%) y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla tendrían un incremento (8,4% y 12,9% respectivamente). A pesar del aumento en estas comunidades, el saldo negativo no se vería compensado con el saldo migratorio, (aun siendo positivo en el mismo periodo con cerca de 2,5 millones de migraciones netas con el exterior) (INE, Proyección de la población de España 2014-2064, 2014).

2.3.1. El contexto de la Inmigración autonómica y local: Andalucía y Sevilla

En la primera década del siglo XXI, Andalucía era destino de marcados flujos migratorios, teniendo lugar el período más significativo del fenómeno inmigratorio entre 2002 y 2007 (INE, ENI, 2008). A partir de la crisis económica, este dinamismo pasó a estabilizarse (Junta de Andalucía, III Plan Integral para la inmigración en Andalucía Horizonte 2016); las elevadas cifras de desempleo y la percepción generalizada de una situación cada vez más negativa, produce en las personas desempleadas autóctonas un cambio en su valoración sobre los puestos de trabajo, pasando a considerar como adecuados trabajos que anteriormente optaban por rechazar y eran realizados por población inmigrante.

¹⁴ Según el INE y en base a las especificidades de contexto y edad propias establecidos por cada país, la población laboralmente productiva es susceptible de mantenerse activa (personas de unas edades determinadas que, en un período de referencia dado, suministran mano de obra para la producción de bienes y servicios económicos o que están disponibles y hacen gestiones para incorporarse a dicha producción), ocupada (personas de 16 o más años que durante el tiempo de referencia han tenido un trabajo por cuenta ajena o propia) o parada (sin trabajo actual habiendo trabajado anteriormente y en búsqueda de empleo).

En este período se produjo un incremento de nacionalidades procedentes de países desarrollados (UE-15¹⁵, Espacio Económico Europeo, Suiza, Japón, Corea del Sur, EEUU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda), América Latina y otros países de Europa, Asia y Oceanía. Por contra, también se observó una disminución de población inmigrante procedente de países andinos (Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia) (INE, ENI, 2008).

En los últimos años, en el contexto migratorio andaluz destacan tres aspectos: la minoración relativa a gran escala de los flujos de entrada de personas inmigrantes, la nueva emigración de población española a Europa y América y el incremento de los retornos a los países de origen. A pesar de esta reducción migratoria, el caso de China merece una mención especial en Andalucía, ya que es el único país de origen que ha experimentado un ligero crecimiento en el período entre 2011 y 2014 (OPAM, 2013).

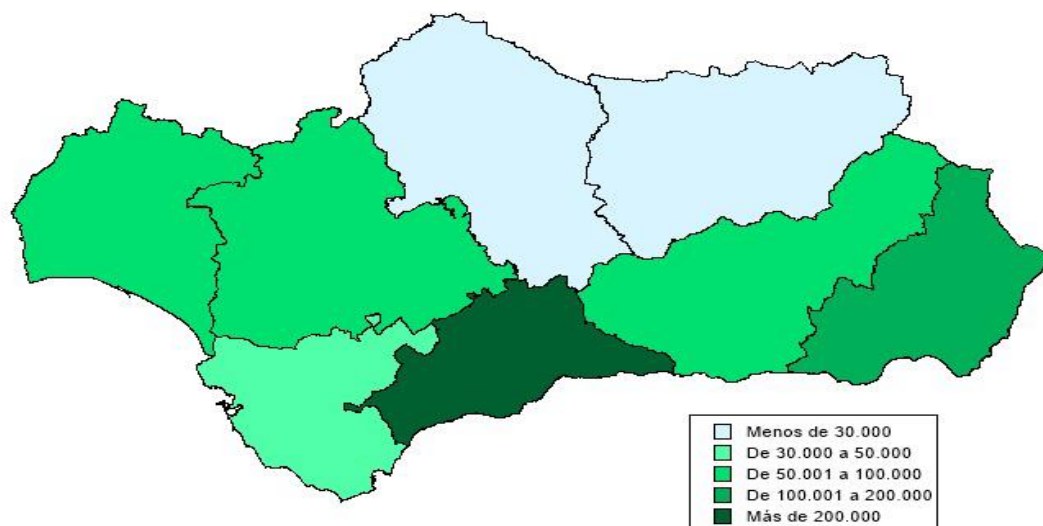
Al hablar de emigración desde España, se sostiene que el principal destino de retorno para las personas extranjeras es el país de origen, a pesar de la gran deficiencia de información existente (entre 2012-2014, el destino de emigración de personas extranjeras desde España era desconocido en el 87,4% de los casos). En el caso de los/as nacionales españoles/as (se produce la denominada fuga de cerebros o “brain drain”), los/as jóvenes de alta cualificación se dirigen hacia países europeos principalmente (Reino Unido, Alemania) y EE.UU. En términos de intensidad, la diferencia de salidas exteriores entre personas extranjeras y autóctonas es notable. En el trienio 2012-2014 la propensión de emigrar de un/a extranjero/a es 70 veces superior a la de una persona española (Domingo & Blanes, 2016).

En cuanto al desplazamiento de población extranjera al punto de origen, puede explicarse por diferentes motivos, de forma que las causas no son homogéneas en ninguna persona inmigrante. En algunos casos, sufren una serie de adversidades que les impiden adaptarse y asentarse de manera definitiva. En otros, los motivos de nostalgia tras la jubilación o vínculos familiares favorecen este retorno, así como los propósitos prefijados en el momento en que inició el proceso de migración (objetivo previo de permanecer en el lugar de destino temporalmente) (Recaño & Jaúregui, 2014).

¹⁵ La UE se estableció el 1 de noviembre de 1993, con 12 Estados miembros. Su número ha crecido hasta el presente UE-28 a través de una serie de ampliaciones. UE-15 implica los siguientes países: Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, España, Reino Unido, Austria, Finlandia y Suecia.

La heterogeneidad de situaciones que llevan a los desplazamientos, también se manifiesta en la distribución de los/as extranjeros/as en todo el territorio de Andalucía (Figura 3). El mayor porcentaje de personas extranjeras en RG o RC se da en provincias costeras como Málaga (34%) y Almería (22%); a estas les sigue Sevilla (11%) y Granada (11%).

Figura 3. Distribución absoluta de extranjeros/as con R.C o R.G en Andalucía por provincias.



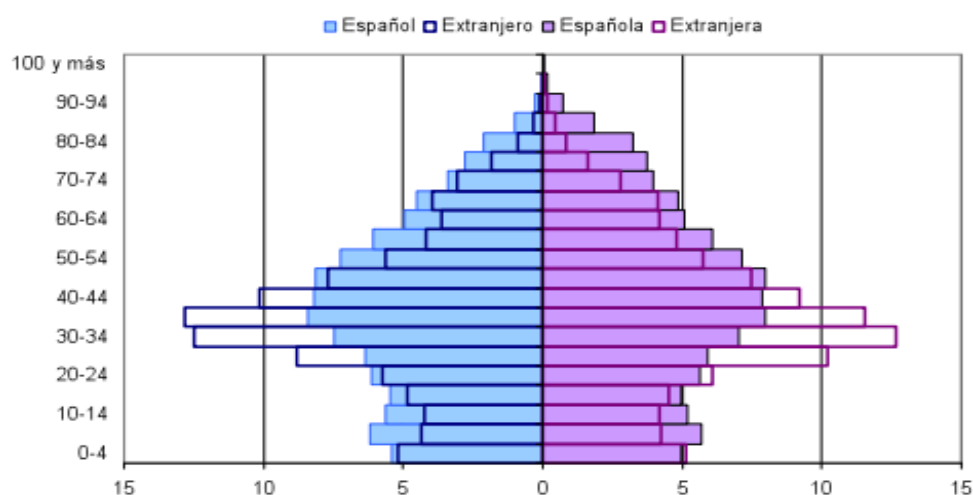
Fuente: Tomado de OPAM. Elaborado por el OPI (MEYSS) a 31 de diciembre de 2015.

Según los datos del OPAM (2015a), en la distribución por sexos destaca un porcentaje ligeramente superior de hombres extranjeros (52%) con respecto a las mujeres (48%). Actualmente, esta evolución sigue perpetuando la reproducción de un patrón de ligera masculinización (OPAM, 2014/15).

En relación al origen de esta población, se observa el predominio de personas extranjeras procedentes de países de África (52,8%), seguidos de América Central y del Sur (23,44%) y asiáticos (11,24%). Concretamente, la población de origen chino supone el 10% de la población inmigrante empadronada en Andalucía (OPAM, 2015a).

En la pirámide poblacional extranjera (Gráfico 3), el grupo de edad mayoritario lo constituye la población más joven en edad activa -de los 15 a los 45 años-, que en el caso de Andalucía representan el 52,7% del total (OPAM, 2014/15).

Gráfico3. Pirámide de población española y extranjera en 2014.



Fuente: Tomado del Informe Anual Andalucía e Inmigración. Elaborado a partir de datos del Padrón de habitantes del INE (datos provisionales a 1 de enero de 2014).

Al comparar las tasas de actividad, paro y empleo entre población extranjera y española (incluyendo la doble nacionalidad) de 16 años y más en la Comunidad Autónoma, los datos del 4º trimestre de 2016 de la Encuesta de Población Activa (EPA)¹⁶ reflejan mayores tasas de actividad y empleo en extranjeros/as y menos de paro en relación a población española (Tabla 2). En general y sin distinción de nacionalidades, en Andalucía, en el 4º trimestre de 2016 la tasa de paro femenina baja en 0,7 puntos y se sitúa en el 31,4%, mientras que la masculina sube 0,1 puntos, hasta el 25,7% con respecto al trimestre anterior. Aun así, personas de nacionalidad extranjera y española siguen el mismo patrón de comportamiento en Andalucía con respecto al sexo; las mujeres muestran más tasas de paro y menos de empleo que los hombres, tanto españoles como extranjeros (INE, EPA, 2017).

¹⁶ La EPA ofrece información sobre el mercado laboral en Andalucía. Proporciona datos sobre las principales categorías poblacionales en relación con el mercado de trabajo (ocupados, parados, activos e inactivos). Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595#

Tabla 2. Tasas de actividad, paro y empleo de la población española y extranjera de 16 y más años por nacionalidad y sexo en Andalucía.

	Tasa de Actividad			Tasa de Paro			Tasa de Empleo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Españoles/as (incluye doble nacionalidad)	64'16	49'9	56'9	25'72	31'69	28'39	47'66	34'09	40'75
Extranjeros/as	69'9	58'83	64'15	25'40	28,36	26'81	52'15	42'14	46'95
Total (españoles/as y extranjeros/as)	64'6	50,61	57,47	25'7	31,38	28,25	48	34,73	41,23

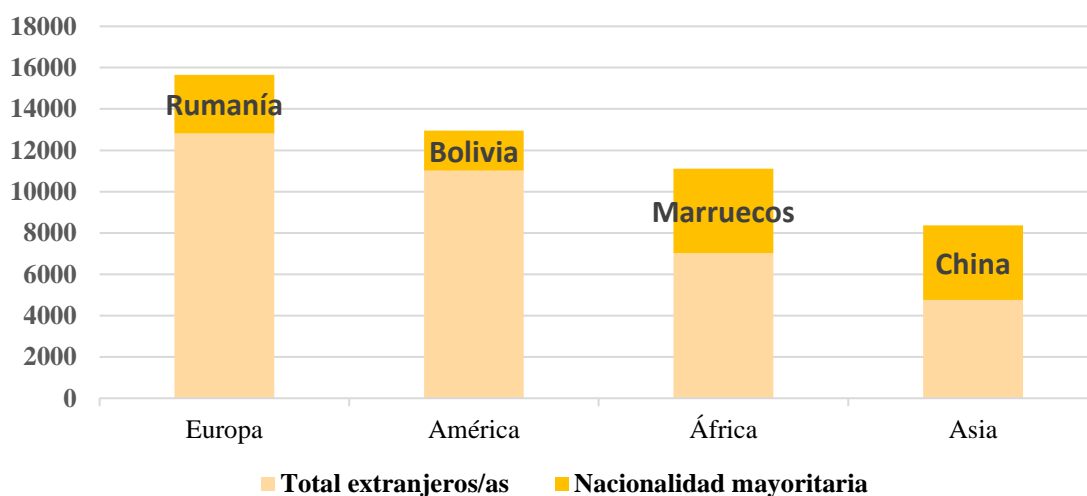
Fuente: Elaboración propia a partir de la explotación de los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE (4º trimestre de 2016).

La realidad andaluza para las personas extranjeras muestra las condiciones a las que esta población debe hacer frente. Tanto las tasas de actividad como las de empleo para esta población inmigrante (hombres y mujeres) siguen siendo inferiores a las tasas medias de todo el territorio nacional (71,94 y 54,20 respectivamente). De igual forma, las tasas de paro son superiores en relación al resto de España (24,66 a nivel nacional). Por provincias, el número de activos subió en Almería, Jaén, Sevilla, Huelva y Granada, (oscilando entre 0,5% y 1,8%) y bajó en Málaga, Córdoba y Cádiz respecto al trimestre anterior (oscilando entre 1,2% y 3%). La tasa de empleo sube entre 0,3 y 2,1 puntos en provincias como Jaén, Sevilla, Córdoba, Huelva y Granada, mientras que baja entre 0,6 y 2 puntos en Cádiz, Málaga y Almería. Esto indica que provincias como Jaén o Sevilla han visto incrementar sus tasas tanto de actividad como de empleo en este período (INE, EPA, 2017).

A partir de aquí, se concreta la distribución de población inmigrante en la Ciudad de Sevilla (Gráfico 4). La población por distrito y nacionalidad recogida en el Padrón de habitantes del Ayuntamiento de Sevilla a fecha de 2015, muestra una mayor presencia de personas extranjeras de origen europeo (39%), latinoamericano (33,6%), africano (21,4%) y asiático (14,5%). Destaca que un 85'3% de ellos/as se encuentran en la franja de edad entre los 16 y los 64 años.

En función del continente de origen, los extranjeros asiáticos ocupan el cuarto lugar, pero atendiendo al país de origen específicamente, la población china se sitúa en el segundo lugar. La importancia de realizar esta segregación es que la procedencia desde un mismo continente no hace a un grupo homogéneo; ni siquiera el origen en un mismo país.

Gráfico 4. Distribución de la población extranjera en la ciudad de Sevilla.

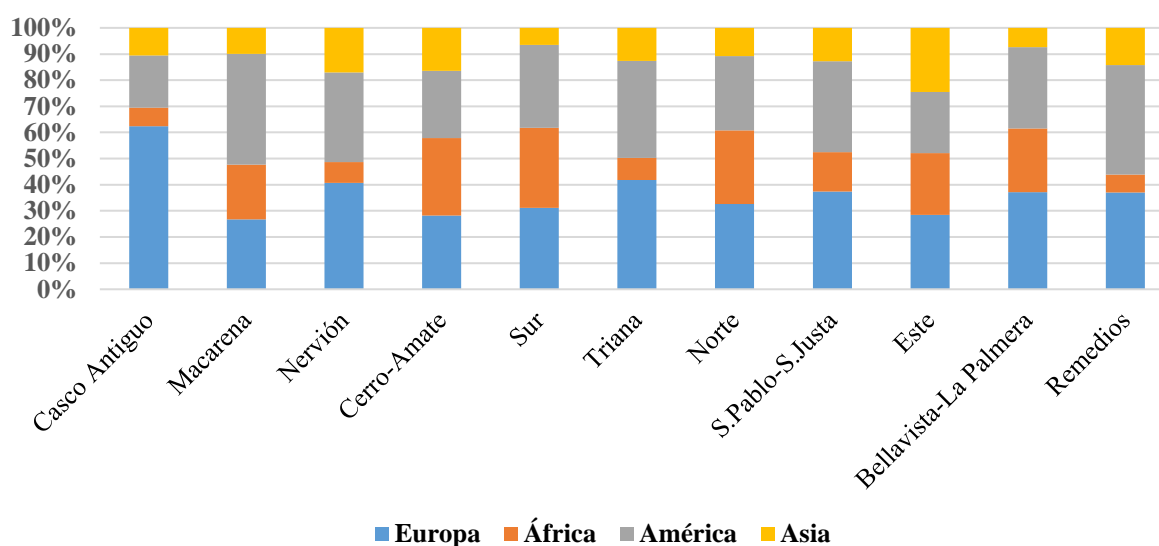


Fuente: Elaboración propia a partir de la explotación de datos del Padrón de habitantes 2015 del Ayuntamiento de Sevilla.

Siendo éstas las nacionalidades más destacadas entre la población extranjera, la distribución sumatoria en todos los distritos de la ciudad de Sevilla queda compuesta en su mayoría por personas marroquíes (11,4%), chinas (10%), rumanas (8%) y bolivianas (5,4%) (INE, Padrón 2015).

Desglosando la ciudad en diferentes distritos geográficos, la tendencia no es homogénea según la procedencia (Gráfico 5). La población extranjera procedente de países europeos se distribuye principalmente en los distritos Casco antiguo, Macarena y Cerro-Amate. Mientras que en el distrito Macarena predominan las personas de nacionalidad rumana, en los otros dos distritos el gran porcentaje de población europea pertenece a italianos/as. La de origen africano y latinoamericano se concentra fundamentalmente en los distritos Macarena y Cerro-Amate, siendo la comunidad marroquí la predominante en el primer caso, y la boliviana y colombiana en el segundo caso. Con respecto a la población asiática, es muy marcada la presencia de estas personas en el distrito Cerro-Amate (1024 residentes), al que le sigue una mayor dispersión en toda la ciudad, pero con mayor número en el distrito Este y Macarena. Tanto en estos como en el resto de la ciudad, la población asiática mayoritaria la constituyen las personas de nacionalidad China.

Gráfico 5. Distribución de la población extranjera en Sevilla según su origen y distrito de residencia.



Fuente: Elaboración propia a partir de la explotación de datos del Padrón de habitantes 2015 del Ayuntamiento de Sevilla.

Esto pone de manifiesto la multiculturalidad de la ciudad de Sevilla y la importancia de atender a una población plural entre la que destaca la comunidad china. A pesar de su marcada presencia en la ciudad y la tendencia al crecimiento, no se han encontrado estudios publicados centrados en este grupo étnico, en comparación con los llevados a cabo por otros autores para con la comunidad de origen latinoamericano (González, 2012).

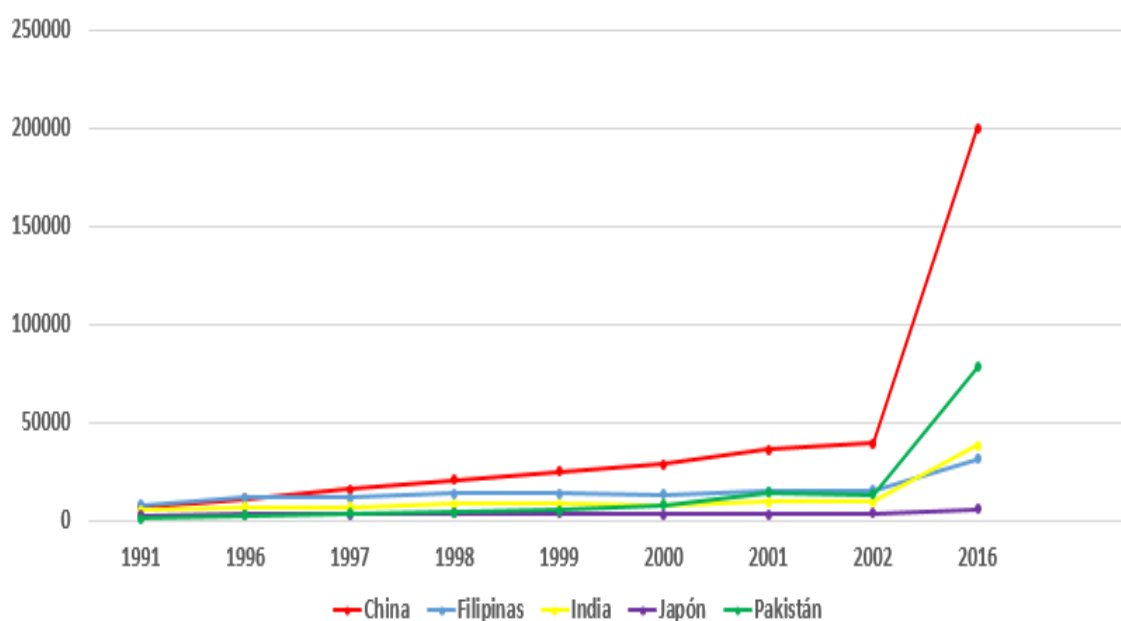
La contribución al bienestar de toda la ciudadanía pasa por comprender y conocer aquellos elementos clave para conseguir una buena calidad de vida.

2.4.Movimientos migratorios y características de la Comunidad China

Desde 2002 hasta 2015, se ha producido en España un incremento del número de personas procedentes de Extremo Oriente¹⁷, pasando de 86.558 personas asiáticas a 392.161, lo cual supone un aumento del 450%, constituyendo el 77% personas de origen chino en edad entre los 16 y 64 años (OPAM, 2015a). Por ello es necesario diferenciar entre las principales nacionalidades asiáticas más frecuentes en nuestro país, así como mostrar la evolución del volumen de las mismas con el paso del tiempo (Gráfico 6). Entre ellas, destaca en España la comunidad china con un acuciante incremento desde 1991 (6482 residentes) hasta 2016 (199.661 residentes) en comparación con el resto de países asiáticos.

¹⁷ Área geográfica ubicada al este del continente euroasiático, constituida por las regiones de Asia Oriental y el Sureste Asiático, pero frecuentemente se expande a Siberia oriental y a veces al Subcontinente indio.

Gráfico 6. Evolución del número de residentes de las principales comunidades asiáticas en España; período 1991-2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Interior: Anuario Estadístico de Migraciones del INE.

La República Popular China¹⁸ (RPC) es el tercer país más grande del mundo, superado por Rusia y Canadá, ocupando una cuarta parte de la extensión territorial de Asia y aproximadamente una doceava parte de la superficie mundial. Está considerada como una potencia global emergente. Es el país con mayor número de habitantes (18,57% de la población mundial), superando en más de cuatro veces la población de EE.UU (Oficina de Información diplomática China, 2016). China tiene 34 unidades administrativas a nivel provincial: 23 provincias, 4 municipios (Beijing, Tianjin, Shanghai, Chongqing), 5 regiones autónomas (Guangxi, Mongolia Interior, Tibet, Ningxia, Xinjiang) y 2 regiones administrativas especiales (Hong Kong, Macao) (Figura 4).

¹⁸ China o “Zhongguo” queda definida por la composición de dos frases: centro (Zhong) y Reino (Guo), significando el “reino central en el mundo” (Liu, 2007, p.115).

Figura 4. Mapa de la República Popular de China y sus principales provincias.



Fuente: Tomado de: https://www.travelchinaguide.com/map/china_map.htm

Hasta hace algunos años, la elección de Europa por la población china como destino migratorio era marginal en comparación con el Sudeste Asiático, Norteamérica y Australia. Entre las causas se encontraba la distancia geográfica, así como las divergentes condiciones sociales, políticas y económicas (Nieto, 2007). Ya en el año 2000, destaca el hecho de que entre los países Europeos, España ocupaba el cuarto lugar del ranking en cuanto a volumen de ciudadanos de la RPC (superado por Reino Unido, Alemania e Italia) (OPAM, 2013), convirtiéndose a partir del año 2005 en el grupo asiático más numeroso (Valero, Coca & Valero, 2014) y dándose una gran tendencia de crecimiento hasta la actualidad (INE, Cifras de Población, 2016).

No obstante, en España el primer flujo importante de personas de origen chino data de las décadas de 1920 y 1930. Tras la incorporación de España en la Comunidad Económica Europea en 1986, éste país se convirtió en destino para la ampliación de negocios ya extendidos por la población china en otros países (Beltrán, 2009). Así, el asentamiento chino ha seguido una pauta más o menos constante en torno a los territorios que concentran más población: las grandes ciudades y el litoral mediterráneo. Destacan por tanto Comunidades como Madrid, Cataluña y Canarias, con un fuerte crecimiento en la década de los 80 y la

Comunidad Valenciana y Andalucía aproximadamente unos cinco años después (Sáiz, 2005). En cuanto a las características del patrón migratorio, es necesario diferenciar las propias de la población china del resto de población asiática. Mientras que la migración filipina se ha caracterizado por una gran feminización (las mujeres han venido a trabajar quedándose el resto de la familia viviendo en su país) y la pakistaní por la llegada de varones para trabajar en España, para el caso de la población china, la migración tiene una estructura familiar de tipo nuclear (padres e hijos menores de edad); la unidad básica de movilidad no son las personas individualmente, sino el grupo familiar, con lo que ello supone para la sociedad de acogida en cuanto a servicios para toda la población: escuelas, atención sanitaria, etc (Sáiz, 2005).

Recientemente, el número de personas chinas en Régimen General o Comunitario en España llega a 199.661 residentes, con una edad media de 35,2 años y concentrados fundamentalmente en la franja entre los 16 y 64 años (76,5% de los residentes de origen chino) (OPAM, 2015a; INE, Cifras de Población, 2016).

La evolución de este grupo poblacional en España en el período 1995-2008 (Tabla 3), muestra como las principales comunidades autónomas donde su presencia era mayoritaria se corresponden con las que acogen a mayor número de extranjeros totales en todo el Estado español (Beltrán, 2009).

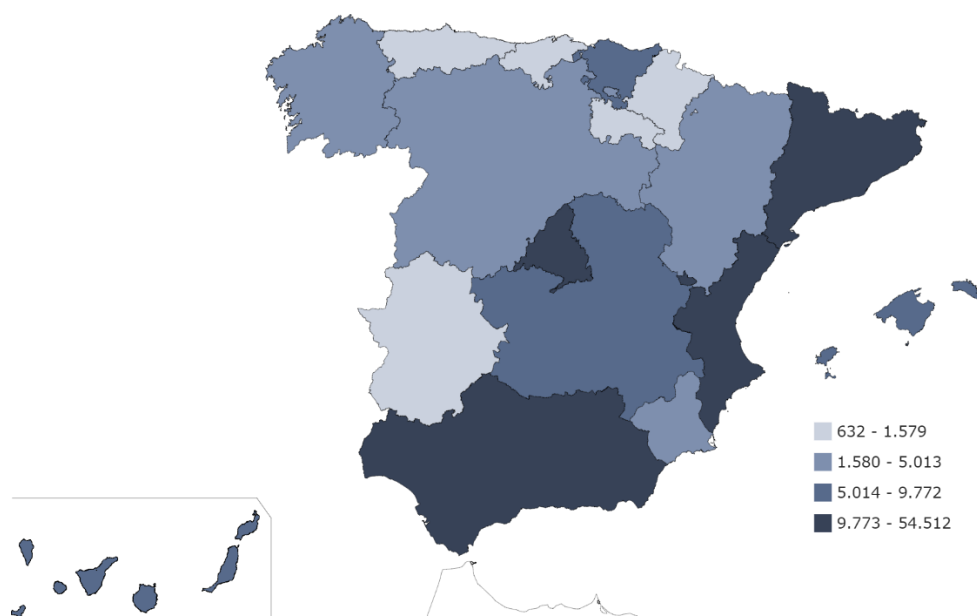
Tabla 3. Porcentaje de población china en las principales CCAA españolas; período 1995-2008.

Año	Cataluña	Madrid	Valencia	Andalucía	Canarias	Otras
1995	25%	22%	12%	12%	4%	23%
2000	30%	23%	12%	10%	6%	18%
2005	30%	26%	10%	8%	6%	19%
2008	32%	24%	9%	9%	5%	20%

Fuente: Elaboración propia a partir de Beltrán (2009).

En la actualidad, siguen siendo estas comunidades autónomas las que concentran a la mayor parte de la población china (INE, Cifras de Población, 2016) (Figura 5).

Figura 5. Distribución absoluta de población de origen chino en España por Comunidad Autónoma.

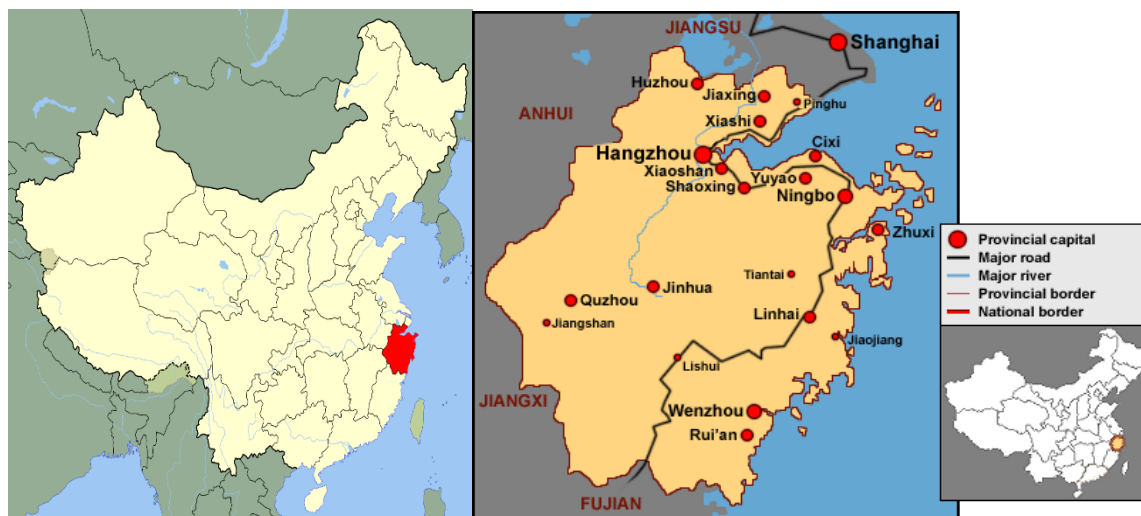


Fuente: Elaboración a partir de datos del INE a 1 enero 2016.

La distribución en Andalucía de residentes asiáticos con RG o RC se establece de la siguiente forma: del total de 30.974 residentes, la mayoría se concentra en la provincia de Málaga (39,6%) seguida de la de Sevilla (20%). Específicamente, la población china sigue la misma dispersión y distribución; superior en Málaga (36,3%) y seguida de Sevilla (24%) (OPAM, 2015b). En Sevilla, los datos del Padrón del INE muestran una evolución creciente de la población china en los últimos años (2012-2015), manteniendo una ligera proporción superior de hombres con respecto a las mujeres (constituyendo éstos siempre un porcentaje inferior al 60%).

Aunque la mayoría de los/as ciudadanos/as chinos/as en España son de la provincia de Zhejiang (Figura 6), también cabe señalar otras procedencias. Los originarios de Taiwan están presentes en el Estado español desde el establecimiento de relaciones diplomáticas entre la República de China en Taiwan y España (1953-1973), lo que supuso la llegada de estudiantes, algunos de los/as cuales acabaron estableciéndose aquí y abrieron pequeñas empresas durante los años setenta y ochenta (Sáiz, 2005). Las personas procedentes de Hong Kong llegaron desde el Reino Unido, los Países Bajos y Bélgica, donde se asentaron previamente (Nieto, 2007).

Figura 6. Mapas de la provincia de Zhejiang y sus principales ciudades.



Fuente: Tomado de <https://goo.gl/images/hhhWkQ> y <https://goo.gl/images/vK8GAN>.

Al llegar a España, comenzaron a instalarse en el sector servicios y a ser propietarios/as de restaurantes de comida china principalmente, un ámbito que dominan bien y con grandes posibilidades de expansión. La evolución positiva de este tipo de negocios requiere una cuota de mercado –un número mínimo de clientes por debajo del cual no resulta rentable– que se consigue gracias a una localización estratégica del local, para asegurarse la menor competencia posible, de ahí que la población china se distribuyera y dispersara por los grandes municipios y las ciudades del litoral, pues son los que reciben más turistas a lo largo del año (Sáiz, 2005).

Sin embargo, este espacio laboral y familiar al mismo tiempo fue saturándose en algunas ciudades como Madrid y Barcelona. Por ello, diversificaron su actividad económica en zonas del interior peninsular y en otros sectores comerciales (se produce la conocida “primera expansión hacia el interior” de la población china en la década de los 90). Comenzaron a vender artículos importados, a abrir tiendas de frutos secos, locutorios, talleres de confección, etc. (Petit, 2002).

El gran crecimiento de la población china, hace que el propio nicho étnico no pueda absorber a tantos/as trabajadores/as. Por ello se observa hoy día su presencia en el mercado laboral nacional (industrias cárnicas, fábricas de embalaje, etc.) (Sáiz, 2005). Por otro lado, con el alza de sus negocios y el pago de impuestos también contribuyen a la economía nacional y dinamizan el comercio internacional español (tanto importación como exportación). De hecho, empresarios/as españoles/as, conscientes del motor económico que supone el

continente asiático comenzaron a aprender la lengua y cultura china con vistas a abrir delegaciones de sus empresas en el señalado país (Petit, 2002).

3. Inmigración y Salud

3.1.Introducción

El incremento de las migraciones en todo el mundo, convierte a España en un país con un 11,7% de población extranjera en 2013 (Rodríguez, González, Bacigalupe, Martín & Lanborena, 2014). El gran impacto en los ámbitos político, social, económico y laboral, hace que la salud pública deba incluir entre sus prioridades el conocimiento y abordaje de las necesidades de salud específicas de poblaciones vulnerables como los/as inmigrantes.

Cabe señalar además las importantes desigualdades en salud entre la población extranjera y la autóctona, en muchas ocasiones alimentadas por la existencia de discriminación, escaso apoyo social, la percepción de racismo o la aculturación. Por otro lado, los factores epidemiológicos y sociales del país de origen, el proceso de desplazamiento, el tiempo de residencia y sobre todo, las condiciones de vida en la sociedad de destino, también constituyen aspectos con una clara influencia sobre la salud y el uso de los servicios sanitarios por parte de esta población (Rodríguez *et al.*, 2014). Estos/as autores/as, en su estudio con población inmigrante en el que emplearon la Encuesta de Salud a Población Inmigrante de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ESPICAV'09), obtuvieron como resultados que todos los grupos de población inmigrante mostraron un peor estado de salud percibido que la población autóctona, a excepción de los hombres chinos y magrebíes y de las mujeres latinoamericanas.

3.2.Población inmigrante y Normativa del Sistema Sanitario.

Los desafíos para el Sistema Sanitario son cada vez mayores, dada la extensión y heterogeneidad de la población inmigrante. El reconocimiento de acceso pleno al mismo tiene su base en un sistema legal que tiende a la universalidad (Gimeno *et al.*, 2014). Como

elemento clave en la atención a la población extranjera en situación no regularizada, cabe destacar la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, donde aparece la tarjeta sanitaria y la inscripción en el padrón como únicos requisitos y como el mecanismo facilitador de dicha atención. Esto supuso un incremento de altas de tarjetas sanitarias, deduciendo por tanto una mayor atención a la población extranjera. No obstante, dificultades como la falta de documentación identificativa, carencia de vivienda estable y otros problemas relacionados con el número de personas empadronadas que habitan la vivienda o autorizaciones necesarias para ciertos trámites, suponen una gran barrera para lograr el empadronamiento de las personas inmigrantes. Además, otras reformas que impulsaban el control de las personas en situación de regularidad o irregularidad, así como la obligación de renovar el padrón cada cierto tiempo, desalentaban a un gran número de inmigrantes, ya que ante el endurecimiento de las medidas de expulsión, optaban por no empadronarse, aunque ello implicara verse desprovistos/as de servicios como el de la atención sanitaria. Esta invisibilización es la que hace que este grupo presente unas condiciones de vida y riesgo de exclusión social que ponen su salud en una situación de mayor vulnerabilidad, necesitando por ello poder entrar en los circuitos preventivos y asistenciales (Blázquez, 2004).

Toda esta situación se ve dificultada a partir del desarrollo legislativo del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (en adelante RD-L) en la población inmigrante o de origen inmigrante, principal afectada por la reforma (Gimeno *et al.*, 2014).

A partir de ese momento y tras el trabajo de perseguir la ampliación progresiva de la cobertura hasta alcanzar la universalidad de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), con hitos claros en la Ley General de Sanidad (1986), la financiación de la sanidad por impuestos (1999), las Leyes de Extranjería (2000), Cohesión (2003) y la Ley General de Salud Pública (2011), el RD-L (16/2012 de 20 de abril) marca un punto de inflexión en la política sanitaria española, donde el principio de universalidad dejaba de ser aplicable (López *et al.*, 2012); se pasa a un modelo de aseguramiento que deposita en las personas trabajadoras que estén cotizando el derecho a la asistencia sanitaria. Junto a la persona asegurada y dependiendo de la misma, también tiene reconocida la asistencia sanitaria la figura del/de la beneficiario/a. De esta forma, aquellas personas carentes de estas condiciones quedan excluidas; es el caso de población inmigrante en situación irregular que ya no tendrá acceso en condiciones de

igualdad con la población española y que solo podrá ser atendida en situaciones de accidente o enfermedad grave hasta su completo restablecimiento, a los menores de edad en todo caso, y a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. Fuera de estos espacios, cualquier demanda sanitaria podría generar problemas de conciencia a los/as profesionales, cuya ética será sometida a prueba cotidianamente.

Las consecuencias negativas de la entrada en vigor de este RD-L han sido plasmadas en numerosos informes y generado la llamada de atención a España por parte de organismos internacionales -entre ellos el Comité Europeo de Derechos Sociales (CEDS)¹⁹, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial²⁰- en cuanto a la regresión de los derechos de las personas inmigrantes en España y al incumplimiento de las obligaciones en materia de Derechos Humanos. En este sentido alertaba la V Conferencia Europea sobre salud de migrantes y minorías étnicas en abril de 2014, exigiendo muestras a los Gobiernos europeos del compromiso de asegurar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, como se establece en el Pacto anteriormente citado. Aunque tras el reparto de competencias en materia sanitaria, las restricciones de la normativa nacional entrasen en incongruencia con la marcada flexibilidad de ciertas Comunidades Autónomas (CCAA) -tal es el caso de Andalucía que permite el acceso sin ningún requisito o exige un periodo de tiempo de empadronamiento previo-, esto no crea realmente un derecho a la asistencia sanitaria dado que la legislación estatal lo impide. Por ello, se trata de sistemas de atención paralelos muy alejados de lo que debería ser un reconocimiento universal a la sanidad de todas las personas que viven en España, con independencia de su situación jurídica-administrativa o de sus ingresos (Red Acoge, 2015).

¹⁹ El CEDS se constituyó para monitorear el cumplimiento de los derechos sociales y económicos enunciados en la Carta por los Estados Partes. Complementa al Convenio Europeo de Derechos Humanos, centrado en los derechos civiles y políticos y está supervisado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

²⁰ El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) es el órgano de expertos/as independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial por sus Estados Partes. Desempeña sus funciones de vigilancia mediante procedimientos de alerta temprana y el análisis de las quejas interestatales e individuales.

3.3.Estado de salud de la población inmigrante.

En relación al estado de salud de la población inmigrante, es necesario distinguir las diferencias que se producen en la misma en función del momento o fase del proceso migratorio en el que se encuentren. Los recién llegados tienen, por término medio, mejor salud que sus pares en el país de origen e incluso en el receptor (Falces, Vázquez & Cañas, 2007). También mejor salud que la propia población autóctona. Este conocido efecto del inmigrante sano, solo puede explicarse porque los largos trayectos y el mismo proceso de la inmigración, hace que sean las personas física y psicológicamente más fuertes las que decidan migrar. Pero a pesar de que la literatura sociomédica caracteriza a los/as inmigrantes como jóvenes (en edad económicamente activa) y con buen estado de salud al momento de su partida, con el tiempo, esta ventaja va desapareciendo o invirtiéndose. Es decir, su salud se deteriora paulatinamente asemejándose a la de la población nativa a la que se integran (Tormo *et al.*, 2015; Vázquez *et al.*, 2014).

Mientras que en la primera etapa del proceso migratorio (primeros 2-5 años de estancia en el país de acogida) cobran especial protagonismo las enfermedades infecciosas tropicales o endémicas, conforme transcurre el tiempo en la sociedad receptora, los problemas de salud cada vez se aproximan más a los propios de las personas autóctonas. Por una parte, vienen determinados por la adopción de estilos de vida propios de éstos (sedentarismo, obesidad, tabaquismo, etc.) y por otra, por el grado de acceso y utilización de los servicios sanitarios, tanto asistenciales como preventivos (Falces *et al.*, 2007). Además, el riesgo a exposiciones perjudiciales puede explicarse por el hecho de que a menudo las personas inmigrantes sufren peores condiciones de vida y trabajos más deficientes que la población autóctona (Ronda *et al.*, 2014; Velarde & Ávila, 2002).

Las experiencias de la población inmigrada durante el proceso migratorio y la adaptación también influyen en la salud mental de estas personas. Incluso en el caso de los/as adolescentes nacidos/as en el extranjero, declaran peor salud percibida y presentan mayor malestar psicológico -a veces originado por el rechazo social que perciben- que puede acarrearles consecuencias negativas para su salud psíquica en la edad adulta (Agencia de Calidad del SNS, Boletín Impacto 2010). De esta manera, el cuerpo somatiza, manifiesta con disfunciones orgánicas las frustraciones y conflictos cuya génesis se debe a una situación de

estrés prolongado, carencias afectivas, fracaso de expectativas, experiencias de rechazo, violencia, escasez económica, inactividad, etc. (Temores, Infante, Caballero, Flores & Santillanes, 2015). Ante los signos y síntomas que manifiesta la persona, han de analizarse los procesos no sólo biológicos, sino también sociales, políticos, económicos, es decir, correlacionar lo que siente con las circunstancias en las que se encuentra. Cabe preguntarse si cierta morbilidad asociada como mujeres-depresión, jóvenes-trastornos de la alimentación o inmigración-psicosomatizaciones, no son el resultado de factores estructurales en los que se encuentran estos grupos. Resulta difícil listar todos los determinantes que influyen en la salud de la población inmigrante, pero a grandes rasgos se puede hablar en primer lugar del proceso migratorio en sí, de la situación de irregularidad, los aspectos socio-económicos, el acceso a la educación, la posibilidad de reagrupación familiar, los prejuicios y los obstáculos para la integración social (Blázquez, 2004).

A pesar de que en algunos períodos las tasas de empleo sean superiores entre la población inmigrante, éstas se concentran en mayor medida que la de los españoles en determinadas ramas de actividad intensivas, como la construcción, hostelería, comercio, agricultura y servicio doméstico, caracterizadas por inadecuadas condiciones de contratación, bajos salarios, sin beneficios de la seguridad social y calificables con “las tres p: penosos, peligrosos y precarios” (Ronda *et al.*, 2014; Velarde & Ávila, 2002). Asimismo, se ha asociado la disminución de los ingresos económicos con el deterioro de la dieta y una mayor adopción de hábitos tóxicos (Vázquez *et al.*, 2014).

A todo ello se pueden sumar la situación irregular de residencia, malas condiciones de vivienda (zonas de elevado riesgo social, hacinamiento, etc.), las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, los problemas de comunicación relacionados con el idioma, el bajo nivel educativo, las diferencias etnoculturales y el desconocimiento de riesgos y medidas preventivas en el trabajo (Jansá & García de Olalla, 2004). En este caso para las mujeres, el riesgo de lesiones mortales o no mortales por accidente laboral es incluso superior al de los hombres, y aún mayor en el caso de inmigrantes de menos de 5 años de estancia en el país (Falces *et al.*, 2007).

A nivel hospitalario, cabe señalar que las principales causas de ingreso en esta población son obstétricas y neonatales. Los datos del Boletín de Impacto de la Agencia de Calidad del SNS (2010) destacan la existencia de desigualdades en la salud entre mujeres inmigrantes y autóctonas, principalmente en lo que a actividades preventivas se refiere. Se observa una

mayor proporción de embarazos en adolescentes, mayor número de peticiones de interrupciones voluntarias del embarazo, menos controles durante la gestación y menos citologías vaginales en mujeres inmigrantes.

No obstante, López-Olmos (2013) afirma no haber diferencias en cuanto a infecciones vaginales ni lesiones cervicales entre las mujeres extranjeras y las autóctonas españolas. En cambio, tienen más disfunciones sexuales, anorgasmia y dispareunia. En relación a infecciones de transmisión sexual (ITS), la prevalencia del virus del papiloma humano es mayor en mujeres inmigrantes.

También la vía sexual se convierte en el principal patrón de asociación con la transmisión del VIH. En el año 2015, el 30,3% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en España se realizó en personas originarias de otros países, aunque descendió un 2,7% en relación al año anterior. Aunque en general los nuevos diagnósticos se realizaron con mayor frecuencia en personas de origen español, les siguieron las personas de procedencia latinoamericana (16%). Cabe destacar que en el caso de las mujeres, el 49,2% de los nuevos diagnósticos eran inmigrantes (MSSI, Vigilancia epidemiológica del VIH y Sida en España 2016).

Teniendo en cuenta que la atención sanitaria en muchas ocasiones no es prioritaria para la población inmigrante, salvo cuando la patología les impide trabajar, en España aún es escasa la información epidemiológica de la que se dispone. No obstante, los estudios existentes resaltan que las enfermedades tropicales “clásicas” no constituyen el motivo principal de consulta de esta población y que la mayoría se centran en problemas de salud crónicos y similares a los de la población en la que se insertan, aunque con menor prevalencia (Aerny *et al.*, 2010; Falces *et al.*, 2007).

3.4. Salud intercultural derivada de la Medicina Tradicional China (MTC)

Hoy día, en los países occidentales se está consolidando una doble vía en la manera de entender la salud y la enfermedad. A pesar del predominio de la medicina occidental apoyada en sus propios métodos (progreso tecnológico, fármacos sintéticos, etc.), la medicina tradicional también ha salido de su ámbito asiático; en países occidentales, incluido España, cada vez más pacientes acuden a la medicina tradicional. Se revela así como una medicina

válida que incorpora avances en la investigación de las ciencias naturales, utilizando remedios a base de plantas y otros métodos de tratamiento entre los que se destacan la acupuntura²¹, moxibustión²² o la ventosaterapia²³ (Mejías *et al.*, 2015; Álvarez, 2013).

La MTC nació hace más de dos mil años y se concibe como la forma más clara de una ciencia preventiva. Busca el restablecimiento de un equilibrio entre la totalidad del organismo y de éste con el universo y entiende la causa de la enfermedad como múltiple e interrelacionada, aunque haya desencadenantes concretos o factores más influyentes. Sin embargo, la perspectiva occidental tiende a establecer causas puntuales y muchas veces aisladas de la enfermedad, buscando el tratamiento de las mismas (Ardila, 2015).

Por ejemplo, en una infección, mientras que la visión occidental determinará como causa principal el microorganismo y como tratamiento la antibioterapia, la visión de la medicina tradicional es que el patógeno sólo será un factor que, junto con otros ambientales o alimenticios desencadenará el problema, ya que la verdadera causa estará en el diezmado sistema inmunitario de la persona, siendo para ello necesario el refuerzo del mismo. A pesar de estas diferencias, es necesario aclarar que la medicina china no está reñida con otras, lo que implica la posibilidad de usar lo mejor de ambas (Aparicio, 2004).

Para entender la complejidad de esta medicina tradicional, es necesario tomar en cuenta la Teoría de los cinco elementos, la cual explica la composición y funcionamiento de la Naturaleza. Es empleada para clasificar el organismo en base a las características asociadas a los sistemas corporales, estudiar las funciones fisiológicas, explicar los fenómenos patológicos, establecer un diagnóstico y determinar un posible tratamiento (Rodríguez, 2010).

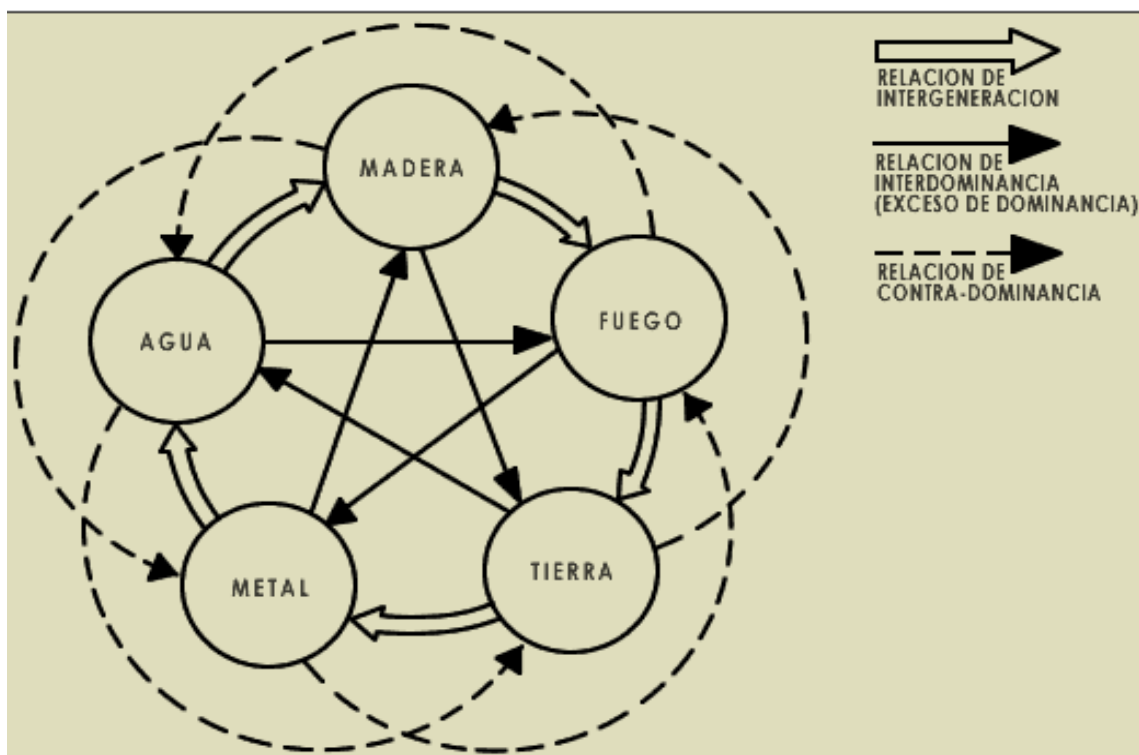
²¹ La acupuntura consiste en la inserción de agujas en la epidermis con el objetivo de modular el movimiento de energía o “qi” a través de canales o meridianos. Es comúnmente usada de manera analgésica ya que estimula el sistema límbico y detona mecanismos neurofisiológicos de liberación de opioides naturales que regulan las señales de dolor (Álvarez, 2013; Cobos, 2013).

²² Es una terapia encuadrada dentro de la MTC, que aparece oficialmente descrita por primera vez en el Libro Clásico de Medicina Interna, escrito entre los años 475 a.C. y el 221 d.C. Disponible en: <https://masajes-xiaoying-madrid.com/>. Aplica calor por medio de conos y cigarros de moxa, estimulando puntos específicos del cuerpo e implica la combustión de hojas de una hierba ardiente (habitualmente artemisa vulgaris). La moxa tiene la propiedad de calentar y limpiar de obstáculos los canales, eliminar el frío, la humedad y promover la función de los órganos (Ramón & Benítez, 2014).

²³ Consiste en aplicar copas o vasos a modo de ventosas (crean vacío) sobre determinados puntos energéticos del cuerpo para liberar energía estancada. En MTC es una práctica habitual, en muchas ocasiones combinada con masajes (Álvarez, 2013). También disponible en: <https://masajes-xiaoying-madrid.com/>.

En esta Teoría, los atributos de cada elemento tienen más que ver con el significado que con el elemento propiamente dicho. El Agua se caracteriza por el frío y humedece hacia abajo (tendencia a descender). La Madera (plantas) se deja enderezar y quiere crecer libremente. El Fuego representa el calor y tiende a ascender. La Tierra posee la fecundidad y el cambio constante. Por último, el Metal es puro y firme y se deja moldear (Rodríguez, 2010). Entre estos elementos se establecen una serie de conexiones (Figura 7).

Figura 7. Relaciones de los cinco elementos.



Fuente: Tomado de <http://www.acupunturachina.com/es/notas/la-teoria-de-los-5-elementos.php>.

La primera relación dada entre ellos se denomina “ciclo de generación”:

Agua → Madera → Fuego → Tierra → Metal

El Agua genera la energía necesaria para la vida de las plantas (Madera). Ésta, donde todo florece, cuando se incendia genera el Fuego, del cual proviene la Tierra. En el interior del planeta se encuentra un núcleo incandescente del cual se desprende el Metal y de los metales, se deriva el agua mineral cerrándose de nuevo el ciclo.

Otra relación es la de “dominancia”, en la que todos los elementos son generados y generadores:

Madera → Tierra → Agua → Fuego → Metal

Un ejemplo es el del Agua, que al mismo tiempo que permite a las plantas (Madera) florecer en el ciclo de generación, también mantiene al fuego en equilibrio (no necesariamente extinguiéndolo). La interrelación del sistema es tan fuerte, que cualquier desfase en alguno de sus elementos puede desestabilizar a los cuatro restantes, generando relaciones patológicas; estas son la “sobredominancia” o *cheng* (la parte o elemento fuerte explota al débil) y la “contradominancia” o *wu*. De todas las relaciones existentes, esta última es la de mayor gravedad en la MTC, ya que en este caso el elemento explotado se hace tan grande que escapa del control, rompiendo el equilibrio e invirtiendo el sentido del control entre algunos elementos (Budris, 2005).

Los problemas de salud pueden explicarse porque al mismo tiempo, cada elemento tiene distintos roles sobre el cuerpo físico y está relacionado con un órgano, un color, una estación del año, una cualidad (Budris, 2005; Rodríguez, 2010), emoción (Zuluaga & López, 2016), alimento y síntomas distintos, entre muchos otros atributos (Jiménez, 2015) (Tabla 4). Al relacionarlos con los órganos, se debe mencionar que no hacen referencia a los órganos físicos en sí, sino al amplio y entramado sistema energético dentro del cual se encuentra cada uno de ellos.

Mientras que los órganos catalogados como *yin* ejercen una función de conservación, producción y reserva de la energía, las vísceras y entrañas extraordinarias (cerebro, útero, huesos, médula, vasos sanguíneos) son consideradas *yang* por su función de transformar, transportar y evacuar la energía (Jiménez, 2015).

Tabla 4. Asociaciones y atributos de los cinco elementos.

	Atributo	Órgano/víscera (zhang/fu)		Estación	Color	Emoción
		Yin	Yang			
Madera	Crecimiento	Hígado	Vesícula Biliar	Primavera	Verde	Ira
Fuego	Calor	Corazón	Intestino delgado	Verano	Rojo	Alegría
Tierra	Germinación/Cosecha	Bazo	Estómago	Canícula	Amarillo	Reflexión/obsesividad
Metal	Drenaje	Pulmón	Intestino grueso	Otoño	Blanco	Preocupación/Tristeza
Agua	Frio	Riñón	Vejiga	Invierno	Negro	Miedo/conmoción

Fuente: Elaboración propia a partir de Budris (2005), Jiménez (2015), Rodríguez (2010) y Zuluaga & López (2016).

Las tendencias predominantes en cada persona son las que le hacen susceptible a ciertas enfermedades o estados de ánimo. Por ello debe detectarse su constitución predominante, la cual suele estar conformada mayoritariamente por varios elementos (Madera-Agua, Madera-Fuego, etc.). Como ejemplo, en el caso de una relación de sobredominancia generada por un exceso de control de la Madera sobre la Tierra, el *Qi* (energía) del hígado restringe la energía del bazo/estómago (Budris, 2005). La patología ocasionada por la influencia en la relación Madre-Hijo o Hijo-Madre – la madre es el elemento generador y el hijo el elemento generado – permite explicar la evolución de determinados problemas de salud, tal es el caso de la insuficiencia renal. Esta podría desembocar en afectación hepática: el riñón-Agua, es Madre de la Madera-Hígado (Rodríguez, 2010).

Otros conceptos importantes dentro de la MTC y algunos ya mencionados, hacen referencia a la conservación y nutrición de un conjunto indisoluble compuesto por la esencia (*jing*), el espíritu (*shen*) y la energía universal (*Qi*). El *jing* son todas aquellas sustancias nutritivas para el cuerpo humano, tanto las innatas (proporcionadas por los padres), como las adquiridas (proviene de los alimentos). El *shen* consiste en la sumatoria de aspectos emocionales, mentales y espirituales; se refiere a actividades psíquicas (Ardila, 2015). El *Qi* es la fuerza motriz que hace funcionar los órganos y vísceras del cuerpo humano (*Yin y Yang*)²⁴ y cuya

²⁴ Yin y Yang cuentan con distintos atributos que dependiendo de su interacción afectan al cuerpo humano. El

alteración conduce a la enfermedad (Ribas, 2013).

Como se observa, las concepciones de la salud según la mirada oriental u occidental tienen diferenciaciones importantes que influirán en el planteamiento de la salud/enfermedad y en la elección de la terapéutica.

La MTC busca solucionar los problemas de salud con eficacia, sin causar toxicidad, de forma sencilla y natural y entiende que si enferma el cuerpo, también enferma la mente o el espíritu y viceversa. Dado que las emociones se manifiestan en y a través de lo físico, la terapéutica contempla necesariamente el reequilibrio del cuerpo a través de la atención a los problemas emocionales (Aparicio, 2004).

4. Corrientes enfermeras de Cuidados Culturales

4.1.Introducción

La concepción de la cultura como elemento que condiciona el comportamiento y las decisiones de las personas, donde las creencias orientan las prácticas y éstas a su vez, pueden modificar las creencias, se fundamenta en el hecho de que el ser humano siempre está inmerso y en relación dinámica con la cultura que le rodea. Es por ello que para los/as profesionales de la salud, ésta no podría pasar desapercibida, ya que es una variable que no solo afecta a los/as receptores/as de los cuidados, sino también a ellos/as mismos/as (Melguizo & Alzate, 2008). En ocasiones, las discrepancias sobre las concepciones culturales de la salud son mayores entre los diferentes protagonistas (paciente-personal sanitario/a) que entre las personas de un mismo grupo en sí. Estas diferencias pueden marcar no solo la vida diaria de cada individuo/a, sino también la relación terapéutica, dificultando la comprensión entre ambos (Torres, Munguía & Aranda, 2015).

Razones como la gran migración de personas entre países, la importancia de la cultura como

Yin es femenino, frío, relajante, creativo, inhibitorio y representa la tierra, mientras que el Yang es masculino, caliente, dinámico, lógico y representa al cielo. En ambos casos se considera al ser humano como esencialmente portador de características femeninas y masculinas, que intenta integrar a lo largo de su vida para tener una mejor salud mental y física (Álvarez, 2013).

parte de la identidad de cada persona, así como la derivación en un cuidado enfermero inefectivo donde se establecen relaciones de poder enfermera-paciente dadas las barreras y condiciones institucionales de los hospitales (González & Moreno, 2014), propician en gran medida la necesidad de nuevos términos que relacionan la Enfermería con la diversidad cultural y permiten justificar que hoy día, este personal sanitario haya asumido un enfoque holístico del ser humano en la atención a la salud, lo cual comprende que al prestar cuidados sea necesario relacionar aspectos fisiológicos y psicológicos, sin olvidar la relación e interacción del individuo con el medio externo y con los/as demás (Galao, Lillo, Casabona & Mora, 2005; Melguizo & Alzate, 2008). Estas relaciones, cambiantes de manera constante en nuestra sociedad, hacen que los métodos de prestación para la salud deban irse modificando consecuentemente (García & Martínez, 2001), asumiendo nuevos valores, enfoques y estructuras administrativas para mantener y enriquecer nuestras percepciones de realidades multiculturales en los centros sanitarios (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 2007, pp.133-134). Además, para lograr que el encuentro entre culturas ocurra de forma favorable, se requiere conocimiento de sus características y respeto por las diferencias.

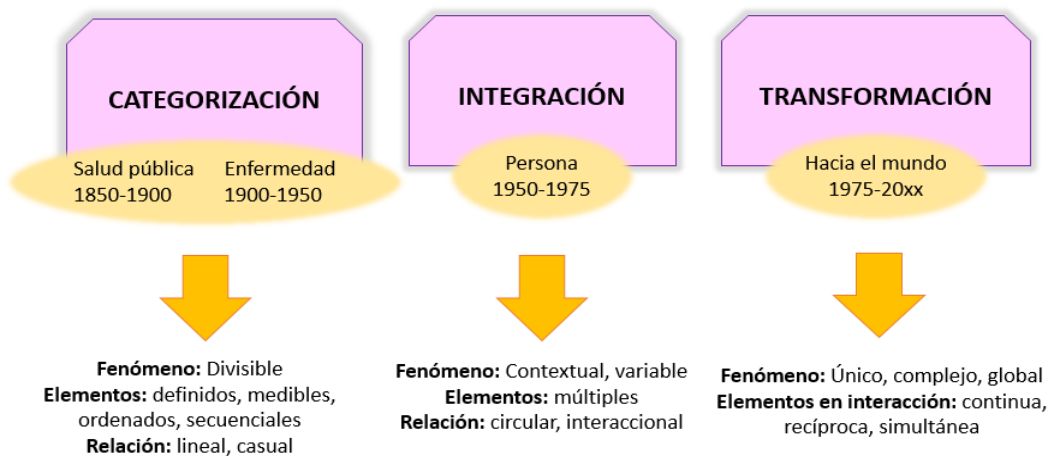
Uno de los aspectos que ha permitido este abordaje, fue la consolidación de la enfermería como disciplina a mediados del siglo XX, permitiendo que ésta sea muy distinta tanto desde el punto de vista formal como sociológico, contribuyendo a ello entre otros factores, la orientación de los cuidados enfermeros en un marco teórico propio (García & Martínez, 2001). Esto a su vez, ha permitido definir actividades y desarrollar la investigación enfermera en base a un cuerpo de conocimientos expresados como modelos o teorías conceptuales que pueden enmarcarse en grandes corrientes de pensamiento, formas de ver o comprender el mundo denominados paradigmas enfermeros (Figura 8). La descripción breve de cada uno de estos paradigmas (Kérouac *et al.*, 2007, pp.1-21) permitirá contextualizar y conocer la orientación que se pretende dar a este estudio:

- Paradigma de la Categorización: orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad, interesado principalmente en la salud pública y en la enfermedad con una relación estrechamente unida a la práctica médica. Según este paradigma, los fenómenos son divisibles en categorías o clases definidas, y considerados como elementos aislables o simplificables.
- Paradigma de la Integración: orientado hacia la persona, donde ésta puede influenciar

los factores preponderantes de su salud y la enfermera actúa como una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

- Paradigma de la Transformación: según éste, un fenómeno es único en el sentido de que puede presentar similitudes respecto a otro, pero no se puede parecer totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura única; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad más grande, el mundo que lo rodea. Desde esta óptica, la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, siendo este ser indisociable de su universo. La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella.

Figura 8. Paradigmas de la Enfermería.



Fuente: Elaboración propia a partir de Kérouac *et al.* (2007).

Partiendo de estos paradigmas, la concepción de la disciplina enferma y el enfoque filosófico permite una agrupación en diferentes escuelas de pensamiento (Kérouac *et al.*, 2007, pp.23-45), de las que partirán los distintos modelos y teorías enfermeras; cuatro de estas escuelas están orientadas hacia la persona y otras dos, caracterizadas por la apertura hacia el mundo:

- Escuela de las Necesidades: En esta escuela se intenta responder a “¿qué hacen las enfermeras?”. Según estos modelos, el cuidado se centra en la independencia de la persona para satisfacer sus necesidades fundamentales. La enfermera reemplaza a la

persona durante un tiempo en el que ésta no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud.

Algunas teorizadoras importantes que destacan en esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

- Escuela de la interacción: En esta escuela de finales de los 50 y principios de los 60, se intenta responder a “¿cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?”. Según la misma, el cuidado es entendido como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecérsela (la enfermera). De ahí la importancia de que ésta clarifique sus propios valores, utilice su propia persona de manera terapéutica y se comprometa con el cuidado.

Algunas teorizadoras a destacar son Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Imogene King.

- Escuela de los efectos deseables: pretende responder a “¿por qué las enfermeras hacen lo que hacen?”. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros es restablecer la homeostasis o preservar la energía de la persona, la cual es vista como un sistema. Teorizadoras importantes de esta escuela son Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy, Betty Neuman.

- Escuela de la promoción de la salud: Aquí el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. Responden a “¿qué hacen las enfermeras? y ¿a quién van dirigidos los cuidados?”. El primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. Destaca como teorizadora Moyra Allen.

- Escuela del ser humano unitario: también intentan responder a: “¿a quién van dirigido los cuidados de enfermería?” y destacan Martha Rogers y Rosemarie Rizzo Parse.

- Escuela del caring: intentan responder a ¿cómo hacen las enfermeras lo que hacen? Tienen la creencia de que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Jean Watson) y la cultura (Madeleine Leininger) integrando los conocimientos vinculados a estas

dimensiones. El caring implica facilitar y ayudar, respetando los valores, creencias, la forma de vida y cultura de las personas.

En la aproximación al objeto de este trabajo desde una perspectiva enfermera, cabe destacar que el cuidado cultural constituye la teoría holística más amplia de la enfermería. Se opta por este enfoque puesto que tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística en un período de tiempo concreto, e incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del mundo, la trayectoria cultural y los valores, el contexto del entorno, las expresiones lingüísticas y los modelos tradicionales y profesionales (Marriner & Raile, 2007), que serán de relevancia para el estudio de la población concreta a la que se dirige este trabajo.

4.2. Teorías y Modelos de los Cuidados Transculturales

El concepto de Enfermería Transcultural (ETC) está basado en una ideología directamente relacionada con conceptos como cultura y cuidado, cuya pretensión es la de orientar y justificar los cuidados enfermeros en las diferentes culturas y movimientos sociales (Siles *et al.*, 2001).

Para ello, se cuenta con varios modelos de “competencia cultural”; esta es entendida como el conjunto de conductas, actitudes y políticas que permiten al sistema, y/o individuo/a funcionar eficazmente con pacientes y comunidades de origen cultural diverso (Generalitat de Catalunya, Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud 2007; Zandoviene & Lleixá, 2015). Maňhalová & Tóthová (2016) recogen que “las competencias culturales citadas con mayor frecuencia son los conocimientos, habilidades, actitudes, la capacidad de reaccionar de una manera amable y eficiente para la gente de todas las culturas, el reconocimiento, el respeto y la responsabilidad, la provisión de atención cualificada y el proceso a largo plazo de la auto-educación”.

Entre estos modelos se encuentran la *Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales* de Madeleine Leininger; el *modelo de Competencia Cultural* de Larry Purnell; el *proceso de Competencia Cultural en los servicios de cuidado de la salud*

desarrollado por Campinha-Bacote y el *Modelo de Herencia Cultural y Tradiciones de Salud* de Rachel Spector, entre otros. Aun tomando uno de estos como referencia, cabe describir las principales características de cada uno de ellos para conocer que bajo estos enfoques, el personal de enfermería puede desarrollar su labor profesional en la sociedad multicultural actual.

4.2.1. Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger

Madeleine Leininger, perteneciente a la escuela de pensamiento del Caring, se constituye como la fundadora y madre de la ETC a principios de la década de 1960, fruto de la fusión y combinación de dos disciplinas, la enfermería y la antropología (Marriner & Raile, 2007; Wesley, 1997).

Definió la ETC como "el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura y con la finalidad de ayudar a las personas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte" (Leininger, 1999; Siles *et al.*, 2001). Su construcción tuvo lugar gracias a la influencia de ciertos factores que la llevaron a instaurarla (Galao *et al.*, 2005; Leno, 2006):

- Aumento de las migraciones y la diversidad creciente de las poblaciones (etnicidad, origen nacional, religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, clase o estatus socioeconómico, educación, etc.), que esperan de los/as profesionales sanitarios/as que entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida.
- Incremento de las actuaciones de carácter legal ante la presencia de conflictos, negligencias, ignorancia e imposición dentro de las prácticas en cuidados de salud, generados por choques culturales.
- Nuevas necesidades de cuidados en salud basados en la cultura en diferentes contextos ambientales, que tengan en cuenta las necesidades de mujeres (problemas de género) y niños/as.

Esta teoría, cuyo primer principio teórico se basó en la existencia de diversidades (diferencias) y universalidades (aspectos en común) en los cuidados entre culturas de todo el mundo (Leininger, 2002), enfatiza el estudio comparativo y sistemático intercultural para identificar las diferencias culturales que dan lugar a distintas formas de practicar y sentir los cuidados, en base a los valores sobre dichos cuidados, la expresión y las creencias de la salud y enfermedad y el modelo de conducta (Marriner & Raile, 2007; Siles *et al.*, 2001).

La teoría de Leininger (1991), diseñada para descubrir el cuidado- qué es particular y qué es universal en relación con la salud, tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los/as profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten. El personal de enfermería debe descubrir y adquirir conocimientos acerca del mundo del/de la paciente, y haciendo uso del mismo, tomar las decisiones adecuadas para proporcionar cuidados coherentes con la cultura de las personas a las que les sean beneficiosos y útiles a sus formas de vida saludables. Pero no deben pensar que el único instrumento conducente a conseguir la competencia cultural es el conocimiento de las culturas con las que van a tratar. También son necesarias habilidades de relación y comunicación y actitudes de respeto, confianza y sensibilidad (Castrillón, 2015).

Según Leininger (1988), los sistemas de cuidados tradicionales y no profesionales que sostienen la vida y la muerte merecen un gran respeto. Por ello los/as enfermeros/as deben tenerlos en cuenta y contrastar los conocimientos y experiencias propias o locales (*émic*) con las creencias y prácticas externas (*étic*) (Marriner & Raile, 2007). Esta estrategia es la que permite el desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. Dicha validación implica aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad de la persona considerando el contexto cultural del que procede. Esto explica que las acciones de los/as pacientes frente a su enfermedad sean congruentes con lo aprendido en su grupo social y cultural. No obstante, la validación cultural no significa que el/la profesional comparta el mundo simbólico del/de la usuario/a, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación de la persona (Alarcón, Vidal & Neira, 2003).

Para desarrollar el modelo de Leininger es necesario contemplar todos y cada uno de los conceptos que conforman el metaparadigma enfermero (persona, entorno, salud y enfermería) y que esta autora expone: (Wesley, 1997):

- Persona: es el ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros. Representa a los/as individuos/as, las familias y los grupos culturales. Aunque los cuidados de los seres humanos sean universales, las formas de cuidar varían en función de las culturas; de ahí que no puedan ser separados de su bagaje cultural (Leininger, 1988; Wesley, 1997).
- Entorno: se relaciona de forma estrecha con la cultura, exponiéndose los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental (Wesley, 1997). Aunque el entorno es principalmente exterior a la persona, ejerce una influencia en lo cotidiano y proporciona un significado a sus experiencias de vida (Leininger, 1988).
- Salud: es culturalmente definida, practicada y valorada y es considerada un estado de bienestar. Refleja la capacidad de las personas para llevar a cabo sus roles cotidianos e incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones, promoción y mantenimiento de la salud. Es universal aunque definida de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.
- Enfermería: se define como una ciencia y arte humanístico aprendido, que requiere la comprensión de los valores, creencias y prácticas específicas de la cultura del/de la cliente/a y que se centra en las conductas, funciones y procesos personalizados que promocionan la salud o recuperan de la enfermedad. Tiene un significado físico, psicocultural y social para aquellas personas que son asistidas. Su puesta en práctica, utiliza tres modos de acción y un enfoque de resolución de problemas definido en el Modelo Sunrise.

Además de los conceptos metaparadigmáticos, han de exponerse los aspectos fundamentales de su teoría formulada, siendo éstos la cultura, cuidados, cuidados culturales, visión del mundo y sistemas de salud:

- Cultura: es una entidad dinámica y altamente inconsciente, constituida por valores, creencias, costumbres, normas y prácticas de vida de un grupo particular. Son aprendidas, compartidas y transmitidas primariamente en la familia y orientan al pensamiento, la toma de decisiones y acciones de manera específica, permaneciendo generalmente bastante tiempo a pesar de que pueda cambiar en respuesta a la dinámica global. (Leininger, 1999; Marriner & Raile, 2007; Osorio & López, 2008; Wesley,

1997).

En este concepto convergen dos dimensiones: la conceptual o abstracta, a la que pertenecen las ideas, pensamientos y creencias, y por otro lado la material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas (Alarcón *et al.*, 2003).

Para diferenciar dicho concepto de otro como es la transculturalidad, esta última es definida como los fenómenos que resultan cuando los grupos de personas, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o ambos (Marrero, 2013).

- Cuidados: hace referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. Son fundamentales para la supervivencia, desarrollo y capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida. Tienen significados diferentes en culturas distintas, pudiendo ser determinados mediante el examen de la visión del mundo, la estructura social y el lenguaje del grupo (Wesley, 1997).
- Cuidados culturales: actos de prestación de cuidados de ayuda y apoyo que permiten a otras personas o grupo mantener su bienestar, mejorar sus condiciones personales o estilos de vida, enfrentarse a la muerte o a la discapacidad. Pueden ser diversos (diferentes significados, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados indicativos de la salud de una cultura específica, tales como el rol de una persona enferma) o universales. Al mismo tiempo pueden ser transmitidos profesional y/o popularmente (Marriner & Raile, 2007; Melguizo & Alzate, 2008; Wesley, 1997).
- Visión del mundo: hace referencia a la perspectiva de una persona o grupo en razón de su concepción del mundo o del universo. Consta de estructura social (factores de organización de una cultura, tales como religiosos, económicos, educativos y políticos, y cómo estos factores dan significado y orden a la cultura y cómo influyen en los modelos de bienestar o enfermedad) y contexto ambiental o del entorno (un acontecimiento, situación o experiencia- interacción social, emoción o elemento físico- que da significado a las expresiones humanas) (Marriner & Raile, 2007; Wesley, 1997).

- Sistemas de salud o bienestar tradicionales: hace referencia a los cuidados o prácticas de los cuidados que tienen un significado especial en una cultura y que son utilizadas para ayudar o asistir a las personas en su casa o en la comunidad. Son complementados por los sistemas de salud profesionales que operan en las culturas (Wesley, 1997).

La influencia de la cultura en estos sistemas de salud no solo hace referencia a los/as usuarios/as, sino también a profesionales de la salud. Por ejemplo: en su dimensión conceptual, mientras que para la biomedicina los experimentos científicos permiten la validación del conocimiento, en otras culturas las fuentes legítimas pueden constituir las los sueños de un chamán. Por otro lado, en cuanto a la dimensión conductual del sistema médico o de salud, el que ha sido denominado “proceso terapéutico”, puede implicar la actuación de elementos diferentes según la cultura: quién (médico/a, sanador/a, etc.), hace qué (cirugía, ritual, oraciones, etc.), a quién (individuo/a o comunidad) y con respecto a qué dimensión de la enfermedad (física, social, mental, espiritual, etc.) (Alarcón *et al.*, 2003).

A partir del análisis de los factores influyentes anteriormente mencionados, Leininger determina que existen tres guías o modos principales de acciones enfermeras y decisiones para ofrecer cuidados culturalmente coherentes (Leininger, 1988, 2002; Marriner & Raile, 2007; Wesley, 1997):

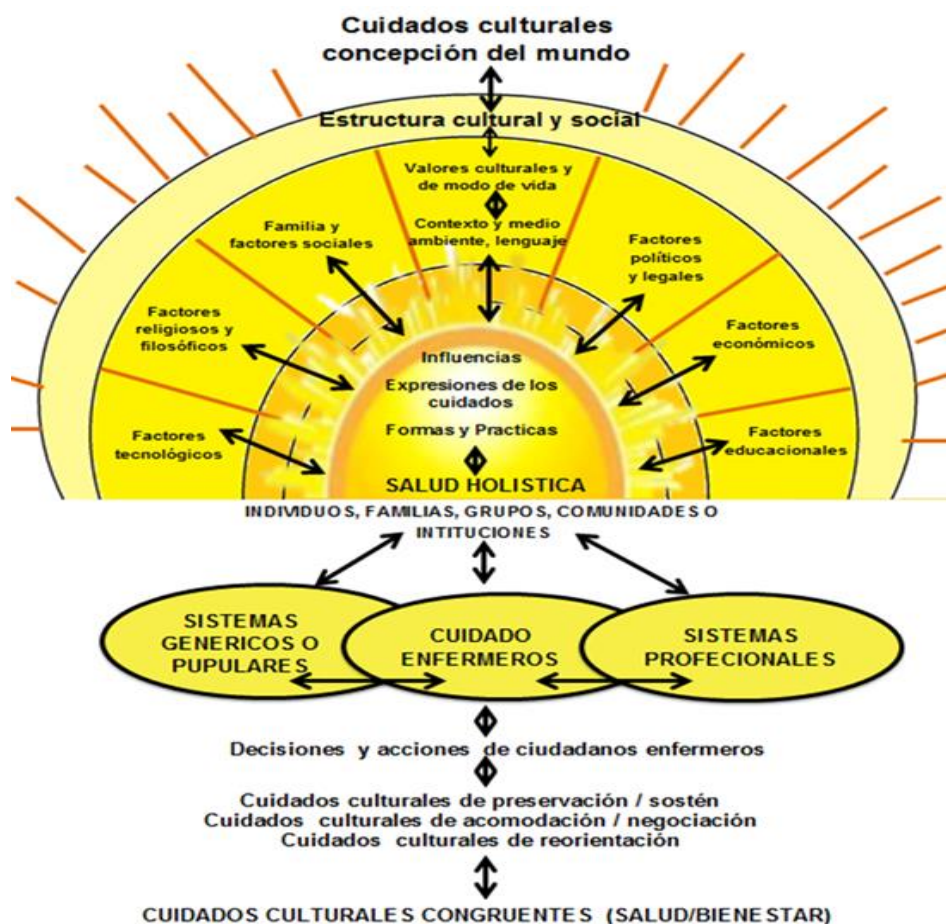
- Preservación o mantenimiento de los cuidados culturales: acciones y decisiones que ayudan a los/as usuarios/as en una determinada cultura a mantener o preservar su estado de salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte.
- Acomodación de los cuidados culturales: ayuda ofrecida para la adaptación o negociación de un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte.
- Remodelación de los cuidados culturales (también denominado reorientación o reestructuración): acciones y decisiones que ayudan a las personas a reestructurar estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable.

Para ilustrar la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales, Leininger utiliza el Modelo Sunrise (Figura 9). Éste surge en 1970 y se basa en los

presupuestos de que todos los seres humanos esperan ser cuidados según una perspectiva cultural (Leininger, 1999), consiguiendo así armonizar ambos conceptos (Leininger, 1991; Siles *et al.*, 2001).

De manera visual, se representa mediante un círculo que alude a una constelación que va de los cuidados culturales de la diversidad a los de la universalidad. Este círculo se divide en dos secciones: la mitad superior representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo. Estos influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. También lo hacen en los sistemas populares, profesionales y enfermeros, hallados en la parte central. Las dos mitades unidas forman un sol entero, cuyo significado es el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud (Leininger, 1991; Siles *et al.*, 2001).

Figura 9. Modelo del Sol Naciente de M. Leininger.



Fuente: Tomado de Colectividad: salud y sociedad [Sede web]. Colombia. Universidad de los Llanos. Elaborado por Pardo Mora, K.Y. (2015). Disponible en <http://cuidadocolectivos.blogspot.com.es/2015/02/22-teoria-de-la-transculturalidad-de.html>.

Otra forma de clarificarlo es atendiendo a los diferentes niveles que lo constituyen. Son un total de cuatro, con un potencial de abstracción mayor en el primer nivel y menor en el último (Wesley, 1997):

Nivel 1: Representa la visión del mundo y los sistemas sociales. Permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas: microperspectiva (los/as individuos/as de una cultura), perspectiva media (factores más complejos en una cultura específica) y macroperspectiva (fenómenos transversales en diversas culturas).

Nivel 2: Intenta proporcionar información acerca de las personas, familias, grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud, así como acerca de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de salud.

Nivel 3: Proporciona información acerca de los sistemas tradicionales y profesionales que actúan dentro de una cultura, incluyendo la enfermería. Permite la identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales.

Nivel 4: Es el nivel menos abstracto donde se proporcionan los cuidados enfermeros coherentes culturalmente, tratándose de las acciones y decisiones de dichos cuidados. Incluye la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales.

Una de las grandes dificultades a las que se enfrenta la aplicación de esta Teoría y su Modelo es la imposición cultural existente; esto genera una disminución en la calidad de la atención a las personas de culturas diferentes (Castrillón, 2015). Estos problemas se detectan con facilidad cuando los/as profesionales trabajan en culturas que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados. Además, aparecen resultados desfavorables cuando se emplean diagnósticos médicos y enfermeros carentes de base cultural y menor satisfacción de los/as usuarios/as cuanto mayor es la dependencia del personal de enfermería en las labores y actividades tecnológicas (Leno, 2006; Marriner & Raile, 2007).

Por otra parte, el reconocimiento deficiente de la Enfermería Transcultural en la práctica y en la formación de los y las enfermeras, se relaciona con el escaso conocimiento antropológico

de estos/as profesionales, así como con la falta de presión por parte de los/as pacientes para que el personal sanitario atienda a sus necesidades culturales (Marriner & Raile, 2007).

Sin embargo, a medida que el mundo se vuelve más diverso culturalmente, las enfermeras tienen la imperiosa necesidad de formarse bajo esta perspectiva, convirtiéndose en una instrucción imprescindible en todo el mundo. Esto por tanto incluye a la ciudad de Sevilla, donde la comunidad china constituye un grupo étnico notorio, que necesita de la atención y ruptura de los choques culturales en materia de salud para alcanzar unos niveles de salud óptimos y en igualdad de condiciones con la población autóctona. Esto hace considerar a la Teoría de Leininger como la base sobre la que se sustenta este trabajo y las intervenciones que de él se deriven.

4.2.2. El Modelo de Competencia Cultural de Purnell

El modelo de Purnell, consecuencia de la aplicación de teorías antropológicas, administrativas, lingüísticas, psicológicas, biológicas, religiosas y situaciones derivadas de las prácticas clínicas, se da a conocer en 1995 y se desarrolla como un instrumento para adaptar los cuidados al gran dinamismo social, basándose en la forma de valorar las influencias culturales (Siles *et al.*, 2001).

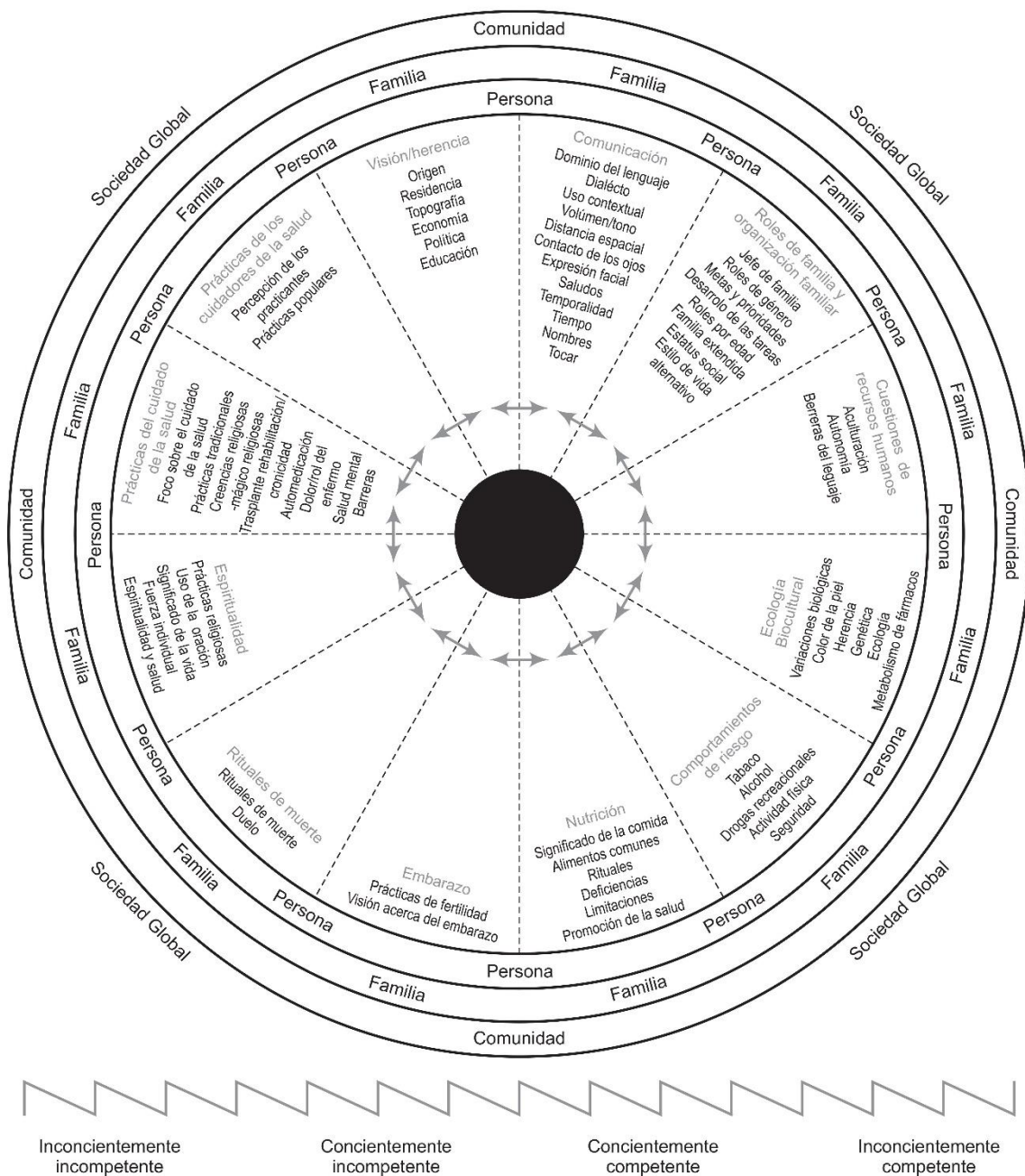
En este modelo, los conceptos del metaparadigma lo constituyen la sociedad global, comunidad, familia, persona y salud (Purnell, 1999) y son interpretados de forma genérica (sin considerar variantes étnicas, culturales, nacionales, etc.). Por tanto, son las personas proveedoras de los cuidados quienes deben ajustar las definiciones de estos conceptos según la cultura del/de la paciente.

La *Persona* es un ser humano en constante adaptación biopsicosocial con el ambiente. La *Comunidad* es entendida como un grupo de gente que tiene un interés común o identidad y vive en un área específica. La *Familia* la constituyen dos o más personas que se envuelven emocionalmente la una con la otra. Pueden, pero no necesariamente, vivir en proximidad estrecha y estar relacionados consanguíneamente. La *Sociedad Global* se entiende como una comunidad grande de personas en continua multiculturalidad. Y por último, la *Salud* es el estado de estar sano, definido por una persona o un grupo étnico. Generalmente tiene implicaciones físicas, mentales, e incluso espirituales, que actúan recíprocamente con la familia, con la comunidad, y con la sociedad global.

Purnell también menciona la existencia de características de diversidad, tanto primarias como secundarias, que determinan el grado en el que una persona se diferencia de la cultura dominante. Entre las características primarias se encuentran la nacionalidad, color de la piel, edad, etnia, género o religión. Entre las secundarias destacan el estatus socioeconómico, experiencia militar, creencias políticas, estado paternalista, nivel de educación, ocupación, caracteres físicos, residencia urbana/rural, orientación sexual, tiempo fuera del país, estado civil, asuntos de género, razones y situación de la migración (legal o regular, indocumentado/a, etc) (Purnell, 1999).

El diagrama del Modelo de Purnell es un círculo constituido por diferentes márgenes que desde la periferia hacia la zona más interna representan a la sociedad global, la comunidad, la unidad familiar, y por último, el cuarto margen interno representa a la persona.

Figura 10. Modelo de Purnell para la Competencia Cultural.



Fuente: Tomado de Rodríguez, Muñoz & Hoga (2014). Vivencias culturales de enfermeras inmigrantes en dos hospitales de Chile. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22(2), 187-196.

El interior del círculo se divide concéntricamente en 12 cuñas-dominios culturales y sus conceptos. Dichos dominios son la herencia, comunicación, roles y organización familiar, asuntos laborales, ecología biocultural, comportamientos de alto riesgo, nutrición, embarazo y

prácticas de nacimiento, rituales de muerte, espiritualidad, práctica cotidiana de cuidados de salud y proveedor del cuidado de salud. Tienen flechas bidireccionales, indicando que cada uno conduce y se afecta por los restantes. No obstante, esto no significa que la persona proveedora de cuidados tenga que comenzar siempre por unos dominios concretos, sino que estos serán cambiantes según las características culturales de la persona.

El centro del Modelo está vacío, representando así aspectos desconocidos sobre el grupo cultural. También se aprecia una línea dentada que representa el concepto de cultura-conciencia. Ésta no es lineal y se refiere principalmente al/a la profesional del cuidado de salud, aunque también según su fase de competencia cultural, puede representarse una organización.

A través de las asunciones de este modelo, Purnell (1999) intenta hacer comprender que para ser eficaz, el cuidado de la salud debe reflejar la comprensión de los valores, creencias, actitudes y la visión del mundo, de poblaciones diversas y modelos de aculturación individuales. Los/as proveedores/as del cuidado de salud son quienes pueden evaluar, planear, e intervenir para que de forma competente se mejore el cuidado de pacientes de una cultura determinada. No obstante, es necesario advertir que profesionales, organizaciones y asociaciones tienen su propia cultura y que ésta, tiene una influencia poderosa en la interpretación de uno mismo y en las respuestas a los cuidados de la salud. Si se logra que los/as usuarios/as sean coparticipantes en el cuidado, planes e intervenciones, se mejorarán los resultados de la salud, pero para ello, hay que tener en cuenta que cada individuo/a tiene derecho a ser respetado/a por su singularidad y herencia cultural, ya que una cultura no es mejor que otra, éstas son sólo diferentes.

4.2.3. El Modelo de Herencia Cultural y Tradiciones de Salud de Rachel Spector

El modelo de Tradiciones de Salud de Spector emplea el concepto de salud holística y analiza todo aquello que las personas hacen desde una perspectiva tradicional para prevenir la enfermedad y restaurar, mantener y proteger la salud. Este concepto se compone de dos partes: equilibrio de la persona y medio exterior. Mientras que el primero abarca lo físico, mental y espiritual de la persona, el segundo abarca la naturaleza, familia, comunidad y metafísica (Spector, 1999, 2002).

El modelo parte del presupuesto de la importancia que tienen las tradiciones en los comportamientos relacionados con los cuidados de salud, siendo imprescindible tomar en consideración el contexto y los límites culturales en los que vive la persona, familia o comunidad (Spector, 2000).

Para que los/as dispensadores/as de cuidados desarrollen la Competencia Cultural y ofrezcan unos resultados eficaces en su práctica profesional, deben reunir ciertos requisitos inherentes a dicha Competencia (Siles *et al.*, 2001; Spector, 1999):

- Ser culturalmente sensibles, lo cual implica adquirir los conocimientos necesarios para comprender las tradiciones relacionadas con la salud y la enfermedad, así como desarrollar actitudes favorables a dicho sentimiento. Esto lleva implícito descubrir la propia herencia, la de la cultura dominante y la del sistema de salud.
- Ser culturalmente congruentes: tener la capacidad de llevar los conocimientos enfermeros a la práctica con calidad profesional.
- Ser culturalmente competentes, manteniendo la visión holística de los cuidados al prestar atención al/a la paciente.

Spector utiliza el proceso de enfermería como base para su modelo, añadiendo tres nuevas fases a las cinco ya existentes: valoración del legado cultural, fenómenos culturales que afectan a la salud y por último, valoración de las tradiciones de salud (Siles *et al.*, 2001; Spector, 1999, 2002):

- El legado cultural o consistencia hereditaria es valorado mediante el nivel de importancia o implicación de la cultura, la etnicidad y la religión en la vida de la persona, la familia o la comunidad. Los valores que indican consistencia hereditaria existen en un continuum, de manera que una misma persona puede poseer características tanto de herencia consistente (tradicional) como inconsistente (moderna o culturizada).
- Los factores o fenómenos que afectan a la salud son seis: orientación en el tiempo, en cuanto a la satisfacción de necesidades según vienen dadas (por ejemplo, comer cuando se tiene hambre), espacio personal y territorialidad, comunicación, organización social, variables biológicas, hábitos de comida y alimentación y control del entorno.
- Las tradiciones de salud son aquellas relacionadas con el mantenimiento, protección y

restauración de la salud física, mental y espiritual en una estructura de una serie de dimensiones interrelacionadas:

- Creencias y prácticas para el mantenimiento de salud (actividades diarias relacionadas con la salud): vestimenta, ejercicio, descanso, dieta, etc.
- Creencias y prácticas para la protección de la salud (actividades especiales relacionadas con la salud): tabúes en las comidas, ejercicios o actividades especiales según épocas del año, etc.
- Actividades relacionadas con la restauración de la salud.
- Salud y creencias tradicionales: algunos ejemplos son las creencias sobre el equilibrio entre el yin y el yang, mal de ojo, etc. En contraposición, las creencias modernas parten de conceptos establecidos, tales como la concepción del virus como causa de enfermedades y la antibioterapia como tratamiento.
- Salud y prácticas tradicionales: uso de amuletos, sanadores, etc.
- Remedios tradicionales.
- Cuidados culturales y proceso de enfermería.

4.2.4. Competencia Cultural en los servicios de cuidado de la salud de Campinha-Bacote

En el modelo de Campinha-Bacote (2011), la Competencia Cultural estaba compuesta más que de la conciencia, del conocimiento, habilidades y encuentros. La definió por tanto como “el proceso por el cual el/la proveedor/a de salud lucha continuamente por alcanzar la habilidad para trabajar dentro del contexto cultural de la persona, familia o comunidad”. Aquí surge el concepto de Deseo Cultural, es decir, la motivación personal que debe poseer el/la profesional de la salud para comprometerse en el proceso de adquisición de la Competencia Cultural, a través de los constructos o dimensiones que la componen: las propias actitudes y creencias, conocimientos sobre las diferencias culturales entre los diversos grupos y habilidades para trabajar con ellos, así como necesidad de interacción con las personas de estos grupos en encuentros culturales (Martínez *et al.*, 2006).

El conjunto de estos elementos que a continuación se desarrollan (Ibarra & Siles, 2006; Marrero, 2013; Martínez *et al.*, 2006), junto con el deseo cultural, se configuran en un modelo

dinámico según el cual el proceso de adquisición de la Competencia Cultural resulta de la intersección de todos ellos:

- Conciencia cultural: proceso deliberado a través del cual el/la profesional llega a respetar, apreciar y ser sensible hacia los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias para resolver problemas de la cultura de la persona. Esto requiere un continuo examen de los propios sesgos y prejuicios hacia otras culturas, dado que sin ser conscientes, se corre el riesgo de practicar una imposición cultural o etnocentrismo.

El/la profesional debe reconocer que la pertenencia a un propio contexto cultural, puede contribuir a la adopción de actitudes y/o creencias que tengan una influencia negativa sobre su manera de interactuar con personas pertenecientes a grupos culturalmente distintos.

- Conocimiento cultural: la comprensión de la conducta de la persona requiere el conocimiento de su forma de ver el mundo. Esto conlleva un aprendizaje y búsqueda de información sobre culturas, cosmovisiones y experiencias de los diferentes grupos de personas: patrimonio, historia, estructura familiar, valores, creencias, etc. Asimismo, se debe tener información precisa sobre las barreras institucionales, el contexto sociopolítico y los mecanismos de opresión y discriminación que sufre el grupo minoritario en cuestión.

En esta dimensión de la Competencia Cultural, se pueden encontrar profesionales con diferentes grados de conocimiento cultural. Cuando el/la profesional no es consciente de su carencia de conocimiento cultural, se caracteriza por la Incompetencia Inconsciente o síndrome de la ceguera cultural. Cuando conoce la importancia de la cultura en la prestación de servicios pero no se tienen los conocimientos necesarios, se habla de Incompetencia Consciente. Por otro lado, al destacar el nivel de competencia, éste puede ser de Competencia Inconsciente (habilidad automática para ofrecer servicios culturalmente congruentes a las características de los/as usuarios/as) o Competencia Consciente (acto intencionado de aprender acerca de la cultura de las personas ofreciendo respuestas profesionales culturalmente sensibles).

- Habilidades culturales: se refiere a la ejecución de prácticas profesionales

culturalmente apropiadas a las características de los/as usuarios/as con los/as que se interactúa. Estas prácticas van desde el uso apropiado del lenguaje, la forma de desarrollar la entrevista, los datos a obtener de la persona, la elaboración del diagnóstico o el diseño de un programa de intervención. El lenguaje, como vehículo de expresión de emociones y sentimientos ocupa un lugar central, por lo que la utilización de herramientas apropiadas (traducciones culturalmente adaptadas, por ejemplo) se hace fundamental para conocer de forma fiable el funcionamiento del/de la individuo/a.

- Encuentro cultural: es el proceso que estimula al/a la profesional a comprometerse directamente en interacciones transculturales, debiendo realizarse con el mayor número de personas y garantizar un conocimiento suficiente de los valores, creencias y prácticas específicas del grupo en cuestión. El objetivo de estos encuentros es interactuar con usuarios/as de orígenes culturalmente diversos para validar, refinar o modificar valores, creencias y prácticas existentes y fomentar el deseo, la conciencia cultural, la habilidad y el conocimiento cultural (Campinha-Bacote, 2011).

A veces, los y las profesionales creen que por conocer a varios miembros de un grupo, conocen todo acerca de éste, pero éstos/as no tienen por qué poseer las creencias y prácticas del grupo en general. Eso puede deberse a la existencia de variación intragrupal. A pesar de que las interpretaciones equivocadas durante las interacciones con varios grupos pueda generar incomodidad, los encuentros (pueden ser cara a cara, por vía telefónica, etc.) permiten redefinir la idea que se tiene de ese grupo, ayudar a prevenir y/o desmontar falsos estereotipos y a enviar y recibir mensajes verbales y no verbales precisos (Campinha-Bacote, 2011).

OBJETIVOS

III: OBJETIVOS

Los importantes cambios demográficos acontecidos en la sociedad española en los últimos años a consecuencia del incremento de población inmigrante, están impactando especialmente sobre los servicios públicos sanitarios, educativos, de bienestar, etc. Entre los/as profesionales de la salud y en concreto los/as enfermeros/as, la necesidad de adaptarse al contexto migratorio es fundamental para la planificación de intervenciones que permitan abordar adecuadamente a esta población heterogénea. Con el fin de evidenciar 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/as participantes, se ha diseñado este estudio, en el que se plantean los siguientes objetivos:

1. Objetivos generales

- Conocer las conductas de salud de la población inmigrante china adulta de 19 a 44 años de la ciudad de Sevilla.
- Conocer los discursos de agentes clave sobre el proceso migratorio, redes de apoyo y estilos de vida de la población inmigrante china adulta de 19 a 44 años de la ciudad de Sevilla.

2. Objetivos específicos

- Describir el perfil y características del proceso migratorio de la población inmigrante china adulta de 19 a 44 años de la ciudad de Sevilla.
- Analizar el perfil sociodemográfico y las conductas y problemas de salud de la población inmigrante china adulta de 19 a 44 años de la ciudad de Sevilla.
- Determinar la relación entre las conductas de salud y variables sociodemográficas y culturales de la población inmigrante china adulta de 19 a 44 años de la ciudad de Sevilla.
- Explorar la prevalencia de los principales problemas de salud y su relación con variables sociodemográficas y culturales de la población inmigrante china adulta de 19 a 44 años de la ciudad de Sevilla.

METODOLOGÍA

IV: METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se empleó una metodología mixta llevada a cabo en dos fases: una primera fase cuantitativa, usando para la recogida de información un cuestionario sobre conductas de salud. Esta metodología permite simplificar la complejidad de la realidad social mediante la cuantificación y el análisis descriptivo dirigido a organizar, presentar y sintetizar la información (Argimón & Jiménez, 2012).

Una segunda fase cualitativa, se llevó a cabo a través de entrevistas en profundidad a “agentes clave” de la comunidad china de Sevilla. En la actualidad es posible afirmar que el sentido y la significación de las representaciones sociales y los discursos vienen dados por la metodología cualitativa. Además, dado que ninguna actividad humana escapa al lenguaje y al habla, emplear dicha metodología permite investigar cualquier fenómeno relacionado con la realidad social, entre ellos la salud y la enfermedad (Pérez, 2002).

1. Diseño del estudio

En base a la metodología planteada en el estudio, se diferencian aspectos de su diseño en las dos fases que lo componen:

Fase I: Estudio cuantitativo

Para describir los componentes del diseño se ha empleado el sistema de clasificación de Argimón & Jiménez (2012). En función de la finalidad, se trata de un estudio *descriptivo*. En relación a la secuencia temporal es de corte *transversal*, puesto que los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo. En cuanto al objetivo es un estudio *de prevalencia*, ya que tiene como finalidad principal la estimación y análisis de una característica en una población, en este caso concreto conductas de salud. Y por último, según el control de la asignación de los factores de estudio, es *observacional* ya que la investigadora se limita a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos de estudio sin establecer ni ejercer ningún control sobre ellas.

Fase II: Estudio cualitativo

Para esta fase se ha optado por un estudio de tipo fenomenológico. Esta corriente originada por Edmund Husserl a mediados de 1890, se caracteriza por centrarse en la experiencia

personal y el mundo vivido por los seres humanos al cual están vinculados. Se trata de comprender las percepciones, perspectivas e interpretaciones que hace cada persona de una situación particular (o fenómeno) tal como la vive y se presenta. Descansa en cuatro conceptos clave: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad (la relación humana vivida) (Álvarez-Gayou, 2003).

Se asume por tanto que “el conocimiento es una creación compartida a partir de la interacción entre el/la investigador/a y el/la investigado/a”. La subjetividad e intersubjetividad se conciben como los medios e instrumentos por excelencia para conocer las realidades humanas y no como un obstáculo para el desarrollo del conocimiento (Mieles, Tonon & Alvarado, 2012).

Optar por este tipo de diseño supone realizar un posterior análisis de los datos mediante un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura, lo que permite a la persona investigadora transformar la experiencia vivida en una expresión textual. Su utilidad en este estudio radica en la posibilidad de la interpretación de los hechos y procesos estudiados, para captar el sentido de los fenómenos y la intención de las actividades (Álvarez-Gayou, 2003).

2. Población y muestra del estudio

2.1. Población

La población de referencia fue obtenida a partir de los datos aportados por el Padrón Municipal de Habitantes del Ayuntamiento de Sevilla a fecha de 20 de enero de 2015, último del que se disponía de datos completos (INE, Padrón 2015). Los datos del Padrón constituyen prueba de residencia y de domicilio habitual de las personas registradas en una ciudad. Así se recoge el número de extranjeros/as asentados/as y ofrece datos sobre las nacionalidades específicas de los/as mismos/as por sección censal, las cuales en agrupación conforman los once distritos de la ciudad de Sevilla (Figura 11).

Figura 11. Distritos de la ciudad de Sevilla.



Fuente: Tomado del Ayuntamiento de Sevilla [www.sevilla.org].

El grueso de la población asiática empadronada en la ciudad de Sevilla lo constituyen extranjeros/as de nacionalidad china (76%), siendo, como se ha comentado previamente, la segunda mayor en número (3.614 residentes). De esta forma, con respecto a la totalidad de la población inmigrante en la ciudad de Sevilla, las personas de origen chino representan el 10'15%.

Entre las personas de origen chino que emigran a Sevilla predominan los/as más jóvenes. Teniendo en cuenta las diferentes clasificaciones ya mencionadas en la fundamentación teórica, así como la escasez de inmigrantes de edades más avanzadas (Aerny *et al.*, 2010), se han tenido en cuenta diversos aspectos para la determinación de la muestra. En primer lugar, la ENSE 2011/12 cataloga a la persona adulta desde los 18 hasta los 64 años y la población inmigrante asentada en España con más de 65 años es escasa (Martín, Fullaondo & Moreno, 2013). En segundo lugar, en Andalucía, la mayor proporción de población extranjera se sitúa entre los 15 y los 45 años, rango en el que se encuentra la edad media de la población china residente en España (35,2 años). Por último, considerando este rango de edad y tomando como punto de partida que la OMS sitúa la finalización de la adolescencia en los 19 años, se decidió escoger a la población adulta joven entre 19 y 44 años. Otros estudios como el de

García (2011) y González (2012), también delimitan al adulto joven hasta los 44 años.

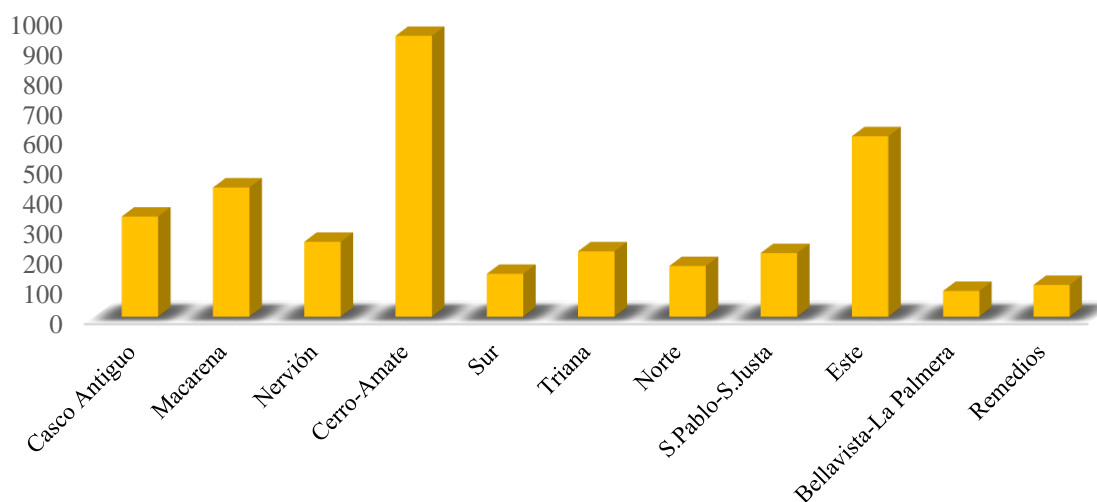
En la Tabla 5 y el Gráfico 7 se presenta la distribución de la población china residente en Sevilla en esta franja de edad.

Tabla 5. Distribución por distritos de la población de origen chino residente en la ciudad de Sevilla entre 19-44 años.

Distritos Sevilla	Sexo		Total	% por distrito
	Hombres	Mujeres		
D1.Casco Antiguo	85	100	185	9,1
D2.Macarena	120	120	240	11,8
D3.Nervión	80	92	172	8,5
D4.Cerro-Amate	267	255	522	25,8
D5.Sur	69	101	170	8,4
D6.Triana	61	64	125	6,2
D7.Norte	35	45	80	3,9
D8.San Pablo-Santa Justa	60	64	124	6,1
D9.Este	152	149	301	14,8
D10.Bellavista-La Palmera	25	27	52	2,5
D11.Los Remedios	25	31	56	2,7
Total	979	1048	2027	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Padrón Municipal de Habitantes (2015).

Gráfico 7. Distribución por distritos de la población de origen chino residente en la ciudad de Sevilla entre 19-44 años.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Padrón Municipal de Habitantes (2015).

El total de población china correspondiente al grupo etario de 19 a 44 años de la ciudad de Sevilla asciende a 2.027 personas que representan el 56% del total de la población de origen chino. En relación al sexo, existe una proporción ligeramente superior de mujeres (51,7%) con respecto a los hombres (48,3 %) en esta franja de edad.

2.2. Muestra

Fase I: Estudio cuantitativo

Para proceder al cálculo del tamaño muestral se empleó la siguiente fórmula (Argimón & Jiménez, 2012):

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

Para una población de 2.027 personas, con una distribución por sexo del 52% de mujeres y 48% de hombres, un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%, el tamaño de la muestra necesario sería de 323 sujetos.

Añadiendo el 10% de mortalidad experimental supuesta, para este trabajo se fija una muestra de 356 personas chinas entre 19 y 44 años asentadas en la ciudad de Sevilla.

Fase II: Estudio cualitativo

El universo muestral para la segunda fase del estudio, queda constituido por personas relevantes en la comunidad china o con conocimientos objetivables sobre la misma, de cualquier franja etaria y con capacidad de participación voluntaria. Puede tratarse de población de origen chino residente en Sevilla o de otra procedencia diferente a la china. A nivel laboral, estas personas pueden encontrarse empleadas, desempleadas o en otras situaciones, estar vinculadas a entidades privadas o públicas, ser profesionales libres, etc.

La amplitud de la muestra se fue determinando mientras se ejecutaba la Fase I del estudio, a través de los diferentes medios de contacto que serán descritos más adelante.

2.3.Muestreo

Fase I: Estudio cuantitativo

La descripción del diseño del muestreo se basa en la clasificación realizada por Argimón y Jiménez (2012). Según la técnica, es un muestreo probabilístico aleatorio estratificado proporcional, puesto que todos/as los/as candidatos/as tienen en el proceso de selección una probabilidad de ser incluidos/as en la muestra conocida y distinta de cero, presentando la misma distribución proporcional que la población de referencia o universo muestral en relación a determinadas variables (distritos y sexo). De esta forma, la muestra global de este trabajo estaría compuesta por 356 personas inmigrantes chinas adultas, 175 hombres y 181 mujeres.

Fase II: Estudio cualitativo

El muestreo fue intencional (los sujetos no se eligieron siguiendo las leyes del azar), opinático (seleccionando la doctoranda a las personas más idóneas en base a sus conocimientos para responder al problema de la investigación) y bajo el criterio de saturación de la información, donde el número de participantes se determinó completo cuando las entrevistas ya no aportaron nada nuevo con relación a la información obtenida (Ruiz, 2012). Fueron realizadas un total de 7 entrevistas (Tabla 6).

Para dotar al discurso de heterogeneidad se tuvieron en cuenta las variables sexo (incluyendo tanto hombres como mujeres), perfil laboral (participantes procedentes de sectores diversos como la educación, economía, salud, etc.) y el origen o procedencia de la persona entrevistada (chino/a étnico/a²⁵, nacionalidad española, origen chino con tiempos variados de residencia en Sevilla, etc).

A continuación se describe el perfil de cada una de las personas entrevistadas:

²⁵ McKeown realiza una tipificación de la población china, siendo definido “chino/a étnico/a” como la persona con antepasados de origen chino pero que no es ciudadano/a chino/a (Lambea, 2015).

Tabla 6. Perfil de los/as agentes clave entrevistados/as.

E1	Hombre; 38 años; español. Profesor universitario de chino
E2	Hombre; 41 años; chino. Directivo de empresa. Residencia en España: 41 años; Residencia en Sevilla: 19 años.
E3	Mujer; 26 años; china. Licenciada en Medicina (en ejercicio). Residencia en España y Sevilla: 6 años.
E4	Hombre; 53 años; chino étnico (nacionalidad española). Profesional libre.
E5	Hombre; 41 años; español. Economista y empresario experto en relaciones hispano-chinas.
E6	Hombre; 18 años; chino étnico (nacionalidad española). Estudiante universitario de carrera sanitaria.
E7	Mujer; 49 años; china. Directora de Centro y Profesora de Chino. Residencia en España y Sevilla: 23 años.

3. Criterios de selección

Ciertos aspectos específicos han sido tenidos en cuenta como criterios de inclusión para formar parte de la actual muestra del estudio.

Fase I: Estudio cuantitativo

Estos son aplicados a aquellas personas que participan del cuestionario sobre conductas de salud de manera individual. Son los siguientes:

- Ser inmigrante de origen chino, con independencia del sexo. Se toma como referencia la definición propuesta por la Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007 (INE, 2008) donde se establece que un/a inmigrante es “toda persona nacida fuera de España, independientemente de su nacionalidad”. Por tanto, poseer la nacionalidad española no hace a una persona de origen chino ser excluida del presente trabajo.
- Haber emigrado a España, siendo residente en la ciudad de Sevilla en el momento de desarrollo del estudio (pertenencia a alguno de los distritos o barrios oficiales o de Sevilla) (ANEXO I).
- Tener una edad comprendida entre los 19 y 44 años (ambos incluidos).
- Estar capacitado/a para comunicarse y entender los requerimientos del estudio. Las personas deben conocer y manejar de manera fluida el chino mandarín, castellano y/o lengua inglesa.
- Prestarse voluntariamente a la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado (ANEXO II). Dadas las características del estudio, no se considerará excluida aquella persona que de manera libre muestre deseos de participación rehusando al mismo tiempo la firma del consentimiento, siempre y

cuando este haya sido proporcionado, leído y resueltas sus dudas.

Fase II: Estudio cualitativo

Los criterios necesarios para con los/as participantes de las entrevistas en profundidad son los siguientes:

- Ser residente en Sevilla, siendo o no de origen chino y sin pertenencia a una franja de edad específica.
- Ser considerada una persona relevante en o para la comunidad china (requisito fundamental), con relaciones, funciones y/o conocimientos objetivables.
- Cumplir los criterios de participación voluntaria y comunicación adecuada para la realización de la entrevista.

Los criterios considerados como suficientes para excluir a las personas del estudio en una o ambas fases fueron poseer una residencia intermitente en la ciudad de Sevilla, tener déficit de alfabetización que dificultase la comprensión de la información, no poder acceder a la población en el momento de realización del trabajo de campo, así como el padecimiento de una enfermedad mental que le incapacitase para la comprensión del motivo y fin del estudio.

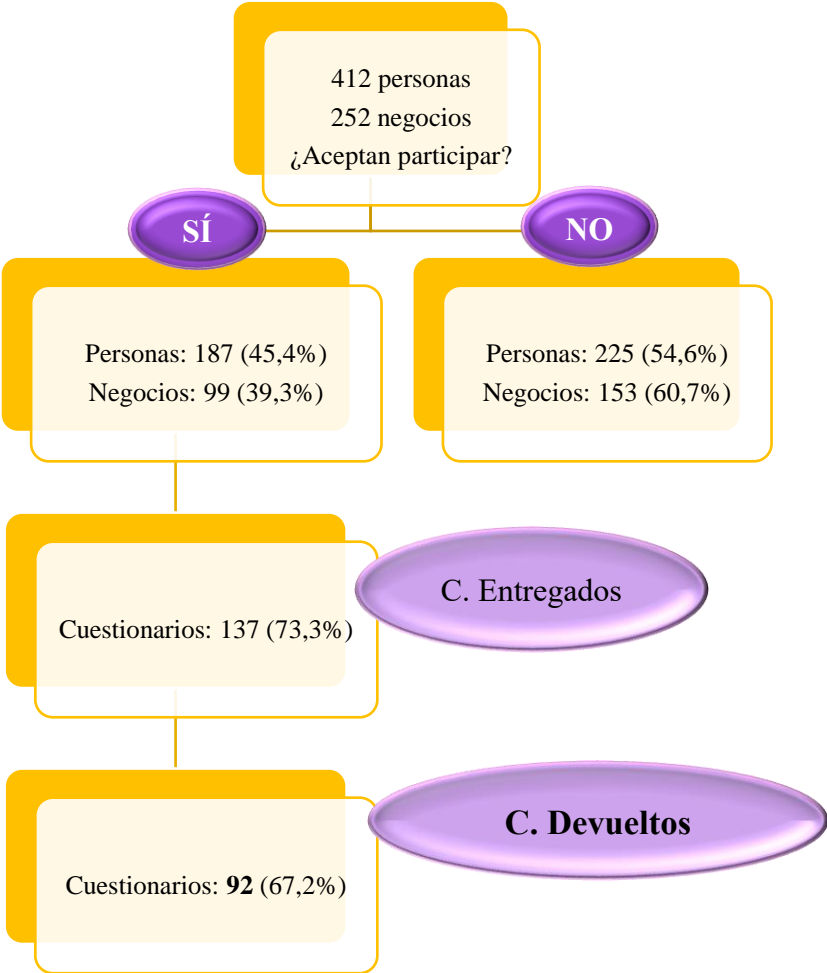
4. Métodos de recolección de la información

Las fuentes y métodos de contacto con la población china han sido diversos. Con independencia del método empleado, los contactos han sido útiles para ejecutar las actividades a realizar en ambas fases del estudio.

En primer lugar se llevó a cabo el trabajo de campo en los once distritos de Sevilla y sus respectivos barrios entre septiembre de 2016 y enero de 2017. La doctoranda planificó la captación de participantes a través de la recogida presencial en las zonas de máxima concentración de población, usando como entrada los negocios regentados por población de origen chino (ANEXO III). El tiempo dedicado fue de uno o varios días en función de la extensión y dispersión de cada distrito, la mayor proporción de negocios de la zona y la inmediatez para la obtención de los datos. Dicha planificación registra el tipo de negocio al que se acude, número de personas que en él se encuentran, confirmación de aceptación o negación a la participación, así como el número de cuestionarios ofrecidos y devueltos.

El número de personas de origen chino que cumplían con los criterios de inclusión y a los que se accedió durante el trabajo de campo fueron un total de 412 personas en 252 negocios. Se obtuvo la negativa o rechazo a participar en 153 negocios. De los 99 restantes, había 187 sujetos susceptibles de participar en el estudio. Se pudieron entregar 137 cuestionarios de los que se obtuvieron 92 correctamente cumplimentados (67,2%) (Gráfico 8). Aprovechando estos encuentros presenciales, se realizaron anotaciones en un diario de campo sobre las conversaciones informales mantenidas.

Gráfico 8. Flujograma de captación presencial de participantes en los cuestionarios sobre conductas de salud.



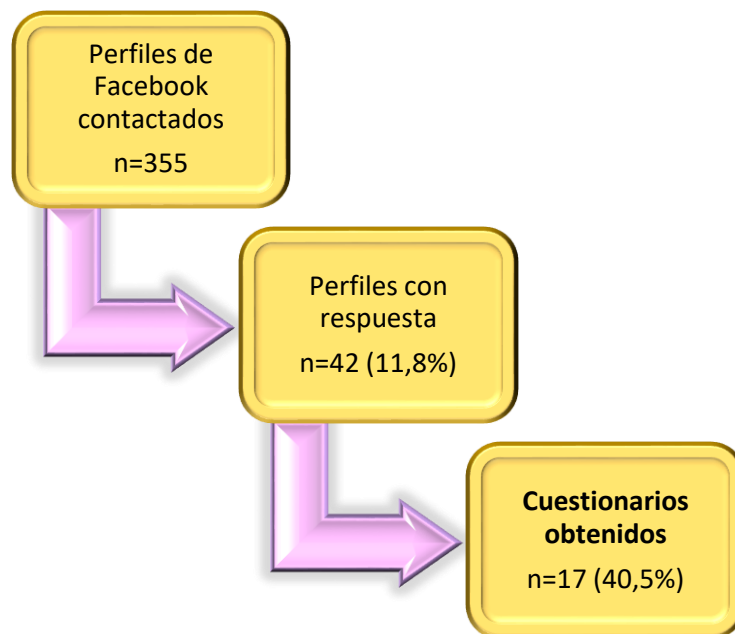
Algunos de los motivos por los que la población aceptaba participar pero posteriormente no se hacía entrega de dichos cuestionarios eran fundamentalmente la falta del tiempo requerido

para la cumplimentación, haber extraviado o tirado el cuestionario y cambios de opinión en relación a la participación.

De manera simultánea, se realizaron contactos a través de redes sociales como Facebook, accediendo a la población a través del envío de mensajería. Se envió un resumen redactado *ad hoc* (ANEXO IV) con las principales características del estudio a 355 perfiles de esta red, visualizando contactos y listas de amigos/as disponibles públicamente. Se obtuvo respuesta de 42 perfiles. Entre estos, 4 personas expresaron sus deseos de no participar y 18 refirieron no cumplir con los criterios de inclusión por varios motivos: no ser de nacionalidad china (algunas personas chinas étnicas nacidas en Sevilla y otras de origen coreano), vivir actualmente en otra ciudad o país o no encontrarse en la franja de edad fijada como criterio de inclusión.

De los perfiles restantes, se obtuvieron 17 cuestionarios cumplimentados (Gráfico 9).

Gráfico 9. Flujograma de captación online de participantes en los cuestionarios sobre conductas de salud.



También se estableció contacto con trabajadores/as de instituciones relacionadas con servicios prestados a la comunidad china. Esto fue posible gracias a la derivación por parte de contactos clave. En su mayoría se trata de entidades educativas, centros culturales asiáticos y servicios de salud, obteniéndose un total de 20 cuestionarios cumplimentados de los 134 entregados

(15%). Las entrevistas a las personas informantes clave fueron realizadas en estos mismos contextos durante los meses de enero a marzo de 2017.

Durante todo el proceso y para ampliar el número de posibles participantes se utilizó el efecto o fenómeno bola de nieve, contactando igualmente con amigos/as, familiares u otros/as conocidos/as de las personas que aceptaron la participación voluntaria inicialmente. De esta forma se consiguieron los últimos cuatro cuestionarios. La muestra final estuvo compuesta por 133 participantes.

5. Instrumento de recogida de la información

Aun estando las herramientas relacionadas entre sí, es necesario hacer aclaraciones diferenciadoras entre ambas en cada una de las fases del estudio:

Fase I: Estudio cuantitativo

La herramienta de recolección de información (ANEXO V) procede en su origen de la unificación y adaptación al contexto español de dos cuestionarios: en primer lugar el “*Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles para Adultos*” (SIVFRENT-A)²⁶ y el “*Behavioral Risk Factor Surveillance System*” (BRFSS)²⁷. Ambos, son considerados válidos para su uso en la medición de conductas de salud en la población adulta. En relación a sus propiedades psicométricas, los cuestionarios han demostrado una elevada fiabilidad medida a través del alfa de Cronbach BRFSS (0,78) y el SIVFRENT-A (0,82) (González, 2012).

La unificación de los mismos fue llevada a cabo y empleada en un estudio de investigación mencionado donde se analizaban las conductas de salud de la población inmigrante

²⁶ El cuestionario SIVFRENT se puso en marcha en 1995, con el objetivo de estimar la distribución y evolución de la prevalencia de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento y prácticas preventivas en la población de 18-64 años de 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 (Díez, 2014).

²⁷ El cuestionario BRFSS fue desarrollado en la década de los ochenta. Partiendo de los EEUU por los Center for Disease Control and Prevention (CDC), pretendía recoger información mensual sobre factores de riesgo comportamentales, prácticas preventivas, acceso al sistema sanitario, relacionándose principalmente con la vigilancia de enfermedades crónicas y accidentabilidad. Disponible en: <https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/>.

latinoamericana adulta de la ciudad de Sevilla” (González, 2012). Previo a su uso, fue sometido a una validación de contenido por personas expertas y a un pilotaje con cinco participantes para comprobar si existía alguna dificultad de comprensión o alteración en el orden de los ítems, construyendo el instrumento final de medición (González *et al.*, 2010). Debido a la similitud en cuanto a metodología empleada y contexto geográfico en el que tanto el estudio mencionado como el actual se desarrollan, se opta por su uso como herramienta de partida.

Para adecuar más aún el instrumento a la población de estudio, este cuestionario fue modificado teniendo en cuenta la Encuesta Nacional de Salud²⁸, integrando o modificando aquellos componentes que favorecían una mayor depuración. El cuestionario final quedó compuesto por diferentes partes: datos sociodemográficos, conductas de salud y problemas de salud (Tabla 7).

Tabla 7. Cuestionario sobre conductas de salud empleado en la fase cuantitativa del estudio.

PARTES DEL CUESTIONARIO	VARIABLES
Datos Sociodemográficos	(Edad, Sexo, Estado civil, Lugar de nacimiento, Tiempo de residencia en España, Nivel de estudios, Ocupación laboral, Características de la vivienda, Cuidados a otra persona, Actitudes hacia la etnia).
Conductas de Salud	(Consumo de fármacos/drogas, Vacunas, Salud de la mujer, Acceso servicios sanitarios, Prácticas sexuales, Seguridad Vial, Tabaco, Alcohol, Sueño, Actividad física y ejercicio físico, Alimentación y Dietas).
Prevalencia de problemas de salud	(Salud percibida, Calidad de vida, Diabetes, Hipertensión, Colesterol, Salud Cardiovascular, Asma, Cáncer, Detección de Cáncer de próstata, Enfermedades reumáticas, Accidentes, Salud mental* y Apoyo emocional**).
<p>*Los ítems empleados se han basado en el cuestionario de Salud General de Goldberg, (versión de 12 preguntas) (Garmendia, 2007).</p> <p>**Los ítems empleados se han basado en el cuestionario MOS de apoyo social, siendo éste un instrumento validado por Revilla, Luna, Bailón & Medina (2005). Su uso permite descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.</p>	

²⁸ La Encuesta Nacional de Salud de España es realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. Recoge información sanitaria relativa a la población residente en España en 21.508 hogares (21.007 personas adultas). Se trata de una investigación de periodicidad quinquenal (ENSE 2011/12, última de la que se dispone) que permite conocer aspectos de la salud de la ciudadanía a nivel nacional y autonómico (aborda datos sociodemográficos, estado de salud, utilización de los servicios sanitarios y determinantes de la salud) y planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

Fase II: Estudio cualitativo

La técnica cualitativa utilizada ha sido la entrevista estructurada. Mediante el establecimiento de una conversación entre doctoranda e informante (previa cita concertada), se habló sobre asuntos predeterminados, guiados con una determinada finalidad. El guion de dicha entrevista (ANEXO VI) fue diseñado siguiendo las mismas bases teóricas que el cuestionario de la Fase I. Del cuestionario fueron extraídas las principales áreas temáticas bajo las que reunificar la información obtenida mediante las conversaciones. Dichas áreas son las siguientes: migración de personas de origen chino a España y Sevilla; características laborales; organización diaria de tareas y vivienda; actitudes hacia la etnia; problemas de salud; uso de los servicios sanitarios; sexualidad; hábitos o estilos de vida. Para evitar sesgos en la recogida de la información, en el guion se evidencian las formas textuales de planteamiento de las cuestiones, dejando suficiente flexibilidad a la apertura o formulación de otras preguntas relacionadas con los temas si era necesario.

El flujo de información que se iba proporcionando debía estar delimitado por los intereses informativos plasmados en el guion previo, aunque la estructura del discurso pudiese variar según cada informante.

5.1.Calidad del instrumento

Fase I: Estudio cuantitativo

Se realizó un proceso de adaptación cultural del cuestionario evaluando la comprensión de las preguntas e ítems, para posteriormente, ajustar o incluir aquellos aspectos sugeridos por personas expertas en migraciones y salud pública.

En primer lugar se contó con la participación de dos personas expertas de la Universidad de Sevilla que sometieron el cuestionario a un análisis de contenido.

En segundo lugar, fueron consultadas personas expertas nativas chinas o del entorno cultural con diferentes perfiles:

- Experto 1: Abogado y Profesor de la Universidad Católica de Valencia; Máster en Estudios de las Relaciones Comerciales con China (nativo).

- Experta 2: Catedrática de Estudios de Asia oriental de la Universidad Autónoma de Madrid, con especialidad en Lengua y Literatura chinas.
- Experto 3: Lector de chino del Grado de Asia oriental en la Universidad de Sevilla (nativo).

Entre las aportaciones más importantes realizadas por las personas expertas se encontraba la orientación de las cuestiones planteadas de forma adecuada para con esta población. En algunas ocasiones, la formulación de preguntas se hacía de forma excesivamente directa, pudiendo generar sentimientos de invasión de la esfera personal en personas pertenecientes a la comunidad china. Se recomendó una redacción más indirecta para disminuir sesgos y fracasos en las respuestas.

También se realizó una traducción lingüística del cuestionario a la lengua materna de los y las sujetos de estudio como parte de la adaptación cultural necesaria para obtener datos veraces. Los principales idiomas extendidos en China son el cantonés y mandarín²⁹, siendo éste último la lengua oficial más empleada en proporción y aconsejada por las personas expertas consultadas. En la lengua china, el uso del “pīnyīn”³⁰ facilita la pronunciación y aprendizaje de las palabras y expresiones. No obstante, en la escritura no es válido en cuanto a que existen muchos casos de homofonía china, lo cual hace que las expresiones carezcan de sentido contextual; el significado más preciso viene dado por los caracteres chinos, siendo esta la forma de traducción por la que optan las personas expertas.

Todas las aportaciones y sugerencias fueron revisadas e incorporadas en el instrumento final empleado. Posteriormente, se dio paso a la traducción total del cuestionario, en la que todas las participantes han sido personas nativas chinas. Entre ellas tres magister en “*Teaching Chinese as a Foreign Language*” por la Universidad de Hong Kong y docentes del curso “Acercamiento a la Lengua y Cultura Chinas” de la Universidad de Sevilla, y una docente de los Estudios de Asia Oriental de la Universidad de Salamanca.

²⁹ El dominio del chino estándar (mandarín) varía según el tiempo de escolarización en China, no siendo equiparable al contexto español. Esto se debe a que el grado de alfabetización se establece en función del número de caracteres conocidos; de los 8.373 existentes, la alfabetización comienza con el conocimiento de los 2.000 primeros caracteres de uso más frecuente, ascendiendo a 3.500 al finalizar los estudios secundarios (Vargas, 2014).

³⁰ El Hànyǔ pīnyīn es el sistema de deletreo fonético del chino mandarín. Debido a que los caracteres chinos no contienen información acerca de la pronunciación, este sistema -basado en el alfabeto latino - permite a quienes no conocen la lengua pronunciar palabras chinas, siendo de gran ayuda para quienes se inician en el estudio del idioma. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Pinyin>

También se realizó un proceso de contratraducción para evitar sesgos derivados de problemas idiomáticos. Ésta fue realizada por dos personas nativas chinas expertas en traducción y con dominio de la lengua castellana de manera independiente y con procedencia de instituciones diferentes.

Fase II: Estudio cualitativo

El guion de la entrevista fue elaborado teniendo en cuenta la exposición general de los determinantes de la salud marcados por el Informe Lalonde y siguiendo la versión final del cuestionario sobre conductas de salud. Entre los condicionantes abordados en las entrevistas y mostrados por Marc Lalonde en su informe, se integran los estilos de vida (ritmo de vida, alimentación, hábitos tóxicos como el alcohol, tabaco y/u otras drogas, marginación, etc) y medio ambiente (condiciones de las viviendas, barrios, etc). Otro aspecto tenido en cuenta fueron las propias anotaciones del diario de campo. Al recopilar durante la primera fase opiniones y experiencias subjetivas ante determinadas cuestiones de salud, estas permitieron elaborar las preguntas estándar consideradas pertinentes para que las respuestas de los/as entrevistados/as cumplieran con los objetivos planteados.

De nuevo personas expertas en el ámbito de la salud y empleo de la metodología cualitativa revisaron dicho guion. Se sometió a análisis de contenido y se ajustaron las modificaciones necesarias hasta contar con el actual guion, como plantilla de entrevista.

6. Variables del estudio

Fase I: Estudio cuantitativo

Las variables del estudio han sido diferentes (Tabla 8-11) y se han clasificado siguiendo el formato propuesto por Argimon y Jiménez (2012).

- Variables Cualitativas, con escalas de medición:

- 1) Nominal: sus valores son categorías no numéricas bien definidas, pudiendo ser tanto dicotómicas (p.ej: Si/No) como policotómicas (los valores dependerán de cada una de las variables principales).

Tabla 8. Variables cualitativas con escala de medición nominal.

Ubicación en el cuestionario	Nombre (valores/opciones de respuesta)
Datos sociodemográficos	Sexo (2); Estado civil (6); Distrito (11); Lugar nacimiento (opción abierta); Nivel de estudios (7); Ocupación laboral actual (7)*; Ocupación laboral previa (2); Último empleo (opción abierta); Empleo actual (opción abierta); Tipo de jornada laboral (7); Ingresos (6); Tipo de vivienda (4 valores dicotomizados); Convivencia en el hogar (12 valores dicotomizados); Relación vivienda-salud, ¿afecta? (2); Prestó cuidados (2); Relación prestación cuidados-salud (2); Remuneración de cuidados (2); ¿Trabaja con personas de otra etnia? (2); Trato de españoles hacia inmigrantes (6); Influencia en el trato al inmigrante (5).
Conductas de salud	Centro de salud (opción abierta); Medicamentos consumidos (19 etiquetas dicotomizadas); Medicamentos recetados (19 etiquetas dicotomizadas); Medicamentos naturales (19 etiquetas dicotomizadas); Nombre medicamento alternativo (opción abierta); Administración vacunas (2)*; Indicación vacunas (6 etiquetas con 4 valores cada una); Tensión arterial (2); Colesterol (2); Acude a ginecología (2); Última visita ginecológica (5); Motivo visita ginecológica (4)*; Mamografía (2); Motivo mamografía (4)*; Citología (2); Motivo citología (4)*; Consulta sanitaria último mes (2); Profesional sanitario de consulta último mes (2); Lugar consulta último mes (11)*; Motivo consulta último mes (6)*; Uso servicios asistenciales 1 (4 etiquetas dicotomizadas); Uso servicios asistenciales 2 (10 etiquetas dicotomizadas); Hospitalización (2); Motivo ingreso hospitalario (5); Uso urgencias (2); Servicio urgencias empleado (5)*; Motivo uso urgencias (2); Precisaba asistencia y no la recibió (2); Motivo por el que no recibe asistencia (8 etiquetas dicotomizadas); Modalidad Seguro sanitario (4)**; Prácticas sexuales (2); Persona con quien mantiene relaciones sexuales (3); Padecido ITS (2); Nombre ITS (opción libre); Motivo prueba VIH (6)*; Lugar prueba VIH (10); Supo resultados VIH (2); Circunstancias conducción (4 etiquetas con 4 valores); Fuma (4); Motivo deja de fumar (8); Alcohol (2); Consume alcohol fin de semana (2); Consume alcohol laborables (2); Motivo reducción alcohol (6)*; Situaciones personales sobre el alcohol (4 etiquetas dicotomizadas); Alguna vez ha consumido drogas (2); Drogas buenas para la salud (2); Se levanta descansado (2); Principal actividad física habitual en el último mes (4); Frecuencia actividad física en tiempo libre en el último mes (4); Transporte para desplazamiento habitual (6 etiquetas dicotomizadas); ¿Ninguna actividad física? (2); Dietas (4 etiquetas dicotomizadas);
Prevalencia de problemas de salud	Limitación más de 10 días (2); Enfermedades (33 patologías dicotomizadas)*; Restricción actividad últimas 2 semanas (3 etiquetas dicotomizadas); Limitación actividad principal (18 etiquetas dicotomizadas); Limitación actividad tiempo libre (18 etiquetas dicotomizadas); Causa limitación (3); Causa limitación últimos 6 meses (3); Accidente último año (2); Lugar accidente (5)*; Actuación accidente (5); Daño producido por accidente (6 opciones dicotomizadas)*;
<p>*El valor “otro/s” de ciertas variables, permiten transformarse en una nueva variable cualitativa nominal con opción de respuesta abierta, para conocer específicamente a que hace referencia la persona encuestada.</p> <p>** Durante la realización del trabajo de campo, se ha determinado la eliminación de algunas etiquetas o valores para ciertas variables por falta de aplicación para con la muestra objeto de estudio.</p>	

- 2) Ordinal: las categorías pueden ordenarse de alguna forma lógica (p.ej: grado de conformidad “Mucho/Bastante/Algo/Poco/Nada”).

Tabla 9. Variables cualitativas con escala de medición ordinal.

Ubicación en el cuestionario	Nombre (valores/opciones de respuesta)
Datos sociodemográficos	Tiempo desempleado/a (5 valores desde nunca a >2 años); Condiciones vivienda (13 etiquetas con valores entre mucho-nada)*; Preocupaciones hogar (5 etiquetas con valores entre mucho-nada)*; ¿Cómo se siente tratado en España? (3 valores: igual, mejor, peor); Relación peso-estatura (4 valores desde menor de lo normal-bastante mayor).
Conductas de salud	Tiempo PA (4 valores desde último año hasta > 5 años); Tiempo colesterol (4 valores desde último año hasta > 5 años); Última mamografía (4 valores desde último año a > 3 años); Última citología (4 valores desde último año a > 3 años); Última consulta sanitaria (4 valores desde nunca a > 1 mes pero < 1 año); Uso de anticonceptivos (8 etiquetas con 4 valores desde nunca-siempre); Prueba VIH (3 valores desde no- varias veces); Tiempo VIH (4 valores desde < 1 año a > 5 años); Vehículo (3 etiquetas con 6 valores entre nunca-siempre); Fuma más, menos o igual (3); Frecuencia exposición humo tabaco (4 valores desde nunca a > 5h/día; Frecuencia consumo alcohol (3 valores desde a diario a < 1 vez por semana); Consumo alcohol en la actualidad (4 etiquetas con 7 valores desde a diario-menos de un día/mes); Consume más, menos o igual alcohol (3); Frecuencia actividad física tiempo libre (3 etiquetas con 4 valores desde nunca-todos los días); Alimentos (23 etiquetas con 5 valores desde nunca a diariamente)***.
Prevalencia de problemas de salud	Salud últimos 12 meses (5 valores desde buena-muy mala); Limitación actividades cotidianas últimos 12 meses (3 valores desde gravemente limitado-nada limitado); Salud mental (12 etiquetas con valores desde mucho-nada); Apoyo afectivo (6 etiquetas con 5 valores desde ninguno-más de lo que deseo); Fuente de apoyo (4 etiquetas con 5 valores desde ninguno-más de lo que deseo); Satisfacción con la vida (4 valores desde muy satisfecho-muy insatisfecho).
*El valor “otro/s” de ciertas variables, permiten transformarse en una nueva variable cualitativa nominal con opción de respuesta abierta, para conocer específicamente a que hace referencia la persona encuestada. *** Aplicación conjunta de las condiciones * y ** para esta/s variable/s.	

- Variables Cuantitativas, con escala de medición numérica.

- 1) Discretas: solo adoptan ciertos valores, en general números enteros (p.ej: nº de personas que habitan en el hogar, nº de días de ingreso hospitalario).

Tabla 10. Variables cuantitativas numéricas.

Ubicación en el cuestionario	Nombre (nº variables u opciones de respuesta)
Datos sociodemográficos	Estrés laboral (puntuación del 1-7); Satisfacción laboral (puntuación del 1-7); Nº dormitorios; Nº personas hogar.
Conductas de salud	Nº consultas último mes; Nº veces hospitalización; Nº días hospitalización; Nº veces urgencias; Nº cigarrillos/pipas/puros actualidad (3 variables diferentes); Nº cigarrillos/pipas/puros fumaba anteriormente (3 variables diferentes); Nº vasos alcohol fin de semana (4 etiquetas); Nº vasos alcohol laborables (4 etiquetas); Drogas (5 etiquetas o variables diferentes)*: ¿cuántas veces en la vida?/ ¿cuántas veces en el último año?/ ¿cuántas veces en el último mes?; Nº días no descansó suficiente; Nº días actividad intensa; Nº días actividad moderada; Nº días caminó 10 min.
Prevalencia de problemas de salud	Nº días restricción actividad últimas 2 semanas; Salud hoy (puntuación 0-100).
*El valor “otro/s” de ciertas variables, permiten transformarse en una nueva variable cualitativa nominal con opción de respuesta abierta, para conocer específicamente a que hace referencia la persona encuestada.	

- 2) Continuas: pueden adoptar cualquier valor numérico, en general, dentro de un rango (p.ej: edad, peso).

Tabla 11. Variables cuantitativas continuas.

Ubicación en el cuestionario	Nombre (nº variables u opciones de respuesta)
Datos sociodemográficos	Edad (años); Residencia en España (meses); Residencia en Sevilla (meses); Tiempo en el empleo (meses); Dimensiones vivienda (m ²); Peso ¹ (kg); Talla ¹ (cm).
Conductas de salud	Edad inicio tabaco; Tiempo exfumador (meses); Edad inicio alcohol; Edad finalización alcohol; Horas de sueño al día; Tiempo actividad intensa (minutos); Tiempo actividad moderada (min); Tiempo caminó 10 min (min); Tiempo sentado/a (min); Consumo agua (litros).
*El valor “otro/s” de ciertas variables, permiten transformarse en una nueva variable cualitativa nominal con opción de respuesta abierta, para conocer específicamente a que hace referencia la persona encuestada.	
¹ A partir del peso y la talla será calculado el Índice de Masa Corporal (kg / m ²), teniendo en cuenta los siguientes valores estipulados por la OMS: IMC < 18,5 bajo peso; 18,5-24,9 normopeso; 25-29,9 sobrepeso; > 30 obesidad.	

Fase II: Estudio cualitativo

Para facilitar el análisis e interpretación de los datos cualitativos procedentes de las entrevistas y el diario de campo de la doctoranda, se establecieron inicialmente cinco categorías atendiendo a los principales temas planteados en la investigación: Proceso migratorio (PM), Actividad laboral (AL), Estado de salud (ES), Accesibilidad al sistema sanitario (ASS) y

Estilos de vida (EV). Tras las entrevistas y de forma permanente, fueron revisadas determinándose su adecuación. Al mismo tiempo, fue añadida una nueva categoría; Red de apoyo y relaciones sociales (RARS), la cual no había sido previamente contemplada como una entidad con capacidad de constituir un elemento independiente, sino un aspecto a ser considerado dentro de otra categoría, concretamente PM. Para cada categoría se discriminaron una serie de subcategorías respondiendo a indicadores (nodos) aportados por los distintos informantes y vinculados directamente con los temas seleccionados de antemano (Tabla 12). De esta forma, las 6 categorías quedaron compuestas por los siguientes elementos subcategoricos:

Tabla 12. Categorías y subcategorías establecidas para los discursos de la fase cualitativa del estudio.

Categoría	Código	Subcategorías
Proceso Migratorio	PM	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil sociodemográfico • Motivos/expectativas de la migración • Residencia en Sevilla • Aculturación/ adaptación a la nueva cultura • Duelo o pérdidas
Red de apoyo y relaciones sociales	RARS	<ul style="list-style-type: none"> • Red de apoyo inicial • Lazos sociales entre la comunidad china • Relaciones de género • Convivencia con otras etnias • Estereotipos/Prejuicios
Actividad laboral	AL	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción del trabajo • Condiciones laborales • Sector laboral
Estilos de vida	EV	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad vial • Tabaquismo • Consumo de alcohol y otras bebidas • Drogas • Deporte/Actividad física • Ocio • Alimentación • Remedios y medicamentos empleados • Religión/ Filosofía de vida • Sexualidad
Accesibilidad al sistema sanitario	ASS	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de los servicios sanitarios • Sanidad China/ España • Mejoras del Sistema de Salud en España
Estado de salud	ES	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud • Riesgos laborales para la salud

Para comprender la conformación de cada categoría en las diferentes subcategorías mostradas, así como la importancia del establecimiento de las mismas de forma autónoma, se definen y especifican a continuación sus rasgos principales. No obstante, ha de mencionarse que no es posible el aislamiento de las mismas; existe una interconexión entre todos los elementos que confluyen en cada una de las categorías entre sí y con las restantes establecidas:

Proceso Migratorio (PM): El proceso migratorio es un cambio social y personal que tiene su parte de duelo en cuanto a las pérdidas múltiples y significativas (la familia y los/as amigos/as, la lengua, la cultura, la tierra y el paisaje, el estatus social, el grupo de pertenencia, los rasgos físicos, etc.). Este fenómeno conocido como “duelo migratorio” puede llegar a generar problemas para determinadas personas, sobre todo si hay circunstancias personales o sociales adicionales y perniciosas. (Cabrera & Cruzado, 2014; Consejería de salud, Manual de atención sanitaria a inmigrantes, 2007).

La evaluación de esta categoría en la muestra poblacional china, no solo tendrá en cuenta los sentimientos de pérdida de las personas una vez instaladas en España y Sevilla; también se indaga sobre las condiciones de vida previas, dado que la afectación de la salud de la persona que migra puede estar influenciada por factores presentes en el lugar de origen y el proceso de tránsito (Temores *et al.*, 2015). Otros elementos influyentes y contemplados son la preparación para la salida, las expectativas, actitudes de discriminación (Murillo & Molero, 2012; Peña, Gómez y Fernández, 2014; Ugalde, Smith, Moreno & Rodríguez, 2011), la situación de salud al salir del hogar, (Ceja, Lira & Fernández, 2014), contar o no con un hogar a la llegada, etc. (Navarro, 2014).

Red de Apoyo y Relaciones Sociales (RARS): Su contemplación como categoría independiente ha venido determinada por la complejidad de la información recopilada. Como profesionales de enfermería, desde el sistema de patrones funcionales empleados para la recogida de datos en la valoración enfermera, se sigue el patrón rol-relaciones establecido por Marjory Gordon. Este ofrece como criterios de valoración aspectos como: presencia de personas significativas, pertenencia a grupos, barreras socioculturales, relaciones y apoyo familiar, convivencia, relaciones sociales y problemas derivados, entre otros (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería: FUDEN). La red de apoyo es tomada en cuenta desde la decisión migratoria, al tratarse de población emigrante desde China que comienza una nueva vida en Sevilla. Las relaciones por tanto se entienden entre la propia comunidad china, pero también entre esta población y la autóctona o personas de otras etnias. Todas ellas, pueden

verse influenciadas al mismo tiempo por las consideraciones de género establecidas en las relaciones y la existencia de estereotipos o prejuicios, por lo que también son reflejadas en dicha categoría al ser detectadas en los discursos.

Actividad Laboral (AL):

Es evidente que las condiciones de empleo, junto con el entorno laboral influyen en la calidad del mismo (Pinilla, Almodóvar, Hervás, Galiana & Zimmermann, 2015). Al igual que el trabajo facilita y posibilita el desarrollo socioeconómico y el nivel de vida (vivienda, alimentación, educación, el ocio, etc.), cuando éste no se adapta a las capacidades y características del ser humano e incluye factores de riesgo no controlados, puede provocar distintas alteraciones de la salud (Girbau, 2002).

Con esta categoría se pretende profundizar en el sentido del trabajo para las personas del estudio. También indagar en la forma de desarrollarse y el tipo o sector ocupado, atendiendo para ello a las clasificaciones según ramas de actividad económica del INE y sectores establecidos en el informe de Afiliación de extranjeros Seguridad Social (MEYSS, Afiliación de extranjeros Seguridad Social, 2017).

Esto permitirá valorar más claramente la influencia de las condiciones de trabajo y de empleo sobre la seguridad y la salud de los/as trabajadores/as y adoptar las estrategias y medidas oportunas para una prevención eficaz de los riesgos laborales.

Estilos de Vida (EV): El análisis de los estilos de vida busca describir pautas de comportamiento que según Becerra (2016), pueden mejorar la salud o bien potenciar los riesgos. Algunos de estos estilos de vida saludables se relacionan con la actividad y ejercicio físico; los hábitos de alimentación; la limitación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (incluyendo sustancias ilícitas y consumo de medicamentos); la recreación y el manejo del tiempo libre, la prevención de enfermedades médicas y accidentes y los hábitos de sueño (Bernad, Maderuelo & Moreno, 2016).

Los estilos de vida relacionados con la salud están influidos por factores sociodemográficos, educativos y culturales, religiosos y económicos, entre otros. Dado que la población inmigrante experimenta una transición cultural y económica al pasar del país de origen al de acogida, probablemente sus estilos de vida cambien progresivamente y no reflejen las conductas de la población autóctona de ninguno de los dos países (Fernandes, Ortiz & Rodríguez, 2014).

Accesibilidad al Sistema Sanitario (ASS): Avedis Donabedian concibe la accesibilidad como un elemento de la calidad asistencial. Por ello, esta categoría y sus componentes tienen en cuenta ambas definiciones. La accesibilidad es la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden recibirse de manera equitativa por la población. Una forma de determinarlo es recogiendo información sobre el uso de los servicios de salud por parte de la población de origen chino. La calidad asistencial contempla cuidados que son esperados para mejorar una medida del estado de bienestar de los/as pacientes. En estas entrevistas se considera la experiencia sobre la calidad percibida por la comunidad china como la forma de evaluar la adecuación o no de dichos servicios (Fortuny, 2009, p. 78).

Estado de Salud (ES): A partir de los estilos de vida adoptados y desde la comprensión cultural, el propósito es conocer la presencia o no de determinados problemas de salud en la población china, identificando relaciones entre su estancia en España y Sevilla y el padecimiento de los mismos. Además, dada la implicación de la actividad laboral en las vidas de esta comunidad, se contemplan los problemas de salud derivados de los riesgos laborales a los que están expuestos.

7. Almacenamiento, organización y análisis de los datos

7.1. Análisis estadístico de los datos cuantitativos

El análisis estadístico se ha realizado con el paquete estadístico SPSS (versión 23.0). Se determinaron las correlaciones entre ítems para verificar la homogeneidad entre ellos, así como un escalamiento o análisis de correspondencia múltiple. Finalmente se calculó la p de Pearson para probar la estabilidad temporal del cuestionario.

Se realizó un análisis exploratorio para identificar valores inusuales o extremos en las observaciones y caracterizar diferencias entre subpoblaciones (grupos de casos). Para el análisis univariante de las variables cualitativas se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de centralización (media, mediana, moda), posición (cuartiles) y dispersión (desviación típica).

Se obtuvieron estimadores puntuales e intervalos de confianza al 95% para promedios y porcentajes. La descripción de la muestra se completó con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (numérica/ no numérica).

En el análisis bivalente, se utilizó el estadístico Ji-cuadrado (χ^2) para variables cualitativas, calculándose las Odds Ratio en caso de tablas 2x2. Para variables cuantitativas, en primer lugar se comprobó la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y el test de corrección de Lilliefors. En caso de distribución normal se utilizaron pruebas paramétricas, y en caso contrario pruebas no paramétricas.

Para la comparación de variables cuantitativas con variables dicotómicas se utilizó el test de la t de Student como prueba paramétrica. En caso de no cumplirse la homogeneidad de la varianza se utilizará el test con la corrección de Welch. Como prueba no paramétrica se utilizó la U de Mann-Whitney. Cuando se relacione una variable cualitativa policotómica con una variable cuantitativa se realizó el análisis de varianza (ANOVA) de un factor y como alternativa no paramétrica el test de Kruskal-Wallis. En caso de dos variables cuantitativas se realizó el test de r de Pearson o su alternativa no paramétrica rho de Spearman. En cualquier caso se ha considerado un nivel de significación $p < .05$ en todos los contrastes de hipótesis.

7.2. Almacenamiento, organización y análisis de los datos cualitativos

Este proceso puede resumirse en los siguientes pasos o secuencias (Álvarez-Gayou, 2003):

1. Obtención de la información a través del registro sistemático de notas en el diario de campo y la realización de entrevistas.
2. Captura y transcripción legible de la información: la captura se realizó a través de un sistema tecnológico de registro electrónico (grabación de las entrevistas bajo consentimiento informado) y en formato papel (notas manuscritas tomadas por la doctoranda). Tras la transcripción, se llevó a cabo una lectura literal de cada una, valorando así la saturación de la información y aplicando los indicadores de calidad del proceso.

3. Codificación de la información. Teniendo en cuenta que la codificación puede ser inductiva (partiendo de los datos) o teórica (desde los intereses específicos de la persona investigadora), se agrupó la información en categorías que concentrasen las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por la doctoranda. Para identificar un corpus de texto, se seleccionaron unidades básicas de análisis; en este caso respuestas a preguntas abiertas de la entrevista. Se emplearon códigos para etiquetar o marcar los temas específicos del texto (palabras, frases o párrafos completos).

Patton (citado en Fernández-Nuñez, 2006) refiere que el proceso de codificación es mejor describirlo siguiendo el método tradicional, es decir, sin software. Programas como Atlas.ti o NVivo ofrecen diferentes herramientas y formatos para codificar, pero los principios del proceso analítico son los mismos, tanto si se hace manualmente, como con la ayuda de un programa informático.

4. Integración de la información: una vez codificado todo el material, se agruparon los fragmentos de texto que correspondían a un mismo código o categoría. Primero se analizó el material dentro de cada categoría y después, estas categorías fueron relacionadas entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación para poder elaborar una explicación integrada.

Estas mismas fases seguidas se corresponden con las etapas flexibles de Miele *et al.* (2012), haciendo del análisis temático un proceso con rigor científico: Fase 1: Familiarización con los datos; Fase 2: Generación de categorías o códigos iniciales; Fase 3: Búsqueda de temas; Fase 4: Revisión de temas; Fase 5: Definición y denominación de temas y sub-temas; Fase 6: Producción del informe final.

7.2.1. Evaluación de la calidad durante el análisis cualitativo de los datos

Al margen de la interpretación subjetiva, toda información cualitativa debe afrontar el problema de su verdad objetiva y de si constituye una descripción acertada de un hecho, actitud o creencia de la vida real (Ruiz, cap. 2, 2012).

Para asegurar la calidad se han trabajado los criterios propuestos por Leininger & McFarland (2006), utilizados para evaluar los estudios cualitativos; estos han sido: credibilidad, posibilidad de confirmación, significado en contexto, patrones recurrentes, saturación y la posibilidad de transferencia.

- Credibilidad: alude al valor de “verdad” de la información recolectada por medio de observaciones prolongadas e interacción con los/as informantes. También se entiende como la verdad tal como la conocen, la experimentan o la sienten profundamente las personas participantes. Para ello se mantuvo la consistencia externa (acuerdo o desacuerdo entre diferentes informantes). Ante la posible problemática de existir desacuerdo entre participantes, se ha considerado la presencia de un número adecuado de informantes neutrales para garantizar la fiabilidad, así como el cotejo con otras fuentes de información.
- Posibilidad de confirmación: corroborar lo que la doctoranda ha escuchado, visto, experimentado y/o recopilado con respecto al asunto investigado. Para ello se realizó un feed-back con el grupo; deberían reconocer los resultados como propios para confirmar si identificaban lo dicho por ellos/as mismos/as.
- Significado en contexto: tener en cuenta que el contexto particular de cada participante dará significados específicos a sus experiencias vividas, es determinante para lograr una comprensión e interpretación adecuadas.
- Patrones recurrentes de opiniones, percepciones, secuencias de acontecimientos, experiencias o modos de vida. Se acude a diferentes contextos para la obtención de la información proporcionada.
- Saturación: es necesario detectar la redundancia de información obtenida a través de diversas formas de indagación.
- Posibilidad de transferencia: los resultados de una investigación cualitativa pueden transferirse a otro contexto similar y siguen preservando los significados, las

interpretaciones y las inferencias del estudio completo. Como el propósito de la investigación cualitativa no es producir generalizaciones, sino más bien comprensión en profundidad de fenómenos particulares, este criterio se centra en las similitudes generales de los hallazgos bajo condiciones, contextos o circunstancias determinadas.

8. Consideraciones éticas

La investigación en ciencias de la salud proporciona las pruebas sobre las que basar la práctica clínica, contribuyendo a la mejora de la calidad de la atención que se presta. Dado los beneficios que todo ello aporta a la sociedad, debe considerarse la investigación como una obligación moral sanitaria. Pero también es necesario plantear si es o no ético investigar e intentar resolver algunas lagunas de conocimiento (Argimón & Jiménez, 2012).

En el presente estudio, los procedimientos utilizados para su realización han seguido los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) de 1975, en la versión actualizada de 2013.

A fin de proteger el honor y la intimidad personal, según la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal se han numerado los cuestionarios para salvaguardar la identidad en todo momento.

Toda la información sobre el estudio es detallada en el consentimiento informado para no violar el derecho al conocimiento. Así, una vez que la persona aceptaba participar, se le entregaba dicho consentimiento. Éste explicaba la naturaleza de la investigación, sus objetivos, la ausencia de exposición a riesgos y las personas de contacto para aclarar cualquier duda.

La participación no entraña riesgo vital para ninguna persona, por lo que en base al porcentaje riesgo/beneficio, se observa sin duda un máximo beneficio para con las personas a las que el estudio se dirige, dada la posibilidad de incrementar la visibilidad de esta población en las investigaciones científicas en materia de salud.

Por último destacar que todos los aspectos y principios bioéticos salvaguardados en este trabajo fueron avalados por el Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (ANEXO VII), considerando que esta investigación sigue los principios éticos generales para estudios con sujetos humanos en España y la Unión Europea.

RESULTADOS

V: RESULTADOS

1. Resultados Estudio Cuantitativo

En primer lugar, se exponen los resultados relativos a las características sociodemográficas de la población de estudio; en segundo lugar, el análisis de las conductas de salud y finalmente, en la tercera parte, se analizan las características de los problemas de salud de la población inmigrante china.

1.1. Perfil sociodemográfico

La muestra está constituida por 133 personas de origen chino (Tabla 13), con mayor número de población femenina (61,7%) y con una edad media de 30,7 años. El tiempo medio de residencia en España y Sevilla es de 11,3 y 9 años respectivamente. En mayor proporción la muestra está compuesta por personas casadas, con un nivel de estudios secundarios y renta procedente de los ingresos laborales (Tabla 14).

Tabla 13. Relación muestra estimada/encuestada: distribución en base al distrito de residencia y el sexo.

	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5	D.6	D.7	D.8	D.9	D.10	D.11
N estimada											
Hombres	15	21	14	47	12	11	6	11	27	4	4
Mujeres	18	21	16	45	18	11	8	11	26	5	5
Total	33	42	30	92	30	22	14	22	53	9	9
(N)	356										
N encuestada											
Hombres	8	8	4	7	3	5	3	6	7	0	0
Mujeres	17	14	9	12	2	9	2	10	3	2	2
Total	25	22	13	19	5	14	5	16	10	2	2
(N)	133										

En relación al sexo, no se encuentran diferencias significativas con respecto al nivel de estudios alcanzados. Tampoco en cuanto al tiempo de permanencia en Sevilla. Sin embargo, si aparecen dichas diferencias entre hombres y mujeres en función del tiempo que llevan residiendo en general en España ($U=1534,5$; $p = .017$), siendo el rango promedio en el caso de

los hombres de 12,7 años y de 10,4 años para las mujeres.

Tabla 14. Perfil sociodemográfico de la población de origen chino encuestada.

	Hombres n(%)	Mujeres n(%)	Total n(%)	Significación
Sexo	51(38,3)	82 (61,7)	133 (100)	
Edad				
Media	33,1 años	29,2 años	30,7 años	p=.003
Desv. Estándar (DE)	7,29	7,46	7,6	
Residencia en España	12,7 años	10,4 años	11,3 años	p=.017
DE	5,77	5,5	5,7	
Residencia en Sevilla	9,7 años	8,6 años	9 años	p=.101
DE	5	5,65	5,41	
Estado civil				
Soltero/a	11 (21,6)	34 (41,5)	45 (33,8)	p< .001
Casado/a	36 (70,6)	46 (56,1)	82 (61,7)	
Vive en pareja sin estar casado/a	3 (5,9)	2 (2,4)	5 (3,8)	
Divorciado/a	1 (2)	0	1 (0,8)	
Nivel de estudios				
Sin estudios	3 (5,9)	0	3 (2,3)	p>.05
E.primaria obligatoria	3 (5,9)	2 (2,4)	5 (3,8)	
Secundaria 1º ciclo	16 (31,4)	36 (43,9)	52 (39,1)	
Secundaria 2º ciclo	19 (37,3)	24 (29,3)	43 (32,)	
Formación profesional	3 (5,9)	3 (3,7)	6 (4,5)	
Universitaria	6 (11,8)	10 (12,2)	16 (12)	
Postgrado	1 (2)	7 (8,5)	8 (6)	
Fuente de ingresos				
Ingresos del trabajo	50 (37,6)	78 (58,6)	128 (96,2)	p>.05
Ninguna fuente de ingresos	1(0.8)	4 (3)	5 (3.8)	

Con respecto a la edad, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo ($U=1457,5$; $p=.003$), presentando las mujeres edades más jóvenes que los hombres. Lo mismo ocurre con el estado civil ($U=169$; $p<.001$), estableciéndose que la edad media de las personas solteras era menor ($\bar{X}=23$; $DE=3$) que la de las personas casadas ($\bar{X}=34,6$; $DE=6$). Se realizaron diferentes recodificaciones para ganar potencia estadística en el análisis bivariado. Las categorías del nivel de estudios fueron recodificadas en tres (sin estudios o con estudios primarios, estudios secundarios y enseñanza universitaria o postgraduada), hallándose una relación estadísticamente significativa con respecto a la edad ($K(2)=8,75$; $p=.013$), donde las diferencias se observaron entre las categorías “sin estudios o con estudios primarios” ($\bar{X}=36,4$; $DE=7,25$) y “enseñanza universitaria o postgraduada” ($U=30,5$; $p=.004$), siendo la edad media para esta última de 27 años ($DE=4,8$) y entre estudios secundarios ($\bar{X}=31$; $DE=7,8$) y los universitarios ($U=883$; $p=.039$). Pone esto de manifiesto

que las personas más jóvenes adquieren mayor nivel educativo.

También se observaron diferencias entre el nivel de estudios y la zona de procedencia de esta población ($\chi^2=13,2$; $p<.001$; $OR=5,3$). Los datos indican que es 5,3 veces más probable que las personas que proceden de Zhejiang posean un nivel de estudios más bajo, concretamente secundarios o inferiores con respecto a las originarias de otras regiones de la República Popular de China.

1.1.1. Procedencia y residencia en España

La muestra de población china de este estudio, procede en su mayoría de la provincia de Zhejiang (78,3%) (Figura 12). El 44,2% de las personas encuestadas señalan directamente dicha provincia y el 34,1% restante a otras ciudades que forman parte de la misma: Qiantang (14,2%), Wenzhou (11,7%), Lishui (5%), Hangzhou (2,5%) y Longquan (0,8%). Entre hombres y mujeres la distribución se produce de la misma forma, sin existir diferencias significativas (el 83% de hombres de la muestra emigra desde Zhejiang, al igual que el 75,3% de mujeres). Otras provincias cercanas a Zhejiang que le siguen en porcentaje son Fujian (5%) y Shangai (4,2%).

Figura 12. Mapa de la República Popular de China: principales provincias.

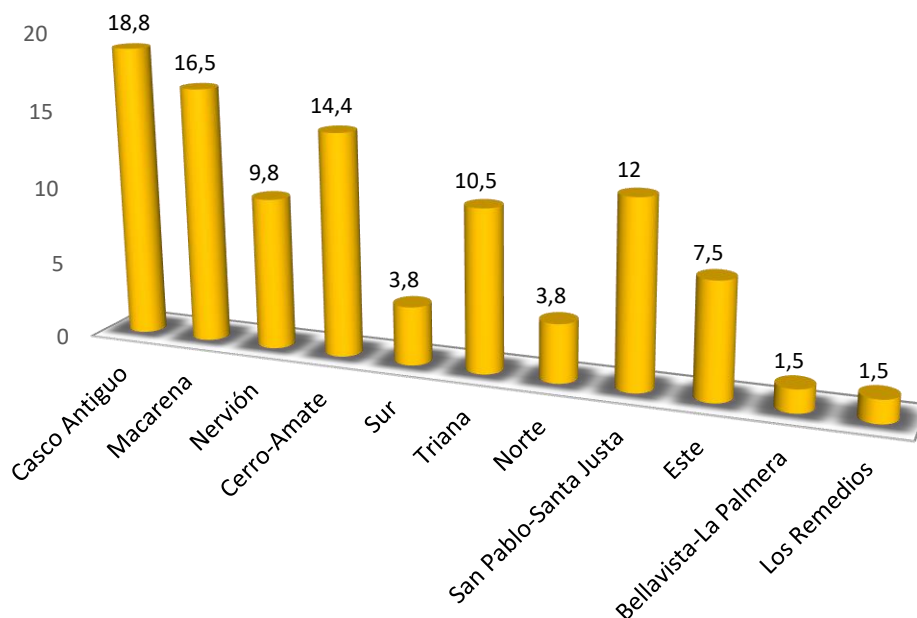


El resto de personas encuestadas (12%) proceden de múltiples regiones repartidas por toda la RPC, como Heilongjiang, Hunan, o Henan, no alcanzando en ningún caso más del 2% de la muestra.

Analizando el tiempo de permanencia en España y Sevilla, se determina que el 47,4% de la población llegó directamente a Sevilla (41,2% de los hombres y 53,2% de mujeres, sin existir diferencias estadísticamente significativas), siendo la estancia media en la ciudad para estas personas de 10,9 años (D.E=5,7). Esto indica que el tiempo de residencia en Sevilla es inferior para aquellas personas que residieron previamente en otras ciudades de España ($U=1262,5$ $p<.001$).

Una vez en Sevilla, la agrupación geográfica no se realiza de manera homogénea (Gráfico 10). Los distritos con mayor presencia de población de origen chino son Casco Antiguo, Macarena, Cerro-Amate, San Pablo-Santa Justa y Triana.

Gráfico 10. Distribución por distritos de la población de origen chino encuestada en la ciudad de Sevilla.

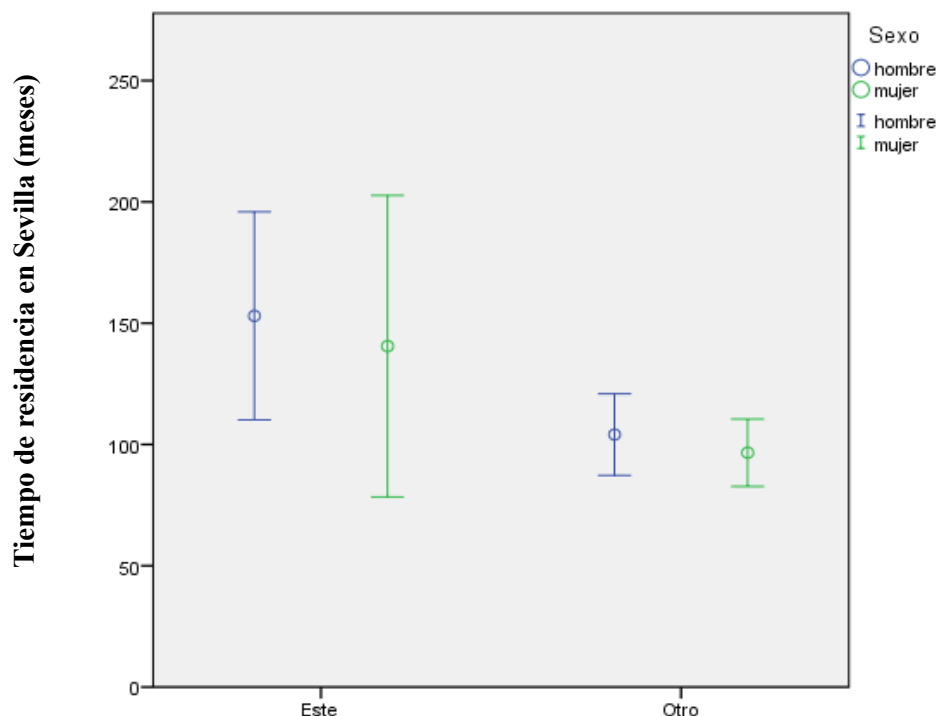


La residencia en uno u otro distrito no varía en función del sexo pero sí en base al tiempo de estancia en España y en Sevilla. Se realizó una recodificación de los distritos en cuatro categorías* (oeste, norte, este y sur), hallándose diferencias significativas entre el tiempo de residencia y vivir en la zona este frente a las restantes localizaciones (Tabla 15). Esto quiere decir que las personas que llevan mayor tiempo de residencia en España y Sevilla, se establecen en mayor medida en la zona este en comparación con la zona sur, norte y oeste. En el Gráfico 11 se presenta la comparación entre la residencia en la zona este y las restantes, según sexo y el tiempo de estancia en la ciudad de Sevilla.

Tabla 15. Distribución geográfica en Sevilla de la población china encuestada según tiempo de permanencia en España y Sevilla.

			U	Z	Sig.
Este R. España (\bar{X} =15,4; DE=7,25) R. Sevilla (\bar{X} =12,2; DE=7,23)	Sur	Residencia en España (\bar{X} =9,6; DE=4,2)	255,5	-3,37	.001
		Residencia en Sevilla (\bar{X} =7,7; DE=4,25)	304	-2,72	.006
	Norte	Residencia en España (\bar{X} =9,8; DE=5)	176,5	-2,96	.003
		Residencia en Sevilla (\bar{X} =7,85; DE=3,65)	194,5	-2,63	.008
	Oeste	Residencia en España (\bar{X} =11; DE=5)	334,5	-2,44	.015
		Residencia en Sevilla (\bar{X} =9; DE=5,4)	368	-2,12	.034
<p>*La categoría oeste incluye los distritos Casco Antiguo, Triana y Los Remedios. La categoría norte está constituida por Macarena y Norte. La categoría este está formada por los distritos Este y San Pablo-Santa Justa. La categoría sur incluye los distritos Sur, Cerro-Amate, Nervión y Bellavista-La Palmera.</p>					

Gráfico 11. Distribución en zona este u otras zonas de Sevilla de la población china encuestada según sexo y tiempo de permanencia en Sevilla.



1.1.2. Características físicas

En cuanto a la distribución del peso y la talla, se procede al cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), siendo la media de 22,8 (DE=3,24) y observándose un IMC máximo de 32. La media en el caso de los hombres (\bar{X} =24,6; DE=3,04) es superior a la de las mujeres (\bar{X} =21,7; DE=2,8), con diferencias estadísticamente significativas (U=974; p<.001).

Teniendo en cuenta los valores de estado corporal establecidos por la OMS en base al IMC, también hay diferencias cualitativas según el sexo. El 53% de los hombres se sitúan en el normopeso y el 47% en sobrepeso. En las mujeres, el 79% cuenta con normopeso, 10% bajo peso y 10% sobrepeso. No obstante, al dicotomizar la variable sobre percepción corporal en normal/menor de lo normal y mayor de lo normal, se obtienen diferencias estadísticamente significativas. Los hombres, aun teniendo un IMC medio mayor, tienen 2,1 veces más posibilidades de presentar una imagen corporal normal o menor de lo normal que las mujeres ($\chi^2(1)$ =4,16; p=.041; OR =2,13).

1.1.3. Actividad económica y laboral

Se trata de una población en su mayoría laboralmente activa (82%), que ya ha tenido acceso laboral anteriormente (87%) y que actualmente recibe ingresos del trabajo, ya sea por cuenta propia o ajena (96,2%). El 58% de personas encuestadas tiene una ocupación laboral en régimen de autónomo (empleado/a por cuenta propia), seguidos/as de un 24% que trabaja como empleado/a por cuenta ajena. En tercer lugar, se encuentran 14 estudiantes (10,5%). El 5,3% indica encontrarse en otro tipo de situación laboral, y menos del 3% manifiesta estar desempleado/a (1,5%) o ser amo/a de casa (0,8%).

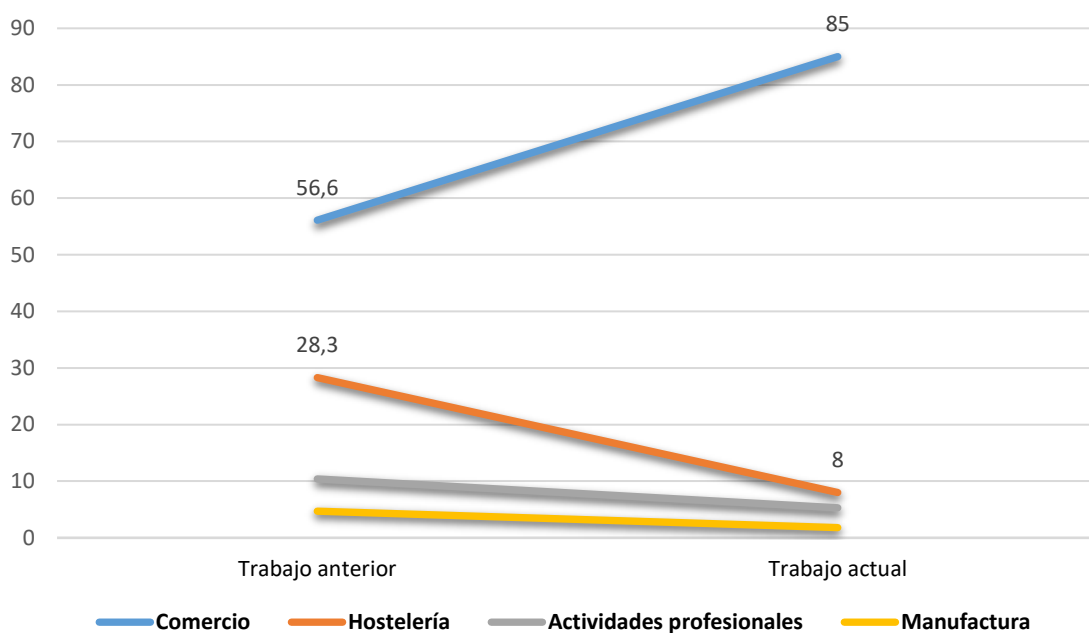
Entre la población desempleada, el 50% afirma no haber trabajado nunca (1 hombre y 5 mujeres) y el 25% declara llevar menos de 6 meses desempleado/a (2 hombres y 1 mujer). El 17,6% refiere estar en esta situación desde hace 7 meses hasta 2 años. En el análisis no se observan diferencias significativas según sexo.

En cuanto al tipo de régimen laboral, se detecta que las personas que trabajan por cuenta propia llevan de media más tiempo residiendo en España que aquellos/as que trabajan como empleados/as para otras personas ($K(2)=8,53$; $p=.014$). Esta significación estadística en cambio no ocurre teniendo en cuenta el tiempo de residencia en Sevilla ni el resto de regímenes laborales con el período de permanencia. También se corrobora una diferencia estadísticamente significativa entre el régimen laboral y el tiempo medio que la persona lleva en su trabajo ($U=418,5$; $p<.001$). La media general es de 4,32 años ($DE=3,52$); las personas empleadas llevan una media de 2 años ($DE=1,75$) mientras que para los/as autónomos/as el tiempo medio en el trabajo es 5,5 años ($DE=3,64$).

Al preguntar sobre la ocupación que la persona tuvo en su último empleo, se obtiene que el 56,6% trabajó en el área del comercio, ya fuera de venta al por mayor o al por menor. En segundo lugar, predominaba el sector de la hostelería y restauración (28,3%). Otros sectores relacionados con las actividades profesionales (predomina la educación/enseñanza) y la producción (talleres de ropa principalmente) suponen el 10,4% y el 4,7%. En relación a las diferencias entre trabajos anteriores y actuales, las últimas ocupaciones indicadas han disminuido, pero en muy pequeña proporción en comparación con los cambios observados en las ocupaciones mayoritarias. En el caso de la hostelería, esta se ha visto decrecida actualmente hasta llegar a ser ocupada por el 8% de la población encuestada. Por el contrario, se ha producido un incremento en el sector comercial, hasta llegar al 85% (Gráfico 12 y Tabla

16).

Gráfico 12. Evolución de la ocupación laboral de la población china encuestada por sectores profesionales.



Indicar que aun no existiendo diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, el empleo relacionado con la enseñanza o educación es el único realizado en exclusiva por las mujeres.

Tabla 16. Distribución del sector laboral ocupado por la población china encuestada según sexo.

n(%)		Hombre	Mujer	Total
Comercio	Trabajo anterior	26 (24,5)	34 (32,1)	60 (56,6)
	Trabajo actual	40 (35,4)	56 (49,6)	96 (85)
Hostelería	Trabajo anterior	15 (14,2)	15 (14,2)	30 (28,3)
	Trabajo actual	5 (4,4)	4 (3,5)	9 (8)
Actividades profesionales	Trabajo anterior	3 (2,8)	8 (7,5)	11 (10,4)
	Trabajo actual	1 (0,9)	5 (4,4)	6 (5,3)
Manufactura	Trabajo anterior	1 (0,9)	4 (3,8)	5 (4,7)
	Trabajo actual	0	2 (1,8)	2 (1,8)

Entre las diferentes modalidades de comercios en las que la población china se desarrolla laboralmente, los más destacados son los bazares y tiendas de alimentación (36,8%), tiendas de ropa (16%) y almacenes de venta al por mayor (12%).

La jornada laboral más frecuente es la partida (71%); es decir, aquella en la que el trabajo se reparte tanto por la mañana como por la tarde. El 12% manifiesta tener otro tipo de jornada, especificada ésta en la fase cualitativa del estudio. Le sigue el 9,4% de personas que realiza una jornada irregular o variable según los días. La jornada continua (mañana/tarde/noche) es realizada por el 5,2% de encuestados/as y en menor medida, se encuentra el 3,4% de participantes con una jornada reducida.

Para el tipo de jornada tampoco se evidencian diferencias significativas en cuanto al sexo. No obstante, hay que apuntar que la reducida solo se da en el caso de mujeres (5,7%) y la irregular también es superior en este grupo con respecto a los hombres (11,4% de mujeres frente al 6,4% de hombres).

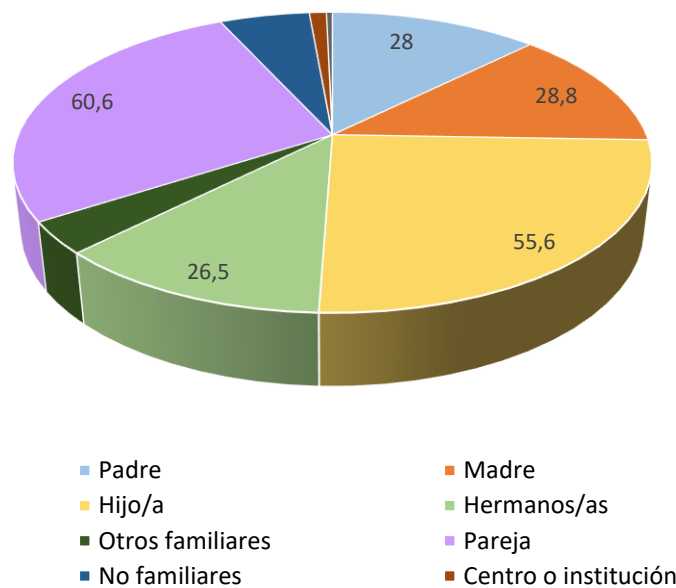
Para conocer si las condiciones del trabajo pueden generar o no alteraciones en la salud, se analizaron los niveles de estrés y satisfacción experimentados ante el mismo. La puntuación media en la escala de estrés es de 4,2 (DE=1,57). El 59% de las personas encuestadas se situaron en una puntuación entre 4 y 5 puntos sobre 7. Por otra parte, el nivel de satisfacción presenta una media de 5,1 (DE=1,4), con mayores porcentajes acumulados entre las puntuaciones 5-7 (65,5%). Los niveles de estrés o satisfacción con el trabajo no muestran diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad ni el tipo de régimen laboral. En relación al sexo tan solo ha demostrado diferencias el nivel de estrés ($U=1040,5$; $p=.004$), siendo mayor en hombres ($\bar{X}=4,73$; DE=1,53) que en las mujeres ($\bar{X}=3,85$; DE=1,51). Aun no existiendo diferencias significativas para la satisfacción con el trabajo según el sexo, son ellas quienes puntúan más alto ($\bar{X}=5,2$; DE=1,3) que los hombres ($\bar{X}=4,95$; DE=1,4).

1.1.4. Hogar/vivienda

La mayoría de encuestados/as refiere vivir en una vivienda alquilada (45,8%) frente a la propia (35,1%). Un 35,9% manifiesta vivir con la unidad familiar en el hogar y un 8,4% comparte vivienda con otras personas, no tratándose estos/as últimos/as de trabajadores/as por cuenta propia ni ajena. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la posesión en propiedad de la vivienda y el régimen laboral de los/as participantes, de forma que los/as autónomos/as tienen más viviendas en propiedad que las personas empleadas ($\chi^2(1)=6,5$; $p=.011$; OR=3,5).

En cuanto a espacio vital, las personas encuestadas refieren ocupar viviendas con 3 dormitorios (60%) seguidas de 4 dormitorios (24,8%), suponiendo una media de 3,4 habitaciones (DE=0,95). Las viviendas son ocupadas en su mayoría por entre 3 a 5 personas (78%), lo que supone una media de 4,76 (DE= 8,17). Quienes principalmente la habitan junto con la persona encuestada son la pareja (60,6%) e hijos/as en común (55,6%) (Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribución porcentual de las personas que conviven en el hogar de la población china encuestada.



El 87,3% de los/as participantes refieren que las condiciones de su vivienda no afectan negativamente a su salud. Más del 50% de la población encuestada manifiesta que atributos o condicionantes positivos como el confort, luminosidad, ventilación adecuada, calidad del agua o limpieza de las calles están bastante o muy presentes (Tabla 17). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. Las características de la vivienda mejor valoradas en la muestra de este estudio han sido la luminosidad (66,4%), confort (64%) y ventilación (59,4%). En cuanto a atributos negativos destaca la ausencia de delincuencia en las zonas o barrios de residencia (81%) y los malos olores (71,6%).

Tabla 17. Satisfacción de la población china encuestada con las condiciones de la vivienda.

n(%)	Mucho	Bastante	Algo	Poco	Nada	Media (DE)
Confort	22 (16,8)	62 (47,3)	34 (26)	12 (9,2)	1 (0,8)	3,79 (0,9)
Luminosidad	33 (25,2)	54 (41,2)	26 (19,8)	13 (9,9)	5 (3,8)	3,85 (1)
Humedad	11 (8,4)	19 (14,5)	26 (19,8)	40 (30,5)	35 (26,7)	2,4 (1,25)
Ventilación	31 (24,2)	45 (35,2)	38 (29,7)	11 (8,6)	3 (2,3)	3,8 (0,98)
Ruido	9 (6,9)	14 (10,8)	36 (27,7)	29 (22,3)	42 (32,3)	2,47 (1,26)
Malos olores	5 (3,9)	16 (12,6)	15 (11,8)	20 (15,7)	71 (55,9)	1,83 (1,2)
Calidad agua	23 (18,3)	62 (49,2)	30 (23,8)	7 (5,6)	4 (3,2)	3,77 (0,9)
Limpieza calles	21 (16,2)	60 (46,2)	30 (23,1)	11 (8,5)	8 (6,2)	3,63 (1)
Contaminación aire	2 (1,6)	25 (20)	21 (16,8)	40 (32)	37 (29,6)	2,3 (1,1)
Zonas verdes	15 (11,7)	41 (32)	39 (30,5)	16 (12,5)	17 (13,3)	3,28 (1,1)
Animales	5 (4)	14 (11,3)	32 (25,8)	28 (22,6)	45 (36,3)	2,17 (1,1)
Delincuencia	7 (5,6)	4 (3,2)	13 (10,3)	36 (28,6)	66 (52,4)	1,92 (1,17)

En relación a la situación económica del hogar, hay ciertos aspectos que pueden o no afectar y preocupar en el día a día (Tabla 18). En cuanto al sexo, se evidencian diferencias significativas con respecto a la puntuación media para ropa y enseres ($U=1324$; $p=.01$) y los estudios ($U=1503$; $p=.035$), siendo las mujeres las más preocupadas por estas dimensiones con respecto a los hombres. En función de la actividad económica en cambio, no se observan diferencias significativas.

Tabla 18. Grado de preocupación de la población china encuestada sobre la situación económica familiar.

n(%)	Mucho	Bastante	Algo	Poco	Nada	Media Hombres $\bar{X}(DE)$	Media Mujeres $\bar{X}(DE)$	Total $\bar{X}(DE)$
Alimentos	23 (18,3)	15 (12)	49 (39)	26 (20,6)	13 (10,3)	2,88 (1,1)	3,2 (1,2)	3,1 (1,2)
Hipoteca/alquiler	22 (17)	24 (18,6)	37 (28,7)	16 (12,4)	30 (23,3)	3 (1,4)	2,88 (1,4)	2,94 (1,4)
Ropa y enseres	12 (9,2)	21 (16,2)	57 (43,8)	30 (23)	10 (7,7)	2,6 (1)	3,2 (1)	2,96 (1)
Estudios	17 (13,5)	32 (25,4)	43 (34)	15 (12)	19 (15)	2,8 (1,2)	3,3 (1,23)	3 (1,2)

1.1.5. Cuidado de otras personas

Este aspecto de los cuidados de salud es el único en el que el 100% de las personas encuestadas coinciden en su negativa. Ningún/a residente de origen chino en Sevilla manifiesta prestar cuidados habituales a otras personas.

1.1.6. Actitud de las personas hacia la etnia

El 64,6% de las personas de origen chino encuestadas afirman trabajar con personas de otras etnias. El trato que reciben en España en relación a otras etnias lo consideran igualitario (76,6%). Otras personas consideran que este trato es peor (19,8%) y solo un 3,6% manifiesta que la población china recibe un trato en España mejor que el que reciben personas de otras etnias. También muestran que el trato dado por los/as españoles/as a la población inmigrante en general es de normalidad (33%) y amabilidad (30%). No obstante, otras personas consideran que este trato es de indiferencia (16,2%), desprecio (10%) o desconfianza (8,5%). En menor porcentaje perciben formas de trato agresivas o de otro tipo no especificado.

Al recodificar la variable en aspectos positivos o aspectos neutros o negativos, se obtiene que el mayor porcentaje hace referencia a la etiqueta “normal o negativo” (69,5%; $p=.011$). El tiempo de permanencia en España o Sevilla no determina variaciones significativas en relación a esta percepción de trato, pero si en el caso de la edad y el sexo. Cuanto más jóvenes son los/as participantes, mayor es la percepción de un trato negativo ($U=524$; $p=.001$) frente al positivo. En función del sexo, los hombres tienen una visión más positiva sobre el trato que los/as españoles/as dan a los/as inmigrantes con respecto a la mujer ($p=.011$; OR: 2,7).

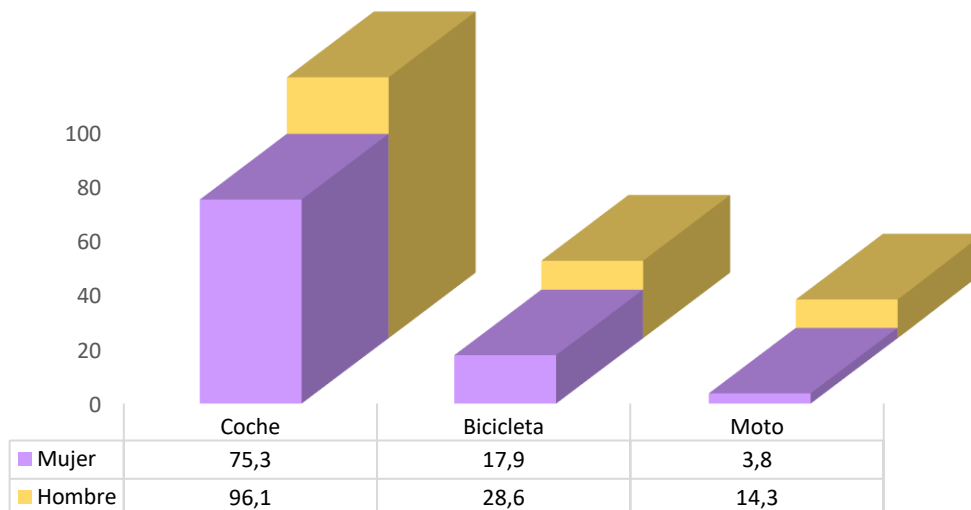
Para determinar qué es lo que más influye en el trato que la población autóctona proporciona a los/as inmigrantes en España, la mayoría opta por la cultura (36,5%) como principal factor diferenciador. Otros/as hacen referencia a la nacionalidad de origen (22%), la situación o posición económica (17,5%), el color de piel (7,9%) u otros no especificados (15,9%).

1.2. Conductas de salud

1.2.1. Seguridad vial

Durante el último mes, el vehículo empleado con más frecuencia (como persona conductora o pasajera) ha sido el coche (83,3%) tanto en el caso de hombres como en el de mujeres, seguido de la bicicleta (22%) y en último lugar de la motocicleta (8%) (Gráfico 14).

Gráfico 14. Vehículo empleado como conductor/a o pasajero/a por la población china encuestada en el último mes según el sexo.



La edad no constituye un factor determinante en el empleo de estos medios de transporte, pero sí el sexo. Los hombres utilizan el coche con una probabilidad 8 veces superior que en el caso de las mujeres, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(1)=9,7$; $p=.002$). Lo mismo ocurre con el empleo de la motocicleta ($\chi^2(1)=4,52$; $p=.033$), siendo 4,2 veces más probable que este vehículo sea conducido por hombres que por mujeres.

El tiempo de residencia también determina el uso del coche, existiendo diferencias estadísticamente significativas para la estancia en España ($U=600$; $p<.001$) y en Sevilla ($U=815,5$; $p=.018$). Las personas que usan el automóvil llevan una media de 12 años en España ($DE=5,62$) y de 9,45 años en Sevilla ($DE=5,47$).

En el caso de la moto, la significación estadística se da en función del tiempo de residencia en

España ($U=341,5$; $p=.033$), siendo la media de quienes la usan de 15,8 años ($DE=7,9$) frente a los 10,9 años ($DE=5,42$) de quienes no utilizan este vehículo.

En relación con el uso de sistemas o dispositivos de seguridad, aun no existiendo en ningún caso diferencias estadísticamente significativas, para el caso de la moto todos/as los/as encuestados/as afirmaron emplear el casco durante la conducción o como pasajeros/as en el último mes. El cinturón de seguridad en el coche fue utilizado siempre por el 96,4% de las personas encuestadas, mientras que el manejo de la bicicleta supone que un 76% afirmase no utilizar nunca el casco. Otros resultados sobre seguridad vial son los relacionados con el manejo del coche, moto o bicicleta bajo los efectos de las drogas, sin carnet o seguro en regla. Las personas que afirman no haber conducido en estas circunstancias oscilan entre el 90% en el caso de la moto hasta el 100% para con la bicicleta. Solo dos hombres manejaron la moto y el coche bajo los efectos de las drogas y dos mujeres manifestaron no tener seguro en regla.

1.2.2. Tabaco, alcohol y drogas ilícitas

Los resultados muestran que el 97,5% de las mujeres en la muestra y el 49% de los hombres, no fuman ni lo han hecho nunca. Actualmente, fuman el 2,5% de las mujeres (solo 2) y el 35,3% de los hombres. Las personas que fuman diariamente constituyen el 13,6% del total de la muestra del estudio, de los cuales el 94% son hombres. La edad media en la que la población da comienzo al hábito es de 19 años ($DE=3,8$), aunque no se observan diferencias estadísticamente significativas en función del sexo y la edad.

Recodificando la variable sobre hábito tabáquico en función de la exposición al mismo a lo largo de la vida (fumadores/exfumadores y no fumadores) se detectan diferencias estadísticamente significativas entre no haber fumado nunca y el sexo ($\chi^2(1)=44,1$; $p<.001$), estableciéndose que es 41 veces más probable que una mujer de origen chino no fume con respecto al hombre.

En función de la edad existen diferencias significativas a nivel estadístico ($U=1040$; $p=.02$), siendo más jóvenes los que nunca han fumado ($\bar{X}=30$; $DE=7,5$) con respecto al resto ($\bar{X}=33,7$; $DE=7,4$).

El número de cigarrillos fumados al día oscila entre 2 y 30 unidades ($\bar{X}=11,5$; $DE=6,14$), sin existir diferencias estadísticamente significativas según la edad. Aunque solo dos mujeres refieren fumar actualmente, existen diferencias significativas entre la cantidad de cigarros fumados y el sexo ($U=3$; $p=.042$), siendo la media de cigarrillos fumados por hombres de 12,2 ($DE=6$) y de 5 ($DE=4,2$) en mujeres. El 72,8% afirma seguir fumando la misma cantidad o incluso más en la actualidad.

La exposición al humo dentro de la vivienda suele ser escasa (84,9%). A este porcentaje le sigue el de un 9,2% de personas que afirman estar sometidas a la exposición al tabaco menos de una hora al día.

Para el consumo de alcohol, encontramos que un 60,3% de la población afirma haberlo consumido en el último año aun siendo en ocasiones especiales. No obstante, el 59% refiere hacerlo con una periodicidad inferior a una vez por semana. Del 11,5% que consume alcohol a diario, el 89% son hombres. Tan solo 16 personas reportaron no consumir actualmente alcohol a pesar de haberlo hecho anteriormente. Entre sus motivos destacan razones no relacionadas con el consejo médico ni problemas de salud derivados del consumo (68%).

La diferencia de consumo entre hombres y mujeres es significativa, siendo los primeros quienes más consumen ($\chi^2(1)=8,3$; $p=.004$; $OR=3,1$) y quienes lo hacen con mayor frecuencia ($\chi^2(2)=7,5$; $p=.024$). De las personas que indican consumir alcohol, un 48% afirma haber reducido su consumo en el último año, un 41,4% lo ha mantenido estable, mientras que un 10% lo ha incrementado, sin contemplarse en este caso diferencias en función del sexo.

La edad media de inicio de consumo de alcohol es de 19,4 años ($DE=4,9$) sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Aun no existiendo diferenciación estadística entre la ingesta o no de alcohol y la frecuencia de consumo con el tiempo de permanencia en España y Sevilla, los datos revelan que quienes consumen bebidas alcohólicas llevan en España una media de 12 años ($DE=6$) frente a los/as que no beben ($\bar{X}=10$ años; $DE=5$).

Entre las bebidas alcohólicas consumidas con más frecuencia se encuentra según orden la cerveza y el vino o similares (Tabla 19).

Tabla 19. Bebidas alcohólicas consumidas por la población china encuestada.

n(%)	Desde 2-3 veces/semana hasta consumo diario	Una vez en semana o menos	No consume
Cerveza	19 (25,7)	43 (58,1)	12 (16,2)
Vino, sidra, vermut	14 (18,6)	50 (66,7)	11 (14,7)
Copas de licor o whisky	5 (2,8)	30 (42,3)	39 (54,9)
Combinados	1 (1,4)	34 (47,2)	37 (51,4)

Para estas bebidas, solo existen diferencias estadísticamente significativas según el sexo para con la cerveza ($\chi^2(1)=10,6$; $p=.001$; $OR=8,2$), siendo 8 veces más probable que los hombres las consuman con frecuencia (desde 2-3 veces por semana hasta consumo diario) con respecto a las mujeres.

Aunque la edad no es un factor determinante del mayor consumo de estas bebidas, si lo constituye el tiempo de residencia en Sevilla ($U=272$; $p=.037$), de manera que, a medida que aumenta la estancia se incrementa el consumo de cerveza. Las personas que la beben con más frecuencia llevan más tiempo residiendo en Sevilla ($\bar{X}=11,4$; $DE=5,7$) en relación a quienes presentan un bajo consumo ($\bar{X}=8,2$; $DE=4,7$).

Analizando los datos sobre la cantidad de vasos/copas de bebidas alcohólicas ingeridos, se obtiene una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la cantidad de cerveza consumida, tanto en el fin de semana ($U=378,5$; $p=.008$) como en días laborables ($U=411$; $p=.005$), sin evidenciarse estas significaciones para el resto de bebidas.

La media de vasos/copas consumidos por hombres y mujeres el fin de semana solo es igual o superior a 1 en el caso del vino y la cerveza ($\bar{X}=1$; $DE=1,4$) y ($\bar{X}=1,07$; $DE=1,54$) respectivamente. El consumo medio de cervezas durante el fin de semana es de 1,7 cervezas ($DE=1,8$) para el hombre y de 0,6 ($DE=1$) en el caso de las mujeres. Entre semana es inferior en ambos, siendo la media de 0,84 cervezas para el hombre ($DE=1,32$) y de 0,14 ($DE=0,48$) para la mujer.

En cuanto a la autopercepción sobre el consumo de bebidas alcohólicas, el 70,3% afirma haber tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos. Sin embargo, no se han sentido criticados/as ni culpables por su consumo de alcohol (88,9% y 84,5% respectivamente). También un 84,5% manifiesta no haber bebido a primera hora de la mañana al levantarse para calmar los nervios o aliviar una resaca.

A pesar de no evidenciarse diferencias estadísticamente significativas entre estos aspectos y el

sexo, la edad o el tiempo de residencia en España y Sevilla, se observa una autopercepción sobre la ingesta de bebidas alcohólicas más negativa en aquellas personas que llevan menos tiempo residiendo en Sevilla y con mayor edad. Quienes peor se sienten por beber llevan en Sevilla una media de 8,46 años (DE=5,1) frente a los que no perciben su consumo de forma negativa (\bar{X} =11,1; DE=6). Para la edad, quienes tuvieron la mayor impresión de que deberían beber menos tienen una edad media de 31,9 años (DE=7,6) frente a los 29,1 años (DE=6,7) del resto.

Los resultados reflejan un bajo consumo de otras drogas ilícitas; aun siendo el hachís la más consumida, esto solo se ha producido en el 3,8% de la muestra. Para el resto de drogas (heroína, cocaína y éxtasis) el porcentaje de personas que nunca las han consumido se establece en torno al 97%.

1.2.3. Sueño y descanso

Las personas encuestadas manifiestan dormir una media de 7,5 horas (DE=0,82), detectándose un mínimo de 5 y máximo de 10 horas. Se encontró que las mujeres dormían más horas en relación a los hombres, con una diferencia estadísticamente significativa (U=1648,5; p=.029). El 68,4% refirió levantarse descansado/a (siendo suficientes estas horas), pero no existiendo diferencias significativas en función del sexo (64,7% de hombres y 70,7% de mujeres). Entre las personas que manifestaron no haber descansado algunos días en el último mes, el número medio de días fue de 5 (DE=8,46).

1.2.4. Actividad física y deporte

En los desplazamientos habituales (trabajo, mercado, lugar de estudios, etc.) el 46% de las personas encuestadas hace uso del coche, mientras que otro 41,3% va caminando. Durante la jornada diaria en el centro de trabajo, el 43% de la muestra refiere pasar de pie la mayor parte del tiempo, seguido de las personas que realizan su actividad principal sentadas la mayor parte del tiempo y caminando deprisa llevando peso (27,8% cada categoría), no existiendo diferencias estadísticamente significativas en función del sexo.

El 45,5% declara no realizar ninguna actividad física frente al 26,5% de personas que la hacen varias veces en semana. Dicotomizando la variable en base a la realización o no de dicha

actividad (Si/No), se obtiene que sin ser estadísticamente significativo en cuanto al sexo, el 60% de los hombres refiere realizar actividad física frente al 51,2% de las mujeres. Tampoco dicha actividad se ve condicionada por el factor laboral, concretamente el régimen de trabajo de los/as encuestados/as.

Una segunda recodificación permitió mostrar información sobre el grado de actividad física (esporádico/frecuente) entre aquellas personas que la practicaban. Aun no existiendo de nuevo diferencias estadísticamente significativa según el sexo, se observa que de los que realizan actividad física, el 51,4% lo hace esporádicamente, de los cuales el 67,6% son mujeres, frente al 48,6% que lo hace con más frecuencia, siendo el mayor porcentaje correspondiente a los hombres (51,4%).

Para la actividad física realizada en el tiempo libre, el 78,4% de la población de origen chino afirma no realizar ninguna. Aun no existiendo diferenciación estadísticamente significativa en función del sexo, si se observan según la edad y el tipo de actividad económica. En general, son las personas más jóvenes quienes dedican más tiempo a caminar o emplear la bicicleta ($U=1506,5$; $p=.026$), realizar actividades físicas de actividad moderada ($U=937$; $p<.02$) y deportes/fitness intensos ($U=762$; $p<.001$). Las edades medias de las personas que realizan estas actividades son de 28,7 años ($DE=7,8$), 27,6 ($DE=7,2$) y 25,8 años ($DE=6,5$) respectivamente. En función del régimen laboral, destacan los/as trabajadores/as por cuenta ajena en la práctica de más ejercicio físico de carácter moderado en relación a las personas autónomas: ($\chi^2(1)= 4,34$; $p=.037$).

Teniendo en cuenta el tiempo medio dedicado a la actividad física en los últimos 7 días, el 60,7% de encuestados/as afirmó realizar algunas de las siguientes actividades (Tabla 20), no existiendo diferencias estadísticamente significativas según el sexo y evidenciándose que caminar constituye la principal fuente de movimiento para esta población. El número de días y el tiempo dedicado tampoco se ve influenciado por la edad, el tiempo de permanencia en España y Sevilla o el tipo de régimen laboral.

Tabla 20. Tipos de actividad física y tiempo dedicado por la población china encuestada en los últimos 7 días.

	Días por semana $\bar{X}(DE)$	Horas por día $\bar{X}(DE)$
Actividad físicas intensas	0,79 (1,6)	0,3 (0,67)
Actividad física moderada	1,13 (2)	0,42 (0,98)
Caminar	3,57 (3)	0,94 (1,7)
Tiempo que pasó sentado/a		3 (2,8)

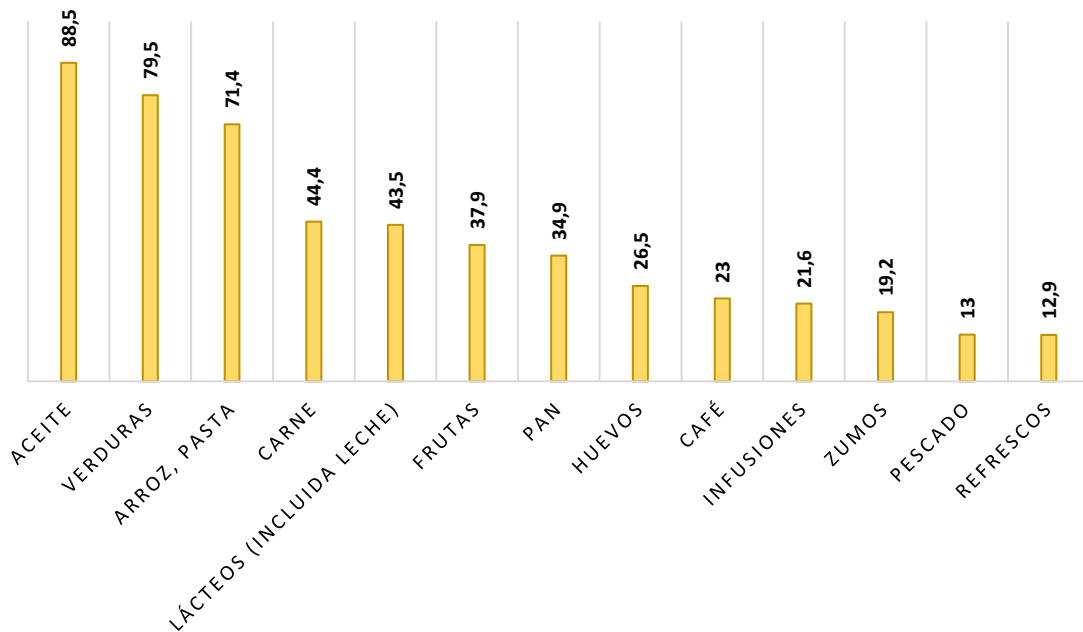
1.2.5. Alimentación y dietas

La alimentación habitual (1-2 veces en semana o más) es marcada por la mayor ingesta de ciertos productos (Tabla 21 y Gráfico 15). El consumo de alimentos 3 o más veces en semana se basa fundamentalmente en el uso de aceite (94,7%), verduras (94%), pasta, arroz o patatas (87,2%) y carne (82,7%). Entre los productos menos consumidos (menos de una vez en semana, casi nunca o nunca), destacan el chocolate (78,3%), mantequilla (73%), embutidos (67,2%) y bacon y/o salchichas (65%).

Tabla 21. Consumo habitual de alimentos por la población china encuestada.

Alimentos	Consumo habitual n(%)	Alimentos	Consumo habitual n(%)
Aceite	129 (98,5)	Legumbres	78 (61,4)
Verduras y hortalizas	128 (97)	Lácteos (no leche)	74 (60,2)
Carne	129 (97)	Infusiones	72 (57,6)
Pasta, arroz, patatas	127 (95,5)	Refrescos	65 (52,4)
Huevos	122 (92,4)	Dulces	61 (48,8)
Frutas	118 (89,4)	Café	54 (42,9)
Pan	111 (88,1)	Bacon/salchichas	43 (35)
Pescado	105 (80,2)	Embutidos	40 (32,8)
Zumos	89 (71,2)	Mantequilla	32 (26,9)
Leche	81 (64,8)	Chocolate	26 (21,7)

Gráfico 15. Alimentos consumidos diariamente por la población china encuestada.



Entre todos los alimentos, tan solo para el caso de la fruta se evidencian diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ($p=0.013$), de forma que el 76,8% de las mujeres la consumen a diario a diferencia del 54% de los hombres. Por el contrario, el menor consumo (menos de una vez en semana, casi nunca o nunca) se produce en el 7% de las mujeres y el 18% de los hombres.

La recodificación de los alimentos por grupo nutricional, hace coincidir el mayor consumo (desde 1-2 veces en semana hasta consumo diario) con las vitaminas y minerales (99%), seguidos de los alimentos proteicos (97%), los zumos y refrescos (81,3%), lácteos y derivados (79,2%), hidratos de carbono (73%), infusiones y café (70,8%) y las grasas (55,6% incluyendo el aceite y 30,8% sin incluirlo).

Aun no existiendo diferencias significativas en función del sexo, si se evidencian en base a la edad para ciertos grupos de alimentos. Son las personas más jóvenes quienes consumen grasas -incluyendo aceites- con mayor frecuencia ($U=1233$ $p=0.012$), siendo la edad media de los más consumidores de 28,4 años ($DE=6,6$) y de los menos consumidores (en ocasiones o nunca) de 32,1 años ($DE=8$). Para el caso de las infusiones y el café ($U=1083,5$; $p=0.02$), el consumo más frecuente se da en personas de mayor edad (31,2 años; $DE=7,3$) en relación a la de quienes realizan un consumo esporádico (27,9 años; $DE=7,8$).

En relación al consumo de agua, el 97% de la muestra afirma beberla a diario. Siendo la ingesta media de 1,23 litros, el 75% ingiere 1,6 litros.

Tras describir el patrón alimentario seguido por las personas de origen chino, se muestran las cifras sobre modificaciones introducidas en la dieta habitual por diferentes razones en los últimos 6 meses previos a la encuesta: problemas de salud, adelgazamiento, motivos de creencias u otros. La mayoría de las personas que realizaron algún tipo de dieta lo hicieron a fin de reducir su peso (12%), seguido de motivos relacionados con problemas de salud (7,1%) y mantenimiento del estado de salud (3%).

Solo en la búsqueda de adelgazamiento se manifiestan diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($p=.005$), siendo este tipo de modificaciones en la dieta realizadas por el 18,7% de mujeres y el 2% de hombres.

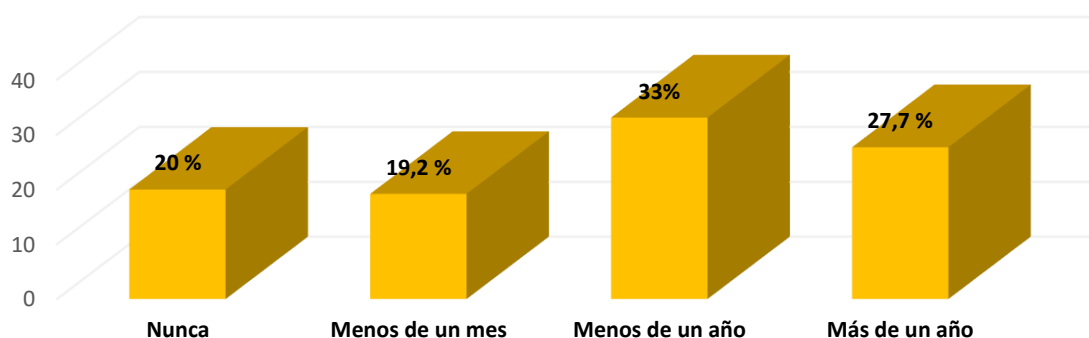
Al mismo tiempo, son las personas más jóvenes las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de dietas por motivos de peso, siendo la edad media de 25,3 años ($DE=5,9$) frente a la edad de las personas que no la realizaron ($\bar{X}=31,4$ años; $DE=7,5$).

1.2.6. Acceso a los servicios sanitarios

En relación a la modalidad de seguro sanitario disponible, se obtiene que aunque un 2,3% refiere no tener seguro médico, el 87,2% de los/as encuestados/as se adscribe a la sanidad pública. De ellos/as, el 21,8% tiene doble aseguramiento (tanto público como privado). El 9,9% solo tiene seguro privado, pero junto con los que gozan de una adscripción doble, se obtiene que el 31,7% dispone de seguro médico privado. Este dato coincide con el 29,5% de personas que ante la pregunta sobre el nombre de su Centro de Salud responde “Médico privado” del total de 44 personas de la muestra que cumplimentan dicha cuestión (las respuestas perdidas formaron el 67% de la población total). Entre los centros de atención primaria destaca Ronda Histórica (15,9%) y también un 2,3% señalan otra opción no disponible inicialmente: “médico en China”.

Al preguntar a la población china sobre las consultas médicas o enfermeras, se obtuvo que el 52,2% realizó alguna en los últimos 12 meses (Gráfico 16).

Gráfico 16. Última consulta sanitaria realizada por la población china encuestada.



Recodificando las variables en quienes han realizado o no una consulta alguna vez, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo o el tiempo de permanencia en España y Sevilla, pero si en base a la edad ($U=951,5$; $p=.02$), siendo más jóvenes las personas que las realizan ($\bar{X}= 29,8$; $DE=7,5$) frente a quienes no ($\bar{X}=33,6$; $DE=7,6$). Al intentar asociar el factor edad con el nivel educativo en cambio, no aparecen diferencias significativas.

El principal motivo de consulta en el último mes –sin existir diferencias estadísticamente significativas en función del sexo o la edad- lo constituye una patología o problema de salud (54,5%), seguido de revisiones (30,3%). Otros fueron partes de alta o baja (3%), accidentes (6%) u otros motivos no especificados (6%). Fueron 34 personas (25,6%) las que contestaron a la cuestión sobre el lugar donde dicha consulta fue realizada. Entre ellos/as, lo más habitual fue el centro de salud (29,4%) y el centro sanitario privado (29,4%). Solo el 5,3% del total de la muestra de estudio acudió alguna vez a urgencias en el último mes.

En lo relativo a servicios asistenciales relacionados con atención sanitaria a domicilio, ayuda para las tareas domésticas o servicios especiales de transporte, el 99,2% afirmó no haberlos utilizado en los últimos 12 meses. En cambio, otros fueron más frecuentados en este período de tiempo; tal es el caso de los servicios de radiología (8,3%), odontología (8,3%) y medicina homeopática/naturista y acupuntura (8,3%).

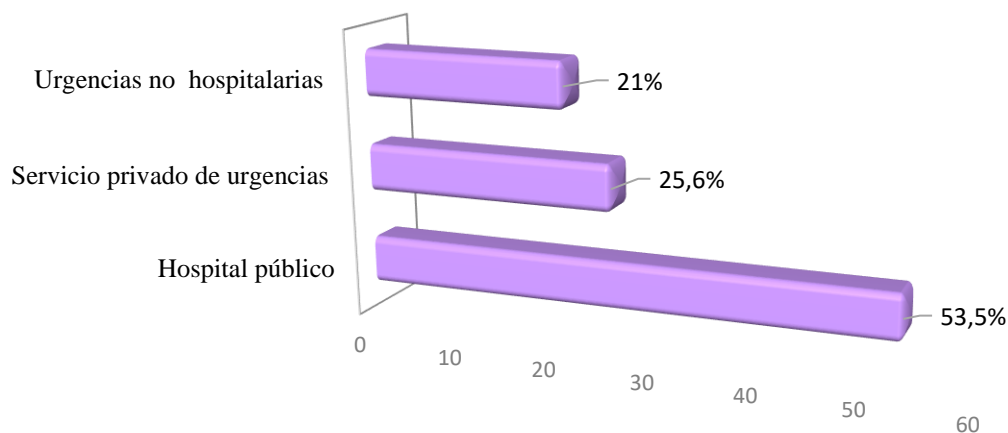
Otros factores importantes para analizar el uso de servicios sanitarios por parte de la población de origen chino, son los ingresos hospitalarios y la frecuentación de los servicios de

urgencias. El 91,7% de las personas encuestadas no tuvieron que ser ingresadas en el hospital por motivos de salud en los últimos 12 meses, dándose solo en el 2,3% un máximo de dos ingresos en este período, durante una media de 3 días ($DE=2,2$). Esta variable no se determina condicionada significativamente por factores laborales, económicos ni académicos.

De las ocho personas que dan respuesta a los motivos de su ingreso hospitalario, se evidencia en primer lugar los relacionados con la situación de embarazo/parto de las mujeres chinas (37,5%), seguido de la necesidad de intervención quirúrgica (25%), tratamiento sin necesidad de cirugía (25%) u otro tipo de asistencia no especificada (12,5%).

En relación al uso de urgencias por algún problema de salud o enfermedad, el 33,8% refiere haber acudido a este tipo de servicios en el último año- sin existir diferencias estadísticamente significativas en función del sexo-, oscilando el número de veces que se acudió entre 1 y 3 ($\bar{X}=1,15$; $DE=0,4$). Mientras que en un 17,1% de los casos fue el médico quien determinó la necesidad de que la persona acudiera a urgencias, el 82,9% de las personas encuestadas, sus familiares o allegados/as fueron quienes lo consideraron oportuno. Las principales modalidades de urgencias empleadas se reflejan en el Gráfico 17. En función del sexo no se obtienen diferencias estadísticamente significativas en relación con el acceso a un servicio de urgencias de carácter público; tampoco influyen los aspectos relacionados con el trabajo (sector ocupado y régimen laboral) o el nivel educativo de los/as encuestados/as.

Gráfico 17. Tipo de servicio de urgencias empleado por la población china encuestada en los últimos 12 meses.



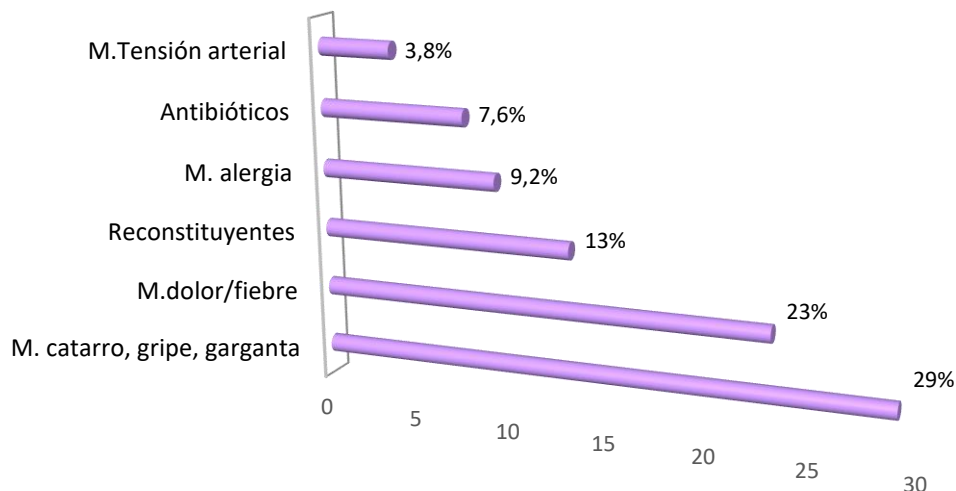
A la hora de concebir la asistencia prestada, el 8,1% refiere no haber recibido asistencia sanitaria a pesar de haberla necesitado. La cuestión de tiempo fue el motivo principal (28,6% del total de la muestra del estudio) por el que las personas de origen chino no recibieron asistencia u optaron por no recibirla. De este porcentaje constituido por 38 personas, el 39,5% muestra su queja por la larga espera para ser atendido/a y el otro 60,5% alude a la falta de tiempo disponible debido al trabajo o el cuidado de niños/as.

Mientras que para la espera derivada del factor servicio de salud no se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, si ocurre cuando se considera la falta de tiempo a causa del trabajo ($\chi^2(1)=7,9$; $p=.005$; $OR=7,7$), siendo 7,7 veces más probable que un hombre en relación a una mujer se queje por esta razón frente al resto de motivos. De igual forma, también acontecen diferencias significativas en el caso de la falta de tiempo por cuidado de los/as hijos/as ($\chi^2(1)=6,6$; $p=.01$; $OR=12$), de forma que es 12 veces más probable que una mujer atribuya la no asistencia sanitaria al deber del cuidado con respecto al hombre.

1.2.7. Consumo de medicamentos

Las cuestiones relacionadas con el consumo de medicamentos recogen información referente a las 2 últimas semanas previas a la cumplimentación de la encuesta, diferenciando el origen del consumo, es decir, si se trata de medicamentos recetados o de farmacia, o no. Los grupos de medicamentos más consumidos son los empleados para el catarro, gripe, malestar general, dolor y/o fiebre, reconstituyentes como vitaminas, fármacos para la alergia, antibióticos y antihipertensivos (Gráfico 18). Medicamentos destinados al tratamiento de problemas como la depresión, corazón, diabetes, reuma y diarreas no han sido empleados por ninguna persona encuestada en las últimas dos semanas. Por otro lado, los utilizados para conciliar el sueño o tranquilizarse, perder peso, bajar los niveles de colesterol en sangre, anticonceptivos o sustitutivos hormonales (tiroides, etc.) han sido consumidos en menor medida, constituyendo sus porcentajes cifras iguales o inferiores al 3,1%.

Gráfico 18. Principales grupos de medicamentos consumidos por la población china encuestada en las últimas 2 semanas.



Aun no existiendo diferencias significativas entre el consumo de medicamentos y el sexo, cabe mencionar que las mujeres han constituido para el uso de medicamentos para el catarro o gripe el 19,8% del total de la población frente al 9,2% de hombres, el 16% en los empleados para paliar el dolor o fiebre frente al 7% de hombres, el 8,4% frente al 4,6% de hombres en cuanto al consumo de reconstituyentes se refiere, el 6,1% frente al 1,5% de hombres que han consumido antibióticos, el 3,8% frente al 5,3% de hombres que usaron fármacos para la alergia y el 1,5% frente al 2,3% en relación a los antihipertensivos. Tan solo en estos dos últimos grupos de medicamentos son los hombres quienes superan en porcentaje a las mujeres.

En relación con la adquisición de los mismos, todos los medicamentos han sido prescritos por receta médica o comprados en la farmacia en mayor proporción con respecto a los no recetados o naturales, a excepción de los laxantes (aparece en la misma proporción el uso bajo receta o natural, constituyendo un porcentaje inferior al 1%) y los reconstituyentes o vitaminas, siendo estos últimos principalmente naturales o sin receta (8% natural frente a 2,4% recetado) (Tabla 22). Mientras que los fármacos más recetados son los relacionados con el malestar general, catarro, gripe, dolores y/o fiebre y la alergia, entre los medicamentos no recetados o naturales se incorporan los reconstituyentes. Al mismo tiempo, ningún fármaco hormonal o relacionado con la alergia ha sido de tipo natural o consumido sin receta.

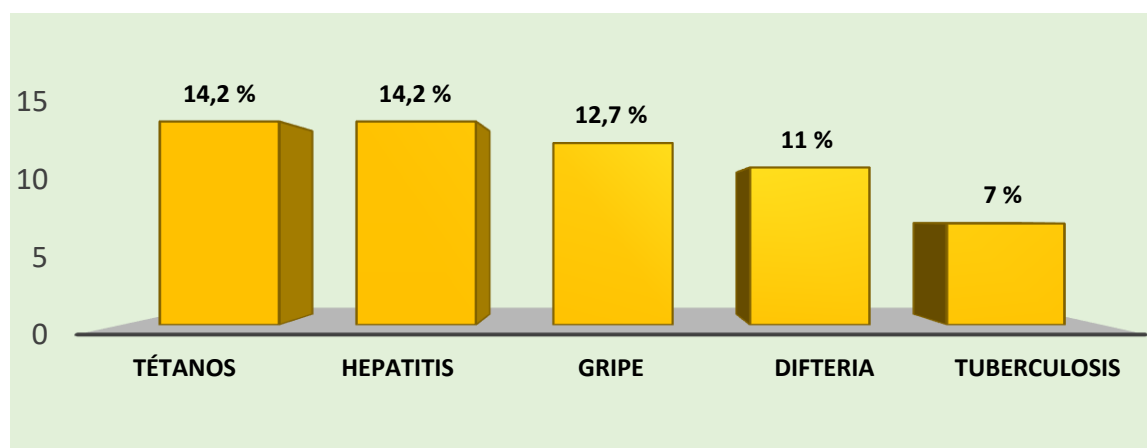
Tabla 22. Adquisición de los medicamentos consumidos por la población china encuestada.

n(%)	Recetados	Naturales (no recetados)
Catarro, gripe, garganta (excepto ATB).	21 (16,7)	13 (10,4)
Dolor/fiebre	17 (13,4)	10 (8)
Reconstituyentes	3 (2,4)	10 (8)
Antibióticos (ATB)	6 (4,7)	1 (0,8)
Alergia	11 (8,5)	0
Tensión arterial	3 (2,3)	1 (0,8)
Alteraciones digestivas	3 (2,3)	1 (0,8)
Anticonceptivos	4 (3,1)	0
Sustitutivos hormonales	3 (2,3)	0

1.2.8. Prácticas preventivas

Las conductas preventivas relacionadas con la vacunación ofrecen como datos que más del 80% de los/as encuestados/as no se han administrado ninguna vacuna en los últimos 10 años o no recuerdan haberlo hecho. Entre las principales vacunas recibidas destacan la antitetánica y la vacuna frente al virus de la hepatitis, sin existir diferencias significativas en cuanto al sexo (Gráfico 19):

Gráfico 19. Vacunas administradas a la población china encuestada en los últimos 10 años.



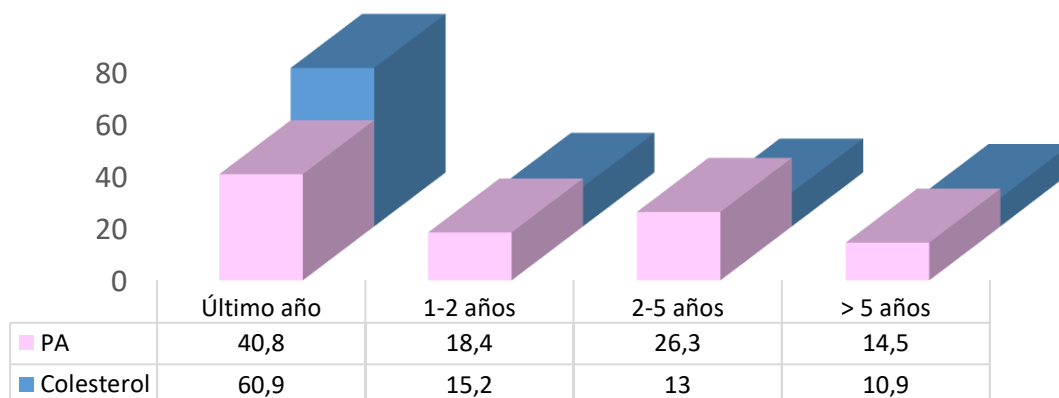
Entre las personas que afirman haberse administrado alguna de estas vacunas, la tasa de respuesta sobre la indicación de cada una de ellas ha sido del 50% o ligeramente superior. Para la vacuna de tétanos/difteria, la indicación principal procede de algún/a profesional sanitario (73% y 89%). En cambio, la vacuna antihepatitis, antigripal o antituberculosis ha

sido indicada principalmente por la empresa o centro de estudios (55,6%, 50% y 60% respectivamente). Solo en el caso de la vacuna contra la gripe, un 12,5% de los/as encuestados/as la solicitó personalmente.

Analizando la edad en relación con la administración de vacunas, se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto de la vacuna del tétanos ($U=582,5$; $p=.006$), siendo la edad media de las personas que más participan de esta práctica preventiva de 26,11 años (D.E 6,75) y de 31,4 años (D.E 7,6) la de las personas con menor participación. Lo mismo ocurre con la vacuna contra la hepatitis ($U=586$; $p=.006$). También son los/as más jóvenes quienes se las administran en mayor proporción, teniendo una media de 26,1 años (D.E 6,3), mientras que quienes menos hacen uso de la misma presentan una edad media de 31,4 años (D.E 7,6) . Para la vacuna de la gripe, también son evidentes las diferencias significativas ($U=586,5$; $p=.031$), siendo las personas con una media de 26,9 años (D.E 7,9) quienes en mayor medida se la administran, mientras que la menor adhesión a esta práctica es protagonizada por personas con 31,25 años de media (D.E 7,5). Esto en cambio no ocurre para el caso de las vacunas contra la difteria ($p=.053$) o la tuberculosis ($p=.055$).

Otras prácticas de control, son las relacionadas con la salud cardiovascular. Dichos controles han sido llevados a cabo alguna vez en la vida por el 68,8%, para el caso de la medición de la presión arterial y el 39,8% para la medición de los niveles de colesterol en sangre, sin evidenciarse diferencias significativas en función del sexo. A continuación se detalla el porcentaje de personas que realizaron estos procedimientos, distribuidas según el tiempo acontecido desde la última vez que los llevaron a cabo (Gráfico 20):

Gráfico 20. Prácticas preventivas de salud cardiovascular en la población china encuestada.



En función de la edad no existen diferencias significativas para la medición de los niveles de colesterol en sangre, pero sí para el caso de la presión arterial ($U=1338,5$; $p=.03$), siendo superior la edad media de las personas sometidas a estos controles de tensión ($\bar{X}=31,3$; $DE=7,4$) en relación con los que no se la midieron ($\bar{X}=28,3$; $DE=7,7$).

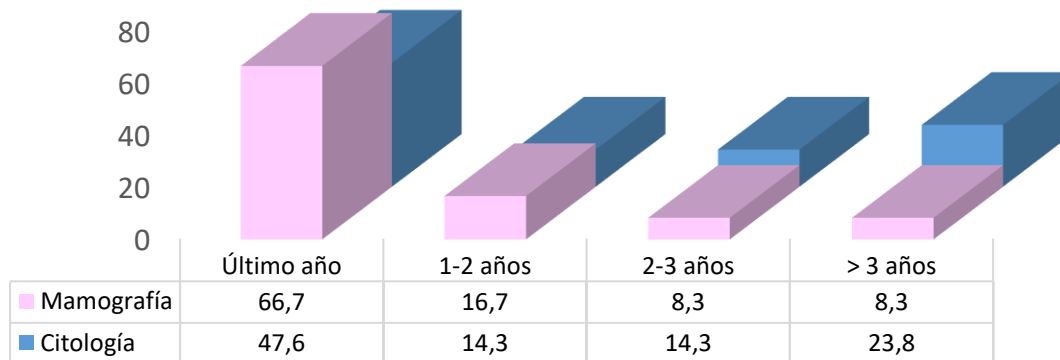
En el caso de la mujer, existen determinadas prácticas que suponen actividades de prevención de problemas de salud ginecológica. Se detecta que el 62,5% de las mujeres ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología, habiéndose producido en la mayoría de los casos la visita en el último año (43,2%). El 31,8% lo ha hecho hace más de 1 año, mientras que un 25% declara no haber acudido nunca. Se detecta que las mujeres de mayor edad son más habituales de este tipo de prevención ($U=305$; $p<.001$), pero no aparecen diferencias significativas en cuanto al momento en el que se las hicieron.

Destacar que un 31,1% afirma haber acudido a la última consulta por cuestiones relacionadas con el embarazo o parto en sus diferentes etapas. Le sigue el 26,7% de mujeres que acudieron por problemas ginecológicos, un 24,4% para temas relacionados con orientación o planificación familiar y un 17,8% para revisión periódica.

Entre las pruebas preventivas de screening llevadas a cabo para con la mujer, se especifican la mamografía o la citología. En ambas, se establecen diferencias significativas en función de la edad; son las mujeres de mayor edad las que se han sometido principalmente a estos procedimientos de mamografía ($U=187,5$; $p=.003$) y citología ($U=372,5$; $p=.007$). La mayoría de las mujeres de origen chino de este estudio no se han realizado ninguna de estas técnicas en su vida (86,3% y 73,8% respectivamente).

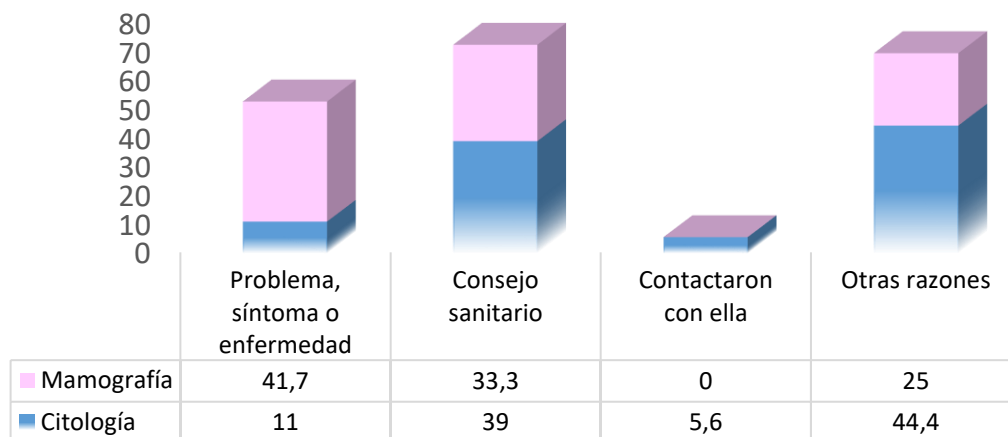
A continuación se refleja que el mayor porcentaje de mujeres que se han realizado algunos de estos procedimientos, lo ha hecho en el último año (Gráfico 21).

Gráfico 21. Prácticas preventivas de salud ginecológica en mujeres chinas encuestadas.



Los principales motivos por los que decidieron someterse a estas prácticas de screening se relacionaban con problemas, síntomas o enfermedades establecidas en el caso de la mamografía y otros motivos no especificados en el caso de la citología (Gráfico 22).

Gráfico 22. Motivos para la realización de prácticas preventivas ginecológicas en las mujeres chinas encuestadas.



1.2.9. Prácticas Sexuales

De las 114 personas que respondieron cuestiones relacionadas con la sexualidad, el 79,8% manifestó haber mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Pero tan solo 89 de estas personas respondieron a la cuestión que indagaba sobre la/s persona/s con las que las

habían mantenido. En este sentido, el 100% respondió haberlo hecho con personas del sexo opuesto al suyo propio. Para las prácticas sexuales, existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2(1)=12$; $p=.001$; $OR=9,8$), siendo 9,8 veces más probable que los hombres hayan mantenido relaciones sexuales con respecto a las mujeres. Tan solo dos hombres manifestaron no mantener relaciones sexuales frente a 21 mujeres. Otro factor que también condiciona dichas relaciones es la edad ($U=115,5$; $p<.001$), donde la edad de las personas que mantuvieron relaciones sexuales en el último año fue superior ($\bar{X}=33$; $DE=7$) a la de las que no la mantuvieron ($\bar{X}=21,6$; $DE=2,5$).

También el estado civil condiciona y se asocia al mantenimiento de relaciones sexuales ($\chi^2(1)=57$; $p<.001$), siendo éstas mantenidas principalmente por personas casadas o con pareja. No solo no existe ninguna persona casada que no haya mantenido relaciones sexuales, sino que por cada 5 personas casadas que las mantiene se evidencia 1 persona soltera.

Analizando el uso de métodos anticonceptivos se observa que el más empleado es el preservativo, donde el 35% de los/as encuestados/as refirió utilizarlo siempre y el 28% nunca. Le sigue la marcha atrás, utilizada como forma de anticoncepción en algunas ocasiones o siempre por el 29% (Tabla 23). Para el resto de medidas adoptadas la frecuencia de uso es inferior, siendo el menos empleado la píldora postcoital (2,3%).

Tabla 23. Métodos anticonceptivos y/o de prevención de ITS empleados por la población china encuestada.

n(%)	Nunca	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Marcha atrás	61 (71)	16 (18,6)	7 (8,1)	2 (2,3)
Preservativo masculino	24 (28)	18 (21)	14 (16,3)	30 (35)
Preservativo femenino	85 (98,8)	1 (1,2)	0	0
DIU	80 (94,1)	1 (1,2)	1 (1,2)	3 (3,5)
Anticonceptivos orales	77 (89,5)	2 (2,3)	1 (1,2)	6 (7)
Anillo vaginal	78 (90,7)	1 (1,2)	3 (3,5)	4 (4,7)
Píldora postcoital	84 (97,7)	2 (2,3)	0	0

Buscando diferencias estadísticamente significativas en el empleo de estos métodos, se obtiene que estas aparecen para con el preservativo ($\chi^2(3)=9,43$; $p=.024$), siendo los hombres quienes hacen menos uso del mismo. Al dicotomizar la variable en nunca usado o alguna vez, se obtiene una relación estadísticamente significativa ($\chi^2(1)=5,56$; $p=.018$); por cada mujer que no lo usa nunca hay 3 hombres. El empleo de este método de barrera también viene

condicionado por el factor edad ($U=508$; $p=.023$). Las personas que nunca lo utilizaron son mayores y conforme aumenta la frecuencia de uso, la población es más joven. La media de los que nunca utilizaron preservativo es de 35,4 años ($DE=7$) frente a los 30,5 años ($DE=6$) de quienes lo utilizaban siempre.

Para cuestiones relacionadas con el padecimiento de alguna ITS, se obtiene una tasa de respuesta del 82,7%, siendo la contestación negativa para el 100%. De las 115 personas que respondieron a la pregunta “¿se ha hecho usted alguna vez la prueba del VIH?”, solo el 3,5% afirmó habérsela realizado (2 hombres y 2 mujeres), teniendo lugar para dos de estas personas hace más de 5 años. El principal motivo de realización de la prueba fue por consejo médico (50%), llevándose a cabo en el propio centro de salud y llegando en todos los casos a conocer los resultados de la misma.

1.3.Prevalencia de problemas de salud

1.3.1. Estado de salud percibido y calidad de vida

Una de las formas de valoración de la salud es a través de la expresión subjetiva de la persona. En este sentido, el 56,8% de los/as encuestados/as refieren una buena (29,5%) o muy buena salud (27,3%) en los últimos doce meses. El 35,6% manifestó un estado de salud “regular”. Por otro lado, el 6,8% determinó una mala salud y el 0,8% muy mala salud. A pesar de no evidenciarse diferencias significativas en función del sexo o la edad, si se producen para la variable relacionada con el tiempo de residencia en España y Sevilla. Al dicotomizar la percepción de la salud en buena/muy buena y regular/mala, se obtiene que las personas con mejor autopercepción de la salud son aquellas que llevan más tiempo residiendo en España ($U=1642,5$; $p=.03$) y Sevilla ($U=1658,5$; $p=.036$). Quienes percibieron su salud como buena o muy buena llevaban en España una media de 12,2 años ($DE=5,9$) y 9,8 años en Sevilla ($DE=5,7$), frente a los 10 años en España ($DE=5,2$) y 8 años en Sevilla ($DE=4,9$) de quienes la percibieron como regular o mala.

Cuando se preguntó sobre el estado de salud en el día de realización de la encuesta (en base a

una escala numerada del 0 al 100), se obtuvo una media de 77,14 puntos (DE=15,7), siendo la puntuación mínima de 35 puntos y sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas entre hombres ($\bar{X}=77,2$; DE=16,6) y mujeres ($\bar{X}=77$; DE=15).

La salud percibida también se relaciona con el nivel de limitación de las actividades habituales sufridas por una persona. De esta forma, el 70% de los/as encuestados/as refieren no haber tenido ninguna limitación de dichas actividades por motivos de salud en los últimos 12 meses. El 27,8% manifestó una cierta limitación sin gravedad y menos del 1% refirió una limitación grave en este período. Para esta variable, no se muestran diferencias significativas en función del sexo, la edad o el tiempo de permanencia en España o Sevilla, pero si para con la autopercepción de la salud. Con la recodificación anteriormente mencionada, se observa que la limitación de la actividad se asocia directamente con una mala percepción de la salud ($\chi^2(1)=7,3$; $p=.007$; OR=2,9), siendo 3 veces más probable que una persona afirme que su nivel de actividad se ha visto limitado si su salud percibida es regular o mala.

De las personas que respondieron haber tenido alguna limitación y sin que existan diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, la edad o el período de residencia en el lugar de destino, el 60% lo atribuyó a causas físicas de forma habitual y en los últimos seis meses el 66%. Las limitaciones de carácter psíquico tuvieron una proporción de respuesta de 11,4% y 21,2% respectivamente. No obstante, otro porcentaje es el correspondiente a la opción de respuesta que incluye ambos factores, tanto físicos como mentales (28,6% y 12,1% respectivamente) para dar explicación a las limitaciones de las actividades habituales.

1.3.2. Patologías o problemas de salud

En la Tabla 24 se presentan las patologías más prevalentes en la muestra de este estudio, de manera global, al no haberse evidenciado diferencias significativas en cuanto al sexo. Cabe señalar la mayor incidencia de problemas osteomusculares y alergias. A pesar de todo ello, el 96,2% de encuestados/as no ha tenido en los últimos doce meses ninguna dolencia, enfermedad o problemas de salud que le haya limitado su actividad habitual durante 10 días seguidos. Para esta cuestión no se evidencian diferencias significativas en función del sexo, la edad o el tiempo de permanencia en el país de destino.

Tabla 24. Prevalencia de los problemas de salud más frecuentes en la población china encuestada.

Problema de salud	Prevalencia n(%)	Problema de salud	Prevalencia n(%)
Hipertensión arterial y otras enfermedades cardíacas	6 (4,6)	Hemorroides	2 (1,5)
Hipercolesterolemia	4 (3,1)	Estreñimiento	4 (3)
Varices	1 (0,8)	Problemas gástricos	7 (5,3)
Artrosis, artritis o reumatismo	4 (3)	Patología hepática	2 (1,5)
Dolores en la columna cervical	23 (17,3)	Problemas dermatológicos	10 (7,5)
Dolores en la columna lumbar	15 (11,3)	Problemas tiroideos	5 (3,8)
Alergia	34 (25,6)	Ansiedad	1 (0,8)
Asma	1 (0,8)	Cefaleas o migrañas	8 (6,1)
Problemas respiratorios	4 (3)		

Cuando se pregunta por las restricciones de las actividades habituales en la vida cotidiana durante las últimas dos semanas, el 12,8% afirma haberlas tenido que limitar una media de 3,42 días (DE=4,66). Sin embargo, cuando esta limitación implica quedarse en la cama al menos la mitad de este día, la cifra desciende al 3,8% (5 personas), con una media de 7,25 días (DE=8,38). Para las actividades de tiempo libre, estas restricciones se han dado en las últimas semanas en el 9% de los/as encuestados/as afectando a una media de 3,29 días (DE=5,31). Aun no observándose diferencias significativas según el sexo en ninguno de los casos, el número total de mujeres siempre ha sido superior al de hombres en relación a estas cuestiones.

Otros dolores o síntomas experimentados y que han afectado a la ejecución normal de la actividad habitual se exponen en la Tabla 25.

Tabla 25. Prevalencia de dolores o síntomas padecidos por la población china encuestada en las últimas 2 semanas.

Dolor o síntoma	Prevalencia n(%)	Dolor o síntoma	Prevalencia n(%)
Dolor óseo	22 (16,7)	Problemas urinarios	2 (1,5)
Nervios, depresión, dificultad para dormir	10 (7,6)	Problemas gástricos	8 (6,1)
Garganta, catarro, tos	32 (24,2)	Fiebre	11 (8,3)
Contusiones y heridas	3 (2,3)	Problemas dentales	10 (7,6)
Dolor oídos	2 (1,5)	Mareos	3 (2,3)
Problemas intestinales	12 (9,1)	Tobillos hinchados	1 (0,8)
Problemas de la piel	5 (3,8)	Cansancio	6 (4,5)
Cefaleas	16 (12,1)		

La relación entre la presencia de determinados síntomas o problemas de salud y la necesidad de restringir las actividades cotidianas se evidencia con diferencias significativas entre diferentes dimensiones (Tabla 26). Es más probable que las restricciones leves y en el tiempo libre sin necesidad de encamamiento se deban a cefaleas o dolores, mientras que las que conllevan permanecer en cama suelen asociarse con mayor probabilidad a síntomas febriles.

Tabla 26. Restricciones de la actividad cotidiana en la población china encuestada según dolores o síntomas padecidos.

Restricción	Síntomas o Problemas	Estimación de Riesgo
Restricción actividad durante al menos la mitad de un día	Dolor óseo	OR: 4,7; IC 95% [1,5-14]
	Garganta, catarro, tos	OR: 4,5; IC 95% [1,5-12,3]
	Cefaleas	OR: 5,7; IC 95% [1,7-18,8]
	Problemas gástricos	OR: 4,7; IC 95% [1-21,9]
Restricción la mitad de un día en la cama	Cefaleas	OR: 13; IC 95% [2-85,4]
	Fiebre	OR: 68; IC 95% [6,7-692]
Restricción en el tiempo libre	Cefaleas	OR: 5,2; IC 95% [1,3-20,3]

1.3.3. Accidentabilidad

El 88,7% de las personas de origen chino manifestó no haber sufrido ningún tipo de accidente en los últimos 12 meses, incluyendo agresiones, golpes, intoxicaciones, quemaduras, etc. En relación con la siniestralidad padecida por el otro 11,3% (15 personas), los principales lugares donde estos tuvieron lugar fueron la calle o carretera (28,6%) -sin ser accidente de tráfico-, en la vivienda o el entorno (21,4%), accidentes de tráfico (21,4%), y en menor proporción en el lugar de trabajo (14,3%) o en zonas de actividad deportiva (14,3%). Entre las personas que sufrieron algún tipo de accidente, fue necesario realizar alguna consulta médica (28,6%) o acudir a un centro de urgencias (28,6%). Sin embargo, otro 35,7% refirió no haber requerido ninguna consulta o asistencia de profesionales sanitarios/as. Solo una persona manifestó haber tenido que ingresar en el hospital.

Volviendo a las personas accidentadas, el 53,3% sufrieron contusiones, hematomas o esguinces, mientras que el 20% no tuvo ningún daño.

En función del sexo, no se detectan diferencias significativas para estas cuestiones, ni

tampoco supone la accidentabilidad un elemento que genere un detrimento en el estado de salud percibido. A pesar de que la media de edad de quienes sufrieron algún accidente era inferior a la de los que no lo padecieron (28,8; DE=6,4 frente a 30,9; DE=7,7), no existen diferencias estadísticamente significativas.

1.3.4. Salud mental

Para indagar sobre el estado mental de la población de origen chino, se les preguntó cómo se habían sentido en las últimas semanas.

Los resultados no arrojan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, tampoco en función de la edad o el régimen de trabajo de los/as encuestados/as. Los aspectos que redundan en beneficios para la salud mental se caracterizan por un amplio porcentaje de personas que han marcado dichas opciones (Tabla 27). En este sentido, unificando las categorías “mucho/bastante/algo” y “poco/nada”, se observa que el 95,2% ha podido concentrarse correctamente en sus actividades rutinarias, el 81,1% siente que cumple un papel útil en la vida, el 91,3% se siente capaz de tomar decisiones, el 75,4% disfruta de las actividades diarias, el 95% afronta adecuadamente los problemas y en definitiva, el 92,1% en general, se siente feliz considerando todas las circunstancias de su vida en las últimas semanas.

Para aquellos ítems relacionados con aspectos negativos que podrían deteriorar el estado psíquico de las personas, los resultados muestran que el 54,2% tiene poca o ninguna dificultad para dormir a causa de sus preocupaciones. No obstante, se observa que el 31,8% manifiestan haber tenido alguna pérdida de sueño por este motivo. El agobio o la tensión constantes son mayoritarios en las vidas de este grupo poblacional (71,4%). Aunque los sentimientos depresivos aparecen en mayor porcentaje catalogados como “algo”, la unificación de las categorías da lugar a que el 55,1% los consideren poco o nada presentes en sus vidas. Por otro lado, la pérdida de confianza en sí mismo/a o sentimientos de inutilidad aparecen en menor porcentaje, estando presentes para el 28,4% y 21,4% respectivamente.

Tabla 27. Estado de salud mental de la población china encuestada.

n(%)	Mucho	Bastante	Algo	Poco	Nada
Concentración.	34 (27)	56 (44,4)	30 (23,8)	6 (4,8)	0
Pérdida del sueño por preocupaciones.	8 (6,2)	10 (7,8)	41 (31,8)	39 (30,2)	31 (24)
Desempeña un papel útil en la vida	27 (22,1)	33 (27)	39 (32)	10 (8,2)	13 (10,7)
Capacidad de tomar decisiones.	40 (31,5)	46 (36,2)	30 (23,6)	9 (7,1)	2 (1,6)
Agobio o tensión constante.	15 (11,9)	30 (23,8)	45 (35,7)	19 (15,1)	17 (13,5)
¿No puede superar las dificultades?	6 (4,7)	8 (6,3)	46 (36,2)	41 (32,3)	26 (20,5)
Disfruta de las actividades diarias.	21 (16,7)	25 (19,8)	49 (38,9)	26 (20,6)	5 (4)
Afronta adecuadamente los problemas.	22 (17,5)	47 (37,3)	50 (39,7)	2 (1,6)	5 (4)
Poco feliz o deprimido.	6 (4,7)	9 (7,1)	42 (33,1)	39 (30,7)	31 (24,4)
Pérdida de confianza en sí mismo.	3 (2,4)	7 (5,5)	26 (20,5)	45 (35,4)	46 (36,2)
Piensa que no vale para nada.	3 (2,4)	4 (3,2)	20 (15,9)	35 (27,8)	64 (50,8)
¿Se siente feliz?	28 (22,2)	50 (39,7)	38 (30,2)	10 (7,9)	0

1.3.5. Apoyo emocional

A la hora de valorar el apoyo afectivo (Tabla 28), tan solo se evidencian diferencias significativas entre hombres y mujeres al referir las posibilidades de salir con otras personas que tiene el/la participante ($p < .01$). De esta forma, los hombres refieren recibir tantas o más invitaciones para salir de lo que desean (58%) en relación al 55% de las mujeres.

Tabla 28. Apoyo afectivo recibido por la población china encuestada.

n(%)	Tanto o más de lo que desea.	Bastante pero menos de lo que desea.	Menos de lo que desea o nada.
Recibe invitaciones.	73 (56,2)	16 (12,3)	41 (31,5)
Recibe cariño y afecto.	89 (68,5)	19 (14,6)	21 (16,2)
Habla de sus problemas.	78 (60,5)	13 (10,1)	38 (29,5)
Cuenta con personas que se preocupan por él/ella.	92 (70,2)	19 (14,5)	20 (15,3)
Recibe consejos útiles.	78 (60)	18 (13,8)	34 (26,2)
Recibe ayuda cuando está enfermo/a.	96 (76,8)	13 (10,4)	16 (12,8)

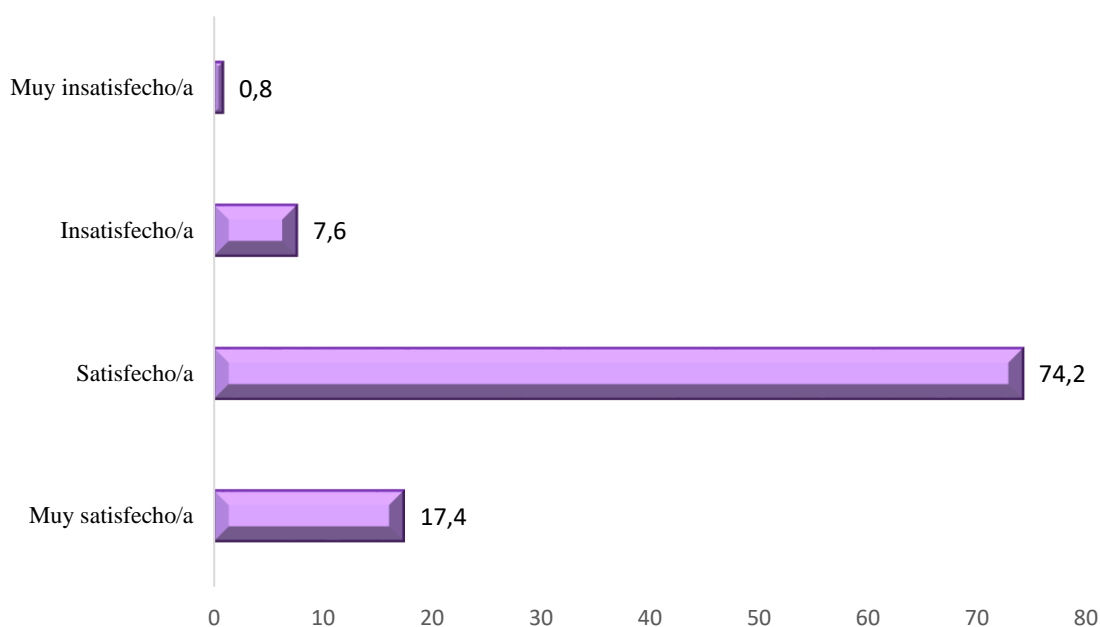
No solo se plantea la cantidad de apoyo percibido, sino también la fuente de la que procede (Tabla 29). En este sentido, destaca la familia como principal fuente de apoyo, seguida de los/as amigos/as y la pareja, sin evidenciar diferencias significativas según sexo.

Tabla 29. Fuente de apoyo afectivo recibido por la población china encuestada.

n(%)	Tanto o más de lo que desea.	Bastante pero menos de lo que desea.	Menos de lo que desea o nada.
Familia	88 (74,6)	10 (8,5)	20 (16,9)
Pareja	75 (64,7)	6 (5,2)	35 (30,2)
Amigos/as	75 (65,8)	22 (19,3)	17 (14,9)

En términos generales, la población encuestada (sin diferencias significativas según sexo, edad o actividad económica), muestra satisfacción con su vida (Gráfico 23).

Gráfico 23. Satisfacción con la vida de la población china encuestada.



Teniendo en cuenta la relación que puede existir entre la satisfacción con la vida y el apoyo afectivo recibido, se observan diferencias significativas entre éste y otros ítems: recepción de invitaciones ($\chi^2(2)=7,16$; $p=.028$) y de cariño y afecto ($\chi^2(2)=15,3$; $p=.000$); posibilidad de hablar con alguien de problemas ($\chi^2(2)=13,8$; $p=.001$) y contar con personas que se preocupan por él/ella ($\chi^2(2)=20,2$; $p=.000$), destacando las personas que están tanto o más satisfechas con su vida.

2. Descripción cualitativa de los resultados

Para la interpretación de los datos cualitativos se tuvo en cuenta el informe de resultados procedentes de las entrevistas y el diario de campo de la doctoranda, analizando las diferentes categorías y subcategorías establecidas. Los fragmentos de los discursos representados con la letra “E” indican que se trata de una persona entrevistada como agente clave. Con la “C” seguida de una numeración, se hace mención al número de cuestionario referente a la persona de origen chino encuestada con la que se mantiene conversaciones informales, como se especificó en el apartado metodológico.

2.1. Proceso Migratorio

2.1.1. Perfil socio-demográfico

Como medio para cumplir con uno de los objetivos planteados, se recogen las características de la población que emigra de China, la franja de edad de inicio de estas migraciones, lugar de procedencia, etc. Los discursos analizados muestran como el proceso migratorio es principalmente de tipo nuclear (familiar), siendo personas procedentes de zonas geográficas rurales de China (Zhejiang) y con un nivel educativo bajo, quienes protagonizan la emigración hacia España y Sevilla:

(E1) “La mayoría son familias que empezaron a venir hace mucho tiempo y se han ido trayendo al resto de familiares (...). Muchos de ellos vienen desde niños o cuando son adolescentes (...). Normalmente la mayoría de los chinos que hay aquí tienen un nivel cultural muy bajo. Como mucho han obtenido estudios primarios y ya se han venido a España (...) y desde el primer día que llegan aquí empiezan a trabajar”.

(E2) “La migración suele ser por vínculos familiares, aunque no directos, pero a lo mejor de algún pariente cercano (...). Son familias que normalmente siempre migra el varón, después una vez que está instalado, hacen lo que es la reagrupación familiar (...). La edad media aproximada en la que se inician son los 30 años. Suelen provenir de zonas rurales y el nivel cultural suele ser bastante bajo. Es una región bastante cerrada (...) incluso para el resto de la sociedad china (...), la mayoría es de una región comercial, de fábricas y de exportación (...). Generalmente, los que vienen al principio ya suelen estar casados, después hay una nueva oleada de gente un poco más joven que no tiene todavía ninguna relación oficial”.

(E3) “La edad normalmente son alrededor de 30-40 años, ya con su familia hecha en China. Normalmente se viene primero el marido, comienza a trabajar y cuando ya tiene cierto dinero, entonces ya trae a su familiar, su mujer, su niño (...). Normalmente los que vienen aquí son nivel medio-bajo de educación. Los de nivel alto ya no tienen intención de salir”.

(E4) “Yo creo que mayoritariamente son hombres jóvenes, te hablo de gente entre 20-30 años quizás y muchos vienen solos y después traen a la familia y otros vienen ya con familiares directamente o porque lo recomiendan los amigos (...). El nivel de estudios de media no es muy alto”.

(E5) “El perfil que emigra a España es el mismo, da igual que sea Sevilla, e incluso en Europa (...), les llaman los judíos chinos³¹ (...). Empezaron a venir los primeros familiares, les va muy bien (...) llevaban 2-3 años como empleado y en 3 o 4 años montabas tu negocio y ganabas dinero”.

(E7) “Es una zona rural pero hay poco campo para cultivar (hace referencia a la provincia de Zhejiang), entonces la gente como no tiene nada para vivir, entonces salen a otro sitio (...). Esta gente viene con poco estudio (...). Primero los padres, y cuando pueden tener la vida para sus hijos, los traen”.

No obstante, en los últimos años también se está combinando este tipo de perfil con otro distinto, conformado por personas más jóvenes, muchos/as de ellos/as estudiantes o grandes empresarios/as con niveles educativos superiores:

(E1) “Luego también hay un segundo perfil, el del grupo de personas que vienen aquí a estudiar (...) cada vez hay más, están creciendo, pero no es el grueso. Esos están aquí durante unos años, hacen un máster, un grado o lo que sea y luego se vuelven a China, entonces es algo más temporal. Y las motivaciones son diferentes y las condiciones de vida y el nivel cultural”.

(E5) “Desde hace unos 8 años aproximadamente, sí que se han empezado a quedar aquí gente que han venido de estudio y luego se han quedado a trabajar (...). Ya es otro perfil distinto, más cualificado. Y está empezando a pasar otra cosa y es que llegan inversores, empresas muy potentes de Shanghai, de Pekin (...) les está gustando España y se quedan aquí”.

2.1.2. Motivos/expectativas de la migración

A grandes rasgos, los motivos por los que una persona decide emigrar pueden estar determinados por una situación forzada o por voluntad propia. En el caso de la población china, predomina la voluntariedad de la migración hacia España y Sevilla, siendo los motivos más específicos –ganar dinero para mejorar las condiciones de vida- compartidos por todas las personas informantes:

(E1) “La mentalidad del perfil característico del chino que hay aquí es ganar dinero, ahorrar

³¹ Esta clasificación se relaciona analógicamente con los gitanos en España (Moraga, 2015).

todo lo que pueda, para en el futuro poder irse a China y disfrutar holgadamente su vejez”.

(E2) “La idea es jubilarse y volverse a China (...) con una cierta tranquilidad económica. Pero realmente por experiencia de mis padres y su entorno, al final nadie se ha ido”.

(E3) “Ganar la vida es lo que quieren porque en China hay muy poco trabajo para mucha población (...). Cuando ganas dinero aquí, la conversión de euros a China tu sientes que es más barato, pero si la gente vive en China, ganando en China, allí la calidad de vida son más caras”.

(E4) “La motivación es como cualquier persona que emigra de su país, es buscarse un futuro mejor, simplemente. Viven mucho para el trabajo y para ganar dinero e incluso a veces para ostentar entre ellos. Esa es la meta de un alto tanto por ciento de los chinos, ganar dinero y hacerse rico (...). Yo sé de gente que hace dinero aquí y se vuelven allí y viven tranquilamente cuando son mayores. Aunque va cambiando mucho la cosa (...) tus hijos que han nacido aquí ya no se van a querer mover”.

(E5) En general su motivo es económico, no es otro. Por dinero lo hacen todo (...). En la cultura china cuando eres joven lo que tienes que hacer es ganar dinero para luego crear una familia y ya cuando seas más mayor, te retirarás y disfrutarás más de la vida.

2.1.3. Residencia en Sevilla

Algunas características esenciales de su estancia en Sevilla es el lugar donde residen, así como las condiciones idóneas para habitar una vivienda. En general, son preferibles para vivir los barrios o distritos donde se encuentran sus negocios.

(E5) “Una característica fundamental es que les gusta que esté al lado de su trabajo (...) comodidad, no tener que coger coche; eso es fundamental”.

(E1) “Intentan vivir cerca del trabajo, si no en el mismo trabajo. Yo tengo amigos que tienen negocios (...) gente que tiene un chalé y se quedan a dormir en la tienda. Viven durante la semana en la tienda y a lo mejor el fin de semana van un día a su casa (...). Hay muchos negocios para chinos y creo que viviendo también hay muchos por Gran Plaza, Ciudad Jardín, Cerro-Amate, cerca de los polígonos y demás”.

(E2) “Por zonas, los primeros años (...) normalmente se concentran en la zona de Amate y cuando prosperan un poco y ya trabajan por cuenta propia, ya más en la zona de Sevilla Este. Incluso en la zona de Sevilla Este hay como dos zonas diferenciadas”.

Tanto desde las entrevistas como desde la observación plasmada en notas del diario de campo, se evidencia diversidad en cuanto al tipo de viviendas ocupadas y las formas de habitarla. Existe un perfil de personas, normalmente familias, que residen en una vivienda de forma nuclear. Si bien, también se percibe la modalidad de piso compartido, principalmente cuando

las personas son empleadas en algún negocio y el/la empresario/a o dueño/a pone la vivienda a disposición de sus trabajadores/as (C-101: uno de los ejemplos observados es la vivienda situada arriba de un karaoke, habitada por toda la familia y dos personas empleadas en el local). Por otro lado, es común que el tiempo de permanencia en la vivienda sea limitado y en ocasiones, varios miembros de la familia se encuentren en el centro de trabajo, incluido los/as niños/as.

(E1) “Cuando trabajan por cuenta ajena pueden estar juntos 8 o 10 en un piso, a veces incluso 2-3 en una misma habitación (...), así les sale más barato, ahorran mucho para que algún día puedan montarse su propia tienda o restaurante y no tengan que estar trabajando para otros. Si tienen familia y su propio negocio, quizás en ese sentido buscan un poco de intimidad, pero tampoco es raro que vengan familiares y se tiren meses viviendo con ellos”.

(E2) “Un trabajador chino no concebiría comprarse una vivienda siendo todavía un trabajador por cuenta ajena. Los primeros meses residen en viviendas acogidos por los conocidos o familiares o incluso muchas veces (...) es común que el empresario tenga otras viviendas que en la oferta de trabajo se incluya la residencia (...). Cuando viene el resto de la familia se independizan”.

(E3) “El dueño además de ofrecer trabajo, también ofrece viviendas, la mayoría. Si son familiares se queda la familia en la habitación. Si son solteros, normalmente son habitaciones de dos personas, dos chicos o dos chicas, no se mezclan. Y pasan poco tiempo, solo vuelven para dormir o para comer”.

(E4) “La gente que es soltera, sé que comparte piso. Pero después hay familias normales que tendrán su casa. En el caso mío mi padre tenía un restaurante, entonces la cocina del restaurante era el salón de mi casa. A mi casa íbamos a dormir (...). Si tú vas a una tienda de 1 euro, si tienen niños, muchas veces te lo encuentras por allí. Eso afecta mucho a la organización familiar”.

(E6) “Mis padres tienen dos casas y en una de ellas, un empleado vive allí con el amigo de mi padre”.

(E5) “Los pisos buenos los compran los jefes. Un trabajador nunca va a comprar un piso (...). Lo que se da mucho en la comunidad china, cuando el dueño tiene un negocio y muchos trabajadores, alquila un piso para los empleados (...). A ellos no les importa vivir con otras personas (...) si tienen que compartir, comparten, y si viene la madre de uno o la suegra, etc., lo mezclan todo”.

Estas ocupaciones intermitentes de las viviendas también se recogen en el diario de campo, al entablar conversaciones informales con algunas de las personas participantes. En un caso (C-72) hacen referencia al número de personas que viven juntas (un total de 7), recibiendo también durante un período corto de tiempo (1 mes aproximadamente) a su primo. Éste viene de otra ciudad a ayudarles y luego se va. Otro caso (C-30) es el de una vivienda ocupada por padre e hijo a la cual regresa en ocasiones la madre/esposa, ya que vive en otra ciudad. En otra ocasión un hombre comenta que aunque vive con su familia en un piso, a veces se quedan en el de sus padres (C-6).

2.1.4. Aculturación/ adaptación a una nueva cultura

Al preguntar a los/as entrevistados/as sobre los aspectos positivos o negativos derivados de la estancia de las personas chinas en Sevilla, coinciden en destacar como dificultoso o algo negativo las diferencias idiomáticas. Éstas son entendidas como elementos que dificultan el proceso de aculturación:

(E1) “Te podría decir que aspectos negativos en primer lugar yo veo la barrera idiomática; centrados en trabajar, no tienen unos intereses culturales o académicos y entonces se cierran mucho a la propia comunidad china (...). Les resulta muy difícil aprender nuestra lengua y por tanto entablar amistad y relacionarse con los españoles”.

(E4) “Es que el idioma es un problema muy grande; es una barrera importante de tu sentirte excluido en una sociedad”.

(E7) “Adaptarse eh...las dificultades de idioma (...). Les cuesta mucho aprender español. Yo llevo más de diez años dando clases de español a los chinos adultos y resulta que aunque están aquí pero que no hay mucha gente y no hay manera de aprenderlo bien”.

(E5) “La mayor dificultad siempre es el idioma (...). Una cosa negativa que yo veo al venir aquí es que pierden mucho su cultura. Los chinos son un grupo con un bagaje cultural muy fuerte, entonces les cuesta mucho trabajo a veces integrarse”.

Por otro lado, son más variados los aspectos identificados como positivos. Algunos señalan las condiciones medioambientales y las ventajas sociales, aunque también refieren no hacer mucho uso de ellas en cuanto que carecen de un buen conocimiento de las mismas, principalmente por las cuestiones idiomáticas ya mencionadas (E7).

(E2) “Los positivos, pues todas las ventajas sociales que tienen aquí (...), por ejemplo el acceso a una sanidad que ofrece muchos más servicios que los que hay en China (...) un poco también el nivel de vida y el tema del medio ambiente. China la mayor parte está muy contaminada, y eso es un valor al alza en los últimos años”.

(E3) “Positivos: hay menos gente (...), allí hay más polución y aquí aire es todo mucho mejor. Hay mejor trabajo (...) aquí se gana mejor y las condiciones de vida son mejores, entonces viene la gente con esa expectativa”.

(E4) “La calidad de vida será mucho mejor que la que tienen allí, no solo en el nivel de vida, sino de libertades incluso, aparte de la económica”.

Todos estos factores, tanto positivos como negativos, influyen en el proceso de aculturación o adaptación de la población china a este nuevo entorno. En general se hace referencia a la facilidad para adaptarse a los nuevos cambios, a pesar de que las diferencias culturales hagan que no todo sea concebido de la misma forma que la población autóctona:

(E1) *“Una de las cosas que más trabajo les cuesta es el tema de la alimentación; eso de que tengas que comer solo de un plato no lo llevan bien. Yo creo que tampoco quizás la manera de vivir de los españoles, de no dedicarse al trabajo, sino querer disfrutar de algunos aspectos de forma más relajada (...). Ellos también están con los amigos pero tienen un ritmo de vida más rápido y estresante”.*

(E3) *“Normalmente mis paisanos se adaptan fácil a los cambios. Lo que más cuesta, yo creo que la forma de hablar. Aquí hablan mucho más rápido que en cualquier otra ciudad, entonces a mí al principio me costó trabajo entender. Lo demás bien, yo me adapto fácil. Yo no noto ningún problema”.*

(E4) *“Yo creo que hay gente que se integra muy bien y otros como que pasan. Si tú no sabes el idioma pues te recluyes y te cuesta más (...), están trabajando en un ambiente en el cual utilizan el idioma lo mínimo y ni aprenden el idioma”.*

(E5) *“Ellos en general están bien aquí. La mayoría de los que llevan mucho tiempo ya les gusta y aunque se divierten mucho en China... aquí es como que están más tranquilos (...). En general les gusta mucho España, se adaptan a la comida”.*

(E6) *“Yo creo que en integrarse en la sociedad no se preocupan mucho. Y muchas veces son los propios clientes los que ayudan a los de las tiendas a integrarse, hablando, etc. Mis padres ya están acostumbrados a las fiestas y las costumbres de aquí. Echan de menos pero ya con el tiempo... tienen su familia aquí y yo creo que se adaptan bien”.*

2.1.5. Duelo o pérdidas

En la mayoría de los discursos se identifican sentimientos de pérdida por parte de la población china en relación a la cultura, la familia y en definitiva de su forma de vida:

(E1) *“Hay tantas cosas que son diferentes entre China y España (...), la forma de vida. Los chinos allí son muy extrovertidos, consumen mucho y hacen mucha vida fuera de casa. Entonces eso creo que es lo que más echan de menos, porque allí es normal comer fuera, cenar fuera y estar con amigos; hacerlo varias veces a la semana”.*

(E2) *“Yo creo que para cualquier emigrante, no solo para la cultura china. Dejan atrás prácticamente todo, aparte van hacia un país con unas costumbres totalmente distintas, empezando por el idioma hasta la gastronomía”.*

(E3) *“Lo he notado en mis padres (...), mis abuelos están en China y echan de menos a su madre y su padre. (...). Una vez que llegamos aquí, para volver a China de visita o viaje tardamos unos 5 o 6 años porque claro, los viajes son muy caros”.*

(E4) *“Mucha gente deja atrás mucho en el aspecto cultural. Por eso también se juntan mucho entre ellos, para comer, para las fiestas, los juegos también (...). Por ejemplo, la fiesta del nuevo año chino es la fiesta más importante para las personas chinas”.*

(E7) *“Sobre todo los primeros años, seguro que hemos dejado mucho. Sobre todo la familia, mis padres, mi hermana, y mis amigos...y venir aquí no conozco a nadie. Yo vengo del Norte, entonces yo*

no tenía ninguna familia aquí, era muy duro sentimentalmente, y además cuando vine no conocía el idioma (...). Yo hablo inglés pero nadie me contesta, entonces es duro”.

Una de las personas entrevistadas, hace referencia al intento de la población china por no perder sus costumbres principales y a que quizás los posibles sentimientos de pérdidas no sean tan notorios en tanto que son camuflados por su preocupación principal cuando deciden migrar: la mejora económica a través del trabajo.

(E5) “Están acostumbrados a viajar y luego si en su sitio montan restaurantes y tal (...) pérdidas no tienen (...) hay que entender que les gusta mucho su cultura. Tienen tradiciones muy distintas a las nuestras y eso hay que entenderlo y ellos no las quieren perder (...) pero luego su tema es económico”.

2.2.Red de apoyo y relaciones sociales

2.2.1. Red de apoyo inicial

Se identifica en los discursos, como en muchos casos la migración de personas de origen chino viene determinada por la experiencia de sus iguales. De ahí que intenten buscar una red de apoyo que haga de la migración y su adaptación al lugar de destino un proceso más cómodo y fácil. Para ello, se diferencia la forma de prestar apoyo al llegar a Sevilla para dar comienzo a otra forma de vida, de las normas y lazos sociales de unión generalizados entre toda la comunidad china. De esta forma todos/as los/as entrevistados/as coinciden en que la principal forma de apoyo a su llegada es económica, para insertarse laboralmente.

(E6) “Los primeros que salen son los que tienen más dificultad, ya después ayudan a los otros”.

(E1) “Principalmente sus propios familiares que ya están aquí. Entre ellos se prestan dinero, no piden hipotecas si pueden evitarlo, no piden préstamos (...) luego se van devolviendo sin ningún tipo de interés”.

(E2) “El apoyo fundamentalmente es económico (...), no suelen solicitar financiación externa, sino por parte de la familia, amigos y conocidos (...). Se hace sin ningún tipo de pretensión de beneficio (...). Es una sociedad en la que se tiene muy en cuenta el compromiso y el quedar bien (...), es la lealtad o el poner tu nombre en juego. Tener asegurado esa vía de financiación es bastante importante para que se decidan por emigrar y no solo eso, sino también trabajar por cuenta ajena y luego por cuenta propia que es el objetivo final”.

(E3) “Siempre son familiares (...). Ofrecen contrato de trabajo, viene y se trabaja en la tienda

de su hermano, de su tío, de su primo... y después cuando ya tienen sus condiciones se montan ellos ya su trabajo”.

(E4) “El que llega, siempre llega con un nexo, digamos, con un lazo (...). Se prestan dinero, se alojan en casa de uno, se dan trabajo”.

(E7) “La ayuda es... les puedes ofrecer el alojamiento, comida y luego les ayuda a buscar trabajo (...). No es suficiente cuando uno quiere montar su propio negocio, sus primos, sus hermanos, todos les ayudan”.

Como en la mayoría de las ocasiones la migración no se produce de manera simultánea entre todos los componentes de la unidad familiar, también cuentan con otra red de apoyo en el lugar de origen. Aunque la dinámica familiar pueda verse alterada durante un tiempo determinado, este tipo de apoyo no económico les permite una mejor adaptación para el fin por el que emigraron de China:

(E1) “Es común que los chinos que están trabajando aquí, a los hijos los manden a China. Entiendo que primero por cuestiones laborales (...) no tienen el tiempo ni las posibilidades para dedicarle a un recién nacido, entonces es común que los manden con los abuelos y que los cuiden durante unos años u otros familiares. Cuando son niños pero ya no necesitan tantas atenciones, se los vuelven a traer a España o cuando ya son adolescentes”.

(E5) “Hay quien manda a los niños a China para tener ellos más tiempo para trabajar y ganar dinero y también para que estudien el chino. Es normal que el niño este con los abuelos 4-5 años”.

(E6) “A veces los hijos los dejan unos años más en China (...) se los dejan a los abuelos y cuando crezcan un poquito los traen (...), seguramente por la falta de tiempo para criar a los hijos.

(E7) Hay otras ocasiones que los padres están aquí, los niños han nacido aquí, pero los padres no tienen tiempo para cuidarlos y los mandan a china. Y cuando tiene 10-12 años los traen”.

Este mismo discurso se recoge en las conversaciones informales mantenidas con usuarios/as (C-18). Explican cómo algunos niños/as se quedan en China para aprender el idioma y luego por reagrupación familiar los traen a Sevilla. En otro caso, la investigadora pudo presenciar la llegada de una niña de 5 años por estos motivos hacía tan solo 3 días.

No obstante, cabe señalar que en Sevilla cuentan con un centro de cultura china, que entre otras cosas, ofrece clases de español gratis para niños/as chinos; servicio de apoyo sábados y domingos. Esto pretende servir de apoyo a las familias, para evitar una reagrupación familiar muy tardía. (E7) *“Yo siempre les digo a estos padres, si quieres traer los niños, lo traen más temprano, más pequeños. Un niño con 12 años para aprender un idioma tan diferente... (...). Cuando son pequeños abandonados en China, cuando son más mayores abandonados por la sociedad. Los padres piensan, ya eres mayorcito y no me necesitas tanto, vete a los colegios; pero nadie les echa*

cuenta (...). No hablan y como si un mueble en clase. Esto es un problema muy gordo”.

2.2.2. Lazos sociales entre la comunidad china

Cabe plantearse cómo se establecen las relaciones sociales entre la población china en Sevilla, ya que contar con una buena red de apoyo supone un beneficio en su estancia en un país diferente al de origen. Esta cuestión hace destacar la fuerte interconexión de los miembros de dicha comunidad y la importancia dada a la familia y el mantenimiento de buenas relaciones sociales, donde destaca el respeto y la fidelidad:

(E1) *“El abanico de relaciones sociales que tiene un chino es muy grande (...) cuantos más amigos tengas en todos los niveles de la sociedad es mejor porque la sociedad china funciona así (...). Y la familia es uno de los pilares fundamentales de la filosofía china. Ellos conciben la sociedad como una gran familia. La sociedad china está muy jerarquizada, hay muchas normas de respeto y cortesía hacia los miembros de la familia que son más importantes que tú”.*

(E2) *“Es una sociedad que esta tan cerrada e interconectada entre todos los miembros, que el fallar en un tipo de compromiso adquirido, supone que se te cierren todas las puertas dentro de la comunidad. Se dice mucho dar la cara”.*

(E7) *“Eso es uno de nuestros valores, la familia, el respeto (...). A lo mejor es una cosa muy profundo entre los chinos”.*

(E5) *Es una comunidad que tiene un nivel de comunicación como ninguna en el mundo, a la misma vez que son herméticos para otras etnias. Algo que pasa en China lo sabe el chino de aquí, lo que pasa en Barcelona lo sabe el de Sevilla (...). Para ellos existe el concepto del guānxi³², que son las relaciones (...). Tienen mucha importancia a no quedar mal entre ellos, la reputación es muy importante. Y luego la familia lo es todo (...). Un chino que solo conoce de dos veces a otro chino y le invita a la boda... tiene que ir, porque quedaría mal con la comunidad”. La comunidad china no solo es fuente de relaciones, sino también recurso de resolución de conflictos: “Imagínate que hay problemas entre dos chinos; llega alguien de respeto y dice venga vamos a hacer esto (...). En general tienen un sentido de la educación mayor que el nuestro, más de respetar al otro”.*

La cuestión de no quedar mal entre ellos lleva incluso a adoptar comportamientos en situaciones en las que una persona, aun no gustándole sustancias como el alcohol ni el tabaco,

³² El guānxi es un fenómeno cultural con origen en el confucianismo. La palabra se compone de dos caracteres chinos. El primero, guān (关), significa puerta u obstáculo, mientras que xi (系) se refiere a una conexión o relación. De este modo, la traducción literal es “cruza la puerta y conéctate”. Estas redes se han convertido en sinónimo de favores especiales y obligaciones contraídas con tu círculo de conexiones, donde preside la afectividad. La reciprocidad de estas relaciones se rigen por la regla del renqing, que implica que si el individuo recibe algo de otra persona está obligado a devolver el favor (Lambea, 2015).

ha tenido que consumirlos. Lo narraba de la siguiente forma: *“lo hago, tan solo en las ocasiones en las que me obligan, por ejemplo en las bodas”* (C-30).

2.2.3. Relaciones de género

Existen claras diferencias en las relaciones sociales establecidas entre hombres y mujeres. Esto puede observarse principalmente en ámbitos como el reparto de tareas domésticas o el cuidado de los/as hijos/as. En relación al ámbito laboral, ambos sexos son dados al trabajo fuera de casa. Se producen intercambios en las jornadas laborales indistintamente; tan solo en situaciones donde la mayor carga de trabajo es física, se ocupa el hombre (C-71).

(E1) “Cuando hay niños pequeños a los que cuidar es normal que la parte laboral recaiga sobre el padre y la mujer se centra en cuidar a los niños, las tareas domésticas y administrar el dinero de la familia (...). De puertas para adentro es la mujer la que hace y deshace y decide, aunque de cara a la sociedad es el hombre el que sé que se encarga del trabajo”.

(E3) “En mi generación ya veo más igualdad entre mujeres y hombres pero la generación de mis padres...se nota mucho la diferencia. Las mujeres trabajan mucho más en casa y fuera y los hombres normalmente no ayudan mucho. Algunos sí, pero la mayoría no”.

(E4) “Yo creo que son todavía bastante machistas. Yo creo que son las mujeres las que cuidan, las que llevan las tareas domésticas”.

(E5) “Te diría que más en lo que es el dinero, lo más general es que lo domine la mujer, aunque luego aparentemente no está muy bien entre ellos que la mujer deje mal al marido en público (...). Si es en la tienda, ahí lo hacen todo hombres y mujeres por igual, pero lo que es en casa...”. Al mismo tiempo, expone que el empoderamiento de la mujer está llegando a ser visible en la ocupación de puestos de trabajo como empresarias: “la mujer tiene un papel en lo que es ser empresario chino. Hay un montón de chinas importantes (...). La mujer muchas veces habla mejor español (...) eso le da una posición de que el hombre necesita de ella y a veces te ves alguna actitud por parte de ellas de chulería con respecto al hombre (...) lo machacan un poco en ese sentido, aprovechan por ese tema”.

La distribución desigual de las tareas o el cuidado de otros/as, muestra incluso consecuencias directas para la salud de la mujer: *“en ocasiones salía 3 o 4 veces a correr por la noche, pero ahora entre la tienda y la niña...no puedo hacerlo. Tampoco descanso bien por la noche porque tengo que cuidar del bebé”* (C-43); falta de descanso por el mismo motivo también comentada por otras mujeres (C-54; C-130).

2.2.4. Convivencia con otras etnias

Cuando se trata de expresar la percepción que se tiene acerca del trato recibido por parte de la población autóctona española, existe diversidad en los relatos. Esto se respalda con ocasiones en las que los/as participantes han tenido serias dudas e incluso no han llegado a encontrar en el cuestionario la opción adecuada o asimilable a sus opiniones.

Los/as entrevistados/as expresan cómo pueden ser los sentimientos de las personas chinas en relación al trato recibido, cómo es el tipo de relación con personas españolas y/o de otras etnias, así como algunos de los motivos por los que las relaciones se establecen o no de una forma concreta. A grandes rasgos destaca que el trato dado por la población china a personas de otras etnias suele ser cordial y de respeto, aun no existiendo relaciones muy estrechas con estas, salvo excepciones.

(E2) “Por regla general en España se sienten bastante bien acogidos, yo creo que un poco por la idiosincrasia del español que es bastante abierto (...). En realidad al ser una sociedad tan cerrada, crean como pequeños guetos (...); aunque se encuentran viviendo en Sevilla prácticamente todo lo realizan entre la misma comunidad. Tienen poco contacto con el exterior. Si a esto sumamos que la mayor parte del tiempo están trabajando...”

(E1) “Aunque no muchos, pero tienen algunos amigos españoles con los que tienen buena relación (...). Creo que ellos no se sienten marginados, no creo que piensen que los discriminamos en la mayoría de los casos. Otra cosa es que ellos por su forma de vida prefieran estar un poco más aislados, por la barrera lingüística (...). En este perfil que estamos hablando, ya que por ejemplo un chino que viene a estudiar, comparte piso probablemente con un español, una marroquí, un belga, no sé, pero ya es otro rollo”.

(E4) “Yo creo que los inmigrantes chinos se relacionan sobre todo entre ellos, unidos por el tema laboral y con su familia. Y después pueden tener relación con algún español a través del trabajo, a través de un familiar, etc. (...). Hay gente que no tiene buena experiencia y se sienten indiferentes y se resguardan en su propia comunidad. Pero después hay otra gente y cada vez hay más (...) chavales que han nacido aquí, que van a colegios, pero dentro de 15-20 años esto va a cambiar mucho”.

(E5) “Ellos diferencian mucho el mundo chino del mundo occidental, aunque interactúen muy bien. Una cosa a la hora de relacionarte con los chinos es que (...) un chino nunca te va a decir el 100% de lo que piensa. Tienes que entender que eso es parte de su cultura, tienes que adivinar ciertas cosas. El chino no cree que debas saber todo, sino lo que a él le interesa. Si un occidental está dispuesto a tener amigos chinos le va a ser bastante fácil. El problema es que tú quieras imponer cosas tuyas al chino, ese es el tema. Tú nunca podrás pensar que un chino será como tú. Será tu amigo, e irá contigo a tu casa en navidad o un día a comer a la feria pero es chino, y al final le gustan las cosas chinas y le tienes que respetar. Yo soy para ellos un laowai³³, siempre lo seré aunque lleve con ellos 30 años, pero ellos me respetan (...). Hay gente que está casado con chinas y sigue siendo el

³³ Es un término informal para referirse a personas extranjeras. Puede tener asociaciones positivas, lo que indica la edad o la experiencia (los caracteres con “lao” son considerados como respeto, E5). Otros consideran que tiene un carácter peyorativo ya que literalmente significa “viejo-fuera”, aunque se transmite la idea de que su significado depende de la forma en la que se diga. Disponible en: <http://www.zaichina.net/2012/02/01/diccionario-laowai-extranjeros-en-china/>

extranjero (...), te lo van a hacer notar y nunca vas a ser del todo parte de la comunidad, pero eres una persona de respeto y eres bienvenido con ellos”.

(E7) “Los chinos suelen ser pacíficos, no suelen provocar problemas, conflictos; en este sentido si hay convivencia, pero integración... la mitad de la población china está muy integrada y otra mitad no creo, por no hablar bien creo”.

(E6) “Convivencia no sé, pero en el trato con el cliente, la relación es buena. No los menospreciamos ni nada, tanto españoles como de cualquier otro sitio”. (Doctoranda: ¿se siente la población china bien tratada?): “depende, porque yo lo he vivido. Muchas veces en mi tienda, vienen y me dicen ¿no tienes un compañero español que me entienda? (...) y yo hablo español”.

(E3) “Nos sentimos muy rechazados (...), nos echan todo tipo de culpa; eso hace que te aparten, que los españoles no te quieren aquí. Por lo menos aquí en Sevilla sí que lo noto (...). Normalmente no se interacciona con los demás, más entre chinos”. En este sentido, el discurso puede relacionarse con la influencia de los estereotipos y prejuicios percibidos sobre las relaciones que establecen con la sociedad de acogida.

Haciendo referencia a las conversaciones informales, se encuentra el discurso de quien considera que las personas españolas tratan mejor a las chinas que en otros países (C-103); en otro caso se percibe un trato igualitario por su parte pero no por parte de sus amigos/as con quien habla en ocasiones de asuntos como éste (C-80). Por último, también se establece una diferenciación para con diferentes sectores de la población autóctona. Lejos de generalizar, hay quien considera que *“las personas mayores son muy educadas pero los niños insultan”* (C-98) o que *“igual que en España hay gente mala, también la hay en China”* (C-5).

En definitiva, se trata de una cuestión con claras influencias de las experiencias personales vividas.

2.2.5. Estereotipos/Prejuicios

Las relaciones sociales y/o de convivencia de la comunidad china con el resto de la población en Sevilla, puede verse influenciada por la presencia de estereotipos y prejuicios. En este sentido, los estereotipos son creencias o ideas organizadas sobre las características asociadas a diferentes grupos sociales: aspecto físico, intereses, ocupaciones, etc. La importancia de su detección radica en poder hacer frente a los mismos, desmitificando rumores, puesto que llevan asociados prejuicios (valoración o componente afectivo positivo o negativo asociado a esas categorías) y finalmente comportamientos discriminatorios. Algunos de ellos, son percibidos por las personas entrevistadas, destacando la rumorología relacionada con aspectos económicos y laborales:

(E2) *“Es muy extendido que la comunidad china goza de ventajas fiscales, beneficios por tratados bilaterales. Se está alimentando el prejuicio de que como China está creciendo tanto, el temor a sentirse un poco invadido (...). Está la rumorología de que cuando mueren se van pasando el pasaporte de unos a otros. Hay muchísimas, pero en realidad yo creo que no tienen mucho fundamento”.*

(E3) *“La gente dice que estamos invadiendo, que estamos robando el trabajo, dice que la crisis es por nuestra culpa. Yo he escuchado mucho diciendo que no pagamos impuestos; ¡eso es mentira! La sensación de robo percibida por la población autóctona, también se manifiesta en las conversaciones informales (C-120): “la gente dice que robamos su dinero”.*

(E4) *“La gente piensa que como no hablan el idioma, que no se enteran, que están todo el día currando (...), yo eso lo he visto en primera persona. Luego cuando veían que yo hablaba la cosa cambia muchísimo (...). Otra cosa es...que todos se parecen, que son iguales. Que cuando se mueren el carnet de residencia o el DNI se lo dan a otro para que venga. O que no pagan el IVA, que no pagan impuestos, que no pagan autónomo, que tienen ventajas fiscales. Eso lo piensa mucha gente. Y luego ves por el lado chino que trabajan, que van progresando... eso también crea un poco no digo envidia, pero sí que dicen claro, a este le ayudan y así le va de bien y nosotros aquí y a veces crean malentendidos”.*

(E1) *“El punto de vista de las personas de aquí o de los españoles que tienen sobre los chinos es que son una cultura muy cerrada, muy introvertidos y de hecho no son así (...). Que se pasan todo el día trabajando, que son muy buenos pagadores (...) porque a los chinos no les gusta deber dinero (...), que son muy guarros.*

(E6) *“Que la huelga china es para trabajar más, que no entendemos”.*

(E5) *“Siempre hay un poco como de prepotencia de la parte occidental con respecto a los asiáticos (...). Están muy cansados de comentarios, esto de chinita tu chinito yo, la mafia (...) incluso yo que tengo relación con los chinos me llaman muchas veces mafioso. Mafiosos realmente no es la palabra. Yo los definiría como trabajadores. Los veo en general, leales o mejores cumplidores que los occidentales (...). Quizás los chinos mayores lo tienen más asimilado, pero los de 2º generación, como que se mosquean cuando al niño por ejemplo le dicen algo en el colegio (...). Gente de 20-30 años, estaban súper indignados porque en tele5 habían dicho: “había 2 chinos y se les había abiertos los ojos” de lo bonita que era la cabalgata”.*

(E7) *“Dicen que nosotros no pagamos impuestos, es una mentira (...). Escucho mucho de los niños (...) a lo mejor tiene en su colegio que no los tratan bien. Hay discriminaciones. Yo tengo un chico aquí (...), yo lo veo muy normal, pero que me ha llamado su colegio dos veces (...) diciendo que ese chico es muy agresivo en su colegio (...). La profesora dice este chico es muy malo, muy agresivo. Si estas palabras salen de una profesora, yo no lo veo muy adecuado. Yo no voy a decir a ningún chico que es agresivo o malo. También menciona otro rumor circulante como: “dicen que la comida china, que utilizamos carne de gato (...) no sé de dónde salió esto”.*

2.3. Actividad laboral

2.3.1. Concepción del trabajo

Para comprender las condiciones laborales de esta población, también resulta necesario determinar qué es el trabajo y cuál es la importancia que le da la comunidad china residente en Sevilla, teniendo en cuenta que se trata de la actividad a la que más tiempo dedican al día. La conceptualización del trabajo no tiene una connotación negativa, lo cual si aparece en la situación en la que la persona no trabaja. Siendo este uno de los motivos por los que principalmente migran a España, conciben el empleo como una forma de hacer dinero para mejorar su calidad de vida.

(E6) “Ya no es que trabajen mucho, es que lo toman como forma de vida”.

(E3) “Quieren estar siempre trabajando. Si no trabajas parece que estás ya inútil”.

(E5) “Su concepto de trabajo es brutal, es su día a día. Para ellos el trabajo no es un concepto malo. Es que aquí trabajar es un concepto peyorativo, entonces no lo podemos comparar (...), para ellos es peyorativo las vacaciones (...). Hay cosas que ellos nunca van a entender. El tema de los despidos (...), no entienden lo de pagar las vacaciones (...). Ya los de 2º generación van cambiando o gente tipo universitaria. Pero lo que es el típico que viene aquí, ese trabajo, trabajo y trabajo”.

La opción escogida de dedicar el mayor tiempo posible al trabajo se torna como algo de carácter aprendido en China y también se convierte en la única forma de vivir en el lugar de destino:

(E7) “Todo el mundo dice trabajar como un chino (...). La gente ya está acostumbrada de trabajar mucho (...) y no como en España, si no trabajas el gobierno te ayuda, pero en China como hay una población tan grande, si tu no trabajas nadie te va a ayudar (...) Tú no puedes elegir, y afecta a salud (...). Sobre todo la primera generación de inmigrantes chinos, no sabe español, no conoce a nadie, no tiene amigos españoles, no puede integrarse, no puede hacer otra cosa sino estar en una tienda”.

Su concepción del trabajo difiere de la autóctona, de manera que no llegan a comprender aspectos que la población española asume con normalidad. No comparten cómo en España se realizan huelgas ya que aunque vaya en beneficio de los derechos de quienes la hacen, es un perjuicio para el resto de la población que necesita esos servicios (C-6).

2.3.2. Condiciones laborales

Al hablar de condiciones laborales, se evidencia que la mayoría de las personas de origen chino que residen en Sevilla, han tenido o tienen un comienzo laboral con una actividad por cuenta ajena, para posteriormente pasar al régimen de autónomo/a. En relación a la jornada, en su mayoría se detecta una gran amplitud de horas de trabajo diario (a veces sin descanso ni cierre durante el medio día), incluyendo muchas veces fines de semana completos (C-6).

(E1) “No creo que tengan buena calidad de vida con respecto al trabajo. No les importa trabajar 10-12-15 horas si es necesario. Trabajan principalmente por cuenta propia. Los que trabajan por cuenta ajena lo hacen temporalmente hasta que pueden trabajar por cuenta propia”.

(E2) “Creo que la jornada es más amplia que la de cualquier trabajador, por la finalidad de ganar el máximo dinero para poder establecerse por su cuenta”.

(E3) “Los que acaban de llegar normalmente son de trabajo ajeno, trabajan para otros y la jornada laboral normalmente son de 10-12 horas, paga bien, te asegura en seguridad social y cuando llega un cierto tiempo, ya se montará su propio negocio”.

(E4) “Trabajan todos los días de lunes a lunes y desde las 10 hasta las 22:00-23:00h. Y están allí con los niños (...). Esta gente están todos asegurados”.

(E5) “Trabajan sábados y si hace falta el domingo también”.

(E6) “He tenido que ayudar a mis padres en la tienda y se lo que se siente (...). Trabajan 12 horas al día, de 10 a 22:00h, de lunes a sábados. Ya los domingos a veces lo usan para descansar; pero la mayoría de ellos van a los almacenes para buscar mercancía, o sea, que no tienen ningún momento de descanso”.

Son menos las ocasiones en las que se recoge el testimonio informal de personas que aun no trabajando, se encuentran ayudando en el negocio (C-5; C-33), o que tienen una actividad laboral no correspondiente con su titulación académica, al ser esta incluso universitaria (C-116).

2.3.3. Sector laboral

El sector laboral en el que se encuadra esta población es el sector servicios. Desde la llegada de las primeras generaciones de familias chinas hasta hoy día, la tendencia de negocios ha fluctuado –pasando de la predominancia de los restaurantes a las ventas al por mayor y bazares- según saturación del mercado. El nuevo futuro también incluye a estudiantes y empresarios/as chinos/as que están emprendiendo en el mundo de las grandes empresas e

importaciones.

(E2) *“Hace unos años era sobretodo en hostelería y restauración. Esa tendencia ha ido disminuyendo (...). Aquí en Sevilla la mayoría son mayoristas o en bazares (...). Se encuentran concentradas en polígono carretera amarilla y polígono aeropuerto”.*

(E3) *“Trabajan en los restaurantes, en los bazares, ahora en los polígonos. Están algunos metiéndose más en trabajos de banco y eso, pero eso son las personas de mi generación con más nivel de estudios”.*

(E4) *“Aquí hasta ahora estaba el tema de los restaurantes (...). Hay mucha gente que se dedica ahora a la telefonía (...) fruterías también y por supuesto las tiendas de todo a un euro. Pero también hay mucha gente que se dedica a la importación, que eso ya es otra escala diferente (...) y están ganando muchísimo dinero. La mayoría son gente joven de 30-40 años”.*

(E5) *“Como la mayoría que vinieron son de un nivel educativo por lo general bajo, montan lo más fácil: importar, bazar, zapatos (...) fruterías, bares, y tal (...). Lo único que no montarían sería por sus límites de educación (...). Como vean que se les escapa mucho de su control, no lo entienden o no lo dominan... entonces no se meten”.*

2.4.Estilos de vida

2.4.1. Seguridad Vial

En relación a las normas de circulación y la seguridad vial en general, perciben a la comunidad china como conocedora de las mismas. El respeto que puedan tener ante ellas es atribuido al sistema de sanciones existentes fundamentalmente:

(E1) *“Se ven obligados, pero no obstante (...) son bastante chapuceros para esto de la seguridad vial (...). Aquí por ejemplo yo he visto casos de gente conducir sin carnet (...) y tener accidentes. Y luego, volver al restaurante y (...) sale el padre o el primo, el que tiene carnet y hace el parte. Y como a ojos del occidental todos son iguales, pues no se dan cuenta. Son casos que he visto de primera mano”.*

(E4) *“No sé cómo conducen, pero yo conozco a uno que (...) le han quitado el carnet por alcoholemia. Tú imagínate un chaval de 30 años ganando dinero que no tiene coche (...).Tendrá el coche pero no lo coge”.*

(E2) *“Normalmente la fama que tienen es que no suelen respetar mucho las normas de circulación (...). De hecho, en las compañías de seguros hay una tasa extra de siniestralidad por ser chino (...), a ellos les cuesta el seguro más caro (...). Pero ese sobre coste que tienen también es porque les gusta tener el coche perfecto”.*

La mención de los castigos o multas por infracciones queda anotado en el diario de campo de

la doctoranda: “siempre uso el cinturón de seguridad en el coche porque si no te multan” (C-103). En otro caso (C-101), un usuario afirmaba haber disminuido su consumo de alcohol por haber sido multado por la policía en varias ocasiones.

Aludir a comportamientos de “inseguridad vial” puede explicarse según las personas informantes, por las diferencias entre la normativa y costumbres seguidas en China y en España:

(E1) *“Aquí entiendo que respetan un poco más las normas que allí, simplemente porque aquí las demás personas también las respetan más (...). En China, básicamente la única norma es la ausencia de norma (...), la gente no usa los pasos de peatones, cruzan por donde les da la gana, los coches ya se encargan de esquivarlos, en fin... es un poco caótico”.*

(E3) *“En China la gente conduce súper mal porque la legislación no está muy bien controlada, no hay tantas normas (...), la gente conduce como le da la gana”.*

(E3) *“Aquí las respetan, en China no (...) porque aquí hay multas, le quitan puntos (...) conducen con mucho más cuidado”.*

(E5) *“El tema del cinturón... cuando vayas a China eso lo vas a ver según con la gente que vayas. Si vas con una empresa importante con un nivel educativo (...) se va a poner el cinturón. Si vas con gente de zonas ya rurales... ya lo ves. (...). En China tienen hasta una cosita para que el coche no pite. Como pita si no lo llevas...”*

Por otra parte, se identifican perfiles diferentes en relación al tipo de vehículo utilizado con más frecuencia (automóvil). Optar por uno u otro modelo de vehículo está relacionado con la utilidad real y con el status de la persona en cuestión:

(E2) *“Yo creo que hay dos perfiles: el que ya está bastante consolidado con su negocio normalmente siempre opta por vehículos de alta gama y el que todavía está como trabajador por cuenta ajena (...) una furgoneta de tamaño medio o un vehículo comercial que aprovecha también para uso personal (...). No recuerdo ahora a nadie que utilice una moto, por el riesgo que puede entrañar (...) y no puedes ir a trabajar. Bicicleta sí, los estudiante por ejemplo siempre son usuarios de SeVICI³⁴”.*

(E3) *“Furgonetas, claro, porque como son gente que tienen su propio negocio (...) cabe más mercancía. Los ricos coche pequeño de marca”.*

(E4) *“Los nuevos ricos (...) van todos con unos cochazos: Audi, Mercedes, de ahí no bajan. Entonces en bicicleta y en moto menos, en moto no veo a nadie. Van en coche”.*

(E5) *“El tipo de coche, son mucho de aparentar en general (...). Cuando tú vienes de que no eras nadie y de momento resurges...la gente (...) lo que quiere es enseñar dinero”.*

³⁴ SEVICI es un servicio de alquiler de bicicletas públicas que se implantó en la ciudad de Sevilla en julio de 2007, promovido por el Ayuntamiento de Sevilla. Disponible en: <http://www.sevici.es/>.

2.4.2. Tabaquismo

Al preguntar a las personas entrevistadas por la percepción sobre el consumo de tabaco entre la población china residente en Sevilla, asienten y consideran que el consumo puede ser con mucha normalidad superior al paquete de cigarrillos diario. Se asocia con aspectos sociales y a costumbres ya forjadas desde China en muchos casos.

(E1) “Fuman muchísimo, especialmente los hombres (...) se encienden uno con otro (...); no hay una educación de tener unos parámetros saludables de vida (...). Te diría que no saben a veces el mal que se pueden estar haciendo con sus hábitos. En una cena, se puede fumar una persona un paquete de tabaco o en un almuerzo, si está con unos amigos (...) charlando, cenando, bebiendo (...). Creo que es normal fumar dentro de los restaurantes, si es un restaurante que es típico de chinos y por allí no hay nadie. En las tiendas salen un poco más a la puerta”.

(E2) “Creo que hay un hábito de tabaco por encima en comparación con occidente (...). Obviamente las nuevas generaciones, estudiantes y tal, no hay diferencia en el hábito de consumo de tabaco y alcohol, pero lo que son familias con edad de 30-40, ya si hay diferencia... en los hombres está muy extendido el tabaco y en las mujeres nada”.

Existen construcciones sociales en torno al hábito tabáquico. Algunas son relativas al hecho de que esta conducta se produzca en mujeres y otras relativas al establecimiento de negociaciones:

(E5) “La idea de ellos es que para hacer negocios tienes que fumar y beber (...). Cuando empecé a hacer negocios con China, al chino que venía conmigo le decía: escúchame, yo ni fumo ni bebo, así que tú tienes que beber por mí. Lo que pasa que bueno, yo después porque soy divertido (...) y a mí me han respetado”.

(E2) “Pocas mujeres fuman, muy bien visto no estaba hace unos años”.

(C-43) “Las mujeres no suelen fumar porque está mal visto; la mujer que fuma es como aquí se suele decir puta”.

2.4.3. Consumo de alcohol y otras bebidas

Todas los/as informantes coinciden en el importante consumo de alcohol por parte de la población china, destacando en casi todos los casos el mayor consumo de los varones. También se muestra como estas bebidas alcohólicas obedecen a productos más comunes en España y Sevilla y en otros casos a bebidas típicas chinas, principalmente licores. Al igual que ocurre con el tabaco, el consumo de alcohol tiene una gran aceptación social:

(E1) “Los chinos beben mucho alcohol: cerveza, vino... pero principalmente una cosa que se

llama bai jiu³⁵ (...). Es licor destilado, lo que sería el equivalente a las bebidas fuertes: vodka, ginebra, ron, coñac y cosas así, pero la versión china. Es imbebible. Lo toman solo, principalmente los hombres, a veces en vasito y se lo van administrando a lo largo de la comida. También hay mujeres que beben bai jiu, pero en general menos. Si beben alcohol suelen beber más cerveza”.

(E2) “Los hombres consumen mucho más que las mujeres, yo creo que más bien en solitario. No los veo yo consumiendo en un día familiar. La cerveza está bastante introducida. Después el vino tinto sobre todo porque es el que liga mejor con la comida china. También se utilizan mucho los licores; en ocasiones más especiales se bebe por consideración de estatus o celebraciones el coñac francés, no tanto a nivel familiar sino más bien a nivel de trabajo. En reuniones familiares son más bien licores chinos”.

(E4) “Beben mucho, sobre todo en las fiestas, en las comidas, es una parte fundamental (...). Hay bebidas chinas que son de graduación muy alta, que son como aguardiente, que se utilizan para comer (...). El alcohol tiene un componente muy social para los chinos (...). Yo cuando veo a la gente comer en los restaurantes, los empresarios que tienen tiendas, se van a comer con otros colegas... allí lo que tienen son muchos vinos caros; vinos de 30- 40 euros, ellos lo que quieren es lo mejor”.

(E5) “El bai jiu es un licor de unos 60 grados y venga gan bei (...) beben muchísimo (...). Les gusta mucho el vino, con las comidas de las empresas (...) cerveza también toman”.

También fueron planteadas cuestiones relacionadas con el consumo de otras bebidas no alcohólicas, entre ellas los refrescos, té o el agua, caracterizándose la ingesta de ésta última por su consumo caliente.

(E1) “Las mujeres no son consumidoras al mismo nivel que los hombres de alcohol, por eso consumen más refrescos, principalmente coca-cola y luego bebidas del tipo té chino y cosas embotelladas a modo de refresco: té verde y tal (...). Ellos están siempre consumiendo té, pero agua... si la consumen es caliente, muy caliente. Tienen hervidoras y la meten en un termo, la conservan y se la van bebiendo a sorbitos, sea verano o invierno, no discriminan”.

(E2) “Creo que beben más agua que los occidentales. Si no es solo agua, sí que está bastante extendido beber el té (...). Es muy importante no tomarla fría. Todo el líquido, agua y tal se toma templado o caliente, cualquier líquido preferiblemente si (...) para que no rompa el equilibrio del cuerpo. Bueno, si toman refrescos, no. Pero normalmente se prefiere beber agua a los refrescos”.

(E3) “Como en China a la gente le encanta beber té, entonces beben agua caliente (...). En cualquier parte tú encuentras máquinas de agua caliente, en una estación de autobús, de metro, en todos sitios; aquí no (...). Beben mucho más refrescos, más zumos, pero líquidos sí que los consumen más de 2-3 litros”.

(E7) “Sobre todo agua caliente porque el agua en China no es potable y teníamos que calentarla. Eso es un motivo. El segundo es que la costumbre, es que el agua caliente te ayuda a limpiar interiormente”.

(E6) “Yo creo que no se paran a pensar cuánta agua beben en verdad. Quizás también los

³⁵ Se trata de una bebida alcohólica fermentada fuerte (licor chino de arroz entre 50-70 grados), muy popular y con miles de años de historia. En comparación con el whisky y brandy, el licor chino difiere en materias primas, proceso de fabricación (fermentación, destilación y envejecimiento) y caracteres de sabor (Jin et al., 2017). También disponible en: <http://enbeijing.com/baijiu/>.

líquidos en la propia comida, en la sopa o el acompañante del arroz que también es sopa, o el arroz con agua”.

2.4.4. Drogas ilícitas

Para los/as entrevistados/as, el consumo de otras sustancias tóxicas por parte de la población de origen chino asentada en Sevilla no es una cuestión tan evidente como el hábito tabáquico o el consumo de alcohol. No están familiarizados con casos concretos de adicciones:

(E3) “Eso ya no lo sé, yo supongo que hay todo tipo de gente (...) yo no los conozco”.

(E6) “Conocer casos, ninguno. Creo que se preocupan más por la tienda que por esas cosas”.

(E4) “Habrá gente que si pero... yo creo que no. No porque son de trabajar, trabajar, trabajar y después cuando se relajan y se van de fiesta pues sí, harán locuras, seguro. Se emborracharán (...) pero tienen bastante claro lo que quieren hacer (...). Los jóvenes si salen sí que se pondrán más locos, pero vamos que no sé si es más que los españoles o menos”.

(E5) “En China si hay mucha droga, la gente joven está cambiando muchísimo (...). Pero la gente de aquí no. Viene a trabajar y a la gente joven en mi opinión, les suelen dar una educación bastante buena. Más problemas dan los españoles”.

En los casos puntuales en los que los/as encuestados/as afirman haber consumido drogas alguna vez en su vida, hablan de ocasiones esporádicas donde eran invitados/as por amistades (C-122).

2.4.5. Deporte/Actividad Física

Según la información obtenida, la práctica de deporte o actividad física no está muy extendida entre la población de origen chino, principalmente por la dedicación de tiempo a otras tareas o actividades, tales como el trabajo. Sin embargo, tiende a ir incrementándose, sobre todo por parte de las personas más jóvenes:

(E1) “Los que están aquí la mayoría no hacen deporte (...). Otra cosa es que algún día ocasionalmente vayan a casa de un amigo que tenga una mesa de pimpón, pero no es un hábito”.

(E2) “Yo creo que los jóvenes (...), la mayoría están en gimnasios y hacen deporte, pero los que son ya más adultos no practican nada de ejercicio (...). Si salen por la mañana y vuelven por la noche y encima tienen cargas familiares... no”.

(E3) *“El tiempo que tienen libre están durmiendo, entonces ejercicio, ¡qué va! Estudiantes que vienen aquí...ese tipo de gente sí porque tienen más tiempo libre. Entonces se apuntan al gimnasio y por las mañanas salen corriendo, cogen bici. Pero la gente que vive aquí, trabajando aquí, no. La mayoría son sedentarios”.*

(E4) *“Yo voy al Galisport y veo allí a dos chavales chinos, pero yo creo que son estudiantes. Pero yo no veo a gente haciendo deporte porque están todo el día trabajando (...). Excepcionalmente si conozco a alguna gente. Hay un chino que se pone en el parque a hacer taichí, que tiene su grupito...pero no veo mucha gente haciendo eso”.*

(E5) *“Fatal. Ahora se están metiendo, ya hay bastantes. Quieras o no es una forma nueva también de ocio. Algunos van al gimnasio (...); sobre todo me sorprende que he visto en natación muchos y además de perfil muy cateto, mujeres y hombres mayores de nivel bajo, metiéndose allí en grupos con los españoles”.*

Coincidiendo con los/as entrevistados/as, durante el trabajo de campo se registra que la mayor tasa de actividad es realizada principalmente por las personas más jóvenes. Hay quien practica natación y bicicleta (C-112), quien opta por caminar (C-81; C-119). Otros atribuyen la ausencia de actividad física a la falta de tiempo por el trabajo (C-103; C-111; C-131). También hay quienes consideran que la actividad física es la que realizan durante la jornada laboral descargando y reponiendo mercancía, caminando en la zona de trabajo, etc. (C-67; C-111, C-120).

2.4.6. Ocio

Para hablar de ocio, es necesario determinar lo que la población de origen chino hace durante este tiempo, dónde acuden, cómo y con quién lo comparten. Se trata en su mayoría de un tiempo de ocio limitado, a veces incluso inexistente. Puede ser que reciban invitaciones para salir en ocasiones. Sin embargo, no pueden dedicar ese tiempo al ocio social por motivos laborales y/o de cuidado de hijos/as (C-89).

(E1) *“En su tiempo libre se dedican principalmente a comer, beber, comprar y dedicarle el resto de su tiempo al móvil (...). El tiempo de ocio lo pasan juntos, a veces con la familia, a veces con los amigos. A veces se separan y pueden ir las esposas un poco a su aire por un lado y los hombres por el otro pero a veces toda la familia junta. Aquí principalmente yo creo que se suelen juntar o en sus propias casas o en restaurantes chinos”.*

(E2) *“Una actividad recurrente es salir a comer a restaurantes solo para chinos y karaoke (...). Otro tema de ocio es reunirse en casa y jugar al mahjong³⁶ (...). Mas con la familia porque*

³⁶ El mahjong o májiàng en mandarín, es un juego de mesa de origen chino con muchas variantes, pero que mayoritariamente lo juegan 4 jugadores con 140 fichas. Cada jugador intentar agruparlas formando escaleras y tríos. En la actualidad, el juego tiene un renacimiento debido a causas como la creciente inmigración china, el aumento de las relaciones comerciales y sociales entre China y España, el mayor interés de los/as jóvenes por el manga, la posibilidad de acceder al juego online y contactar con otros/as jugadores/as y aficionados/as. Tomado de Sánchez-Beltrán (2006). El juego del mahjong en Occidente. Notas para el análisis de su evolución histórica:

normalmente tampoco tienen mucho tiempo para disfrutar de la familia”.

(E3) “Solo hay un día libre en realidad, entonces en un día tampoco se puede hacer mucha cosa. Mientras que se levanta tarde, se hace la comida, limpia la habitación, ya es por la tarde... entonces lo que quiere es salir un poquito, coger aire, comprar. Si tiene familia pasa más tiempo con la familia, pero si no hay familia pasa más tiempo con los amigos. Normalmente van a sitios concretos, a restaurantes chinos, los karaokes chinos, les encanta cantar. Ahí se pasan los fines de semana” (Uno de estos karaokes en Sevilla, al que prácticamente solo acuden personas de origen chino, se encuentra situado en el Polígono industrial Carretera Amarilla).

(E4) “El ocio es juntarte con la familia y comer (...). Por ejemplo en mi padre, el ocio era comer, beber, fumar y después jugar (...). En cualquier fiesta siempre se acaba jugando, o al mahjong, a las cartas, etc. (...). También les gusta cantar”.

(E5) “Eso de sentarse en un bar y tomarse una cervecita, ni se lo plantean. Te sorprendería ver en un parque en China gente de 50 y 55 años bailando, pero te digo de 1000 personas bailando a la vez. Aquí no existe ese concepto. Si estás aquí es para trabajar. Eso es lo que piensan los chinos y no pierden el tiempo. Sí que es verdad que a través de los niños y tal, en algunos padres va cambiando el concepto, pero ellos no saben divertirse un poco a nuestro estilo”.

2.4.7. Alimentación

Los hábitos alimentarios según los discursos recogidos, tienen ciertas especificidades que diferencian a la población de origen chino de la autóctona sevillana. Esto se debe principalmente al mantenimiento de la cultura alimentaria china, aunque conforme aumenta el tiempo de residencia, la tipología de dieta occidental se va incorporando. Algunos ejemplos se dan en el desayuno (C-19; C-119):

(E3) “Lo que comemos en China lo hacemos aquí. Desayuno normalmente depende, mucha gente no desayuna, entonces lo que hace es que come mucho en el almuerzo (...) Yo veo comparado con la comida española sí, es muy sana”.

(E5) “La alimentación china es más sana que la de aquí (...). No existe el concepto de desayuno. Eso de tomar un vasito de leche y un dulcecito (...) empezaría hace 10-12 años. La comida del medio día, pues igual. No tenían diferenciación. A comer todo lo que sea. Yo creo que en ese aspecto el desayuno (...); muchos comen ya su tostada, su café con leche. Eso sí que creo que es lo que más hayan cambiado, más que el almuerzo o la cena (...). Y luego tienen costumbres (...), como una regulación. Ellos van controlando lo que van comiendo. Lo que pasa es que los que están occidentalizados ya muchas veces se hartan de comer de todo y cometen excesos”.

(E4) “Igual que aquí la gente en España a la hora de entrar en un chino dicen: ¡juy! esto tiene una pinta muy rara, esto a mí no me gusta, y no lo han probado siquiera, los chinos no son así. Son

mucho más abiertos a la hora de comer. Entonces la comida china es muy completa y muy variada”.

(E7) “La comida española a nosotros nos gusta pero no podemos comer comida española todos los días. Es como si por ejemplo a ti te gusta la comida china pero tampoco puedes comer comida china todos los días. Es que tu estómago no te permite”.

(E4) “Yo no sé si los de aquí ahora se toman la tostada con café; seguramente, porque los chinos comer, comen de todo y prueban de todo (...). En mi casa por ejemplo siempre se han hecho 3 comidas, incluso mi padre comía menos (...), el almuerzo y la cena”. El mantenimiento de la comida típica china no la hace homogénea en toda la comunidad, ya que existen diferencias según la procedencia: “Las costumbres si eres del norte, la comida es picante, por ejemplo en la zona de Pekin. En la parte del centro, Shangai, es agrídulce y luego la comida cantonesa del sur es más bien salada. Aquí la comida que hay en España es pseudocantonesa, porque no es una comida auténtica, es una comida occidentalizada (...), primero porque no encontraron la materia prima cuando se instalaron aquí y luego porque ya es una comida que ha ido evolucionando al gusto del paladar del occidental”.

(E1) “Para ellos la comida es algo muy importante. Puede ir un día de tapas o a un restaurante español occidental, pero no puede estar diariamente. Entonces ellos la mayoría de las veces se cocinan ellos (...). El horario de comidas ya es muy diferente al nuestro. Ellos suelen desayunar muy temprano y luego la hora del almuerzo es a las 12 pm. La cena también la hacen muy pronto sobre las 6 de la tarde más o menos o las 7, poco más (...). El desayuno lo hacen muy fuerte, el almuerzo también, la cena ya la hacen más ligera”.

Contrario al horario de cenas especificado por la anterior persona entrevistada, otro participante (E2) afirma que *“las cenas suelen ser bastante tarde”.*

No solo los horarios de comidas son diferentes, también los espacios empleados, ya que fundamentalmente la mayoría de la población china tiende a realizar las comidas en los lugares de trabajo:

(E1) “Los habrás visto comiendo dentro de las tiendas o en cuclillas en la calle, en la puerta de la tienda y tal. Eso es común aquí y en China también lo hacen los que están trabajando y no pueden cerrar el negocio para comer. Además, si ellos cenan entre las 6 y las 7 de la tarde no van a cerrar la tienda si a esa hora es uno de los momentos en el que más clientes pueden tener”.

(E2) “La comida suelen hacerla en el centro de trabajo. Normalmente la que ya has preparado y te llevas al centro. Los que tienen más disponibilidad horaria, que son ya los empresarios y tal, ya comen en casa con la familia, con niños”.

(E5) “Ellos son mucho de si están en las tiendas, pedir la comida al restaurante y la llevan allí. Son un poco desorganizados, no tienen esto de decir comemos todos juntos a la misma hora”.

Otras particularidades de la alimentación es la referente a la disposición de los alimentos, así como los productos con más frecuencia consumidos en su dieta habitual diaria:

(E1) “Están acostumbrados a tener varios platos e ir picando de todos a la vez (...), no son de comerse un plato de carne o un filete (...). Los tallarines y el arroz son como el pan para nosotros, la base de la alimentación, lo que acompaña al resto de platos (...). La carne la toman en trozos

pequeños (pollo, cerdo, ternera), en salteado con verduras. La patata quizás no mucho porque ya tienen ese aporte con el arroz y los tallarines, pero el resto...berenjena, col, lechuga, brócoli, etc; las verduras las comen diariamente (...). De vez en cuando se reúnen en casa de alguien para comerse un "huo quo"³⁷ (...). Tienden a comer muchos huevos. Incluso para el desayuno a veces se comen 2-3 huevos cocidos. Y cuando van de viaje como en su cultura no tienen el pan y no se pueden hacer bocatas, es normal que se tomen tallarines en conserva y a veces se llevan huevos cocidos. En la cocina también usan el aceite de soja. No creo que sean consumidores de aceite de oliva”.

(E2) “Allí hay unos desayunos tipo que son como pasta al vapor, pero yo creo que al final eso se acaba adaptando a lo que hay aquí. También hay como unos churros (...) son de pasta, muy parecidos a los de aquí, pero con menos aceite, bastante menos. Se comen con una sopa un poco caliente (...). Lo típico en un almuerzo es bastante arroz, que se utiliza como base en acompañamiento a algo de verdura y un poco de carne o pescado; por ejemplo el lenguado o el rodaballo gusta mucho (...); carne normalmente de cerdo y pollo, la ternera no está tan extendida. De verdura, el calabacín por ejemplo se suele utilizar, la cebolla también, brócoli y el resto ya son todas verduras chinas: pak choi³⁸”.

(E3) “Es típico su cuenco con arroz blanco y luego plato de carne o una mezcla de carne, pescado, verduras (...); vas poniéndote tu cuenco y lo mezclas (...). Hay sitios que no meriendan o si meriendan es fruta. Después ya la cena igual, sigue con su cuenco de arroz blanco con varios platos. Muchas veces, por la noche, antes de acostar también comen un poquito, una sopita y ya está”.

(E4) “En la comida china es muy importante el olor, el sabor y el color (...). La estética es muy importante (...), que haya verde (...). Normalmente siempre hay un plato de verduras, un plato de carne, una sopa (...) mucho pescado (...). Pero lo que siempre hay es arroz (...). El típico desayuno chino es comerte el resto de comida anterior (...): coge el arroz cocido y lo metes en agua hervida. Después pican los restos de la comida anterior muchas veces (...).Entonces hay muchos platos, por ejemplo el chop suey³⁹ de ternera o de gambas (...). Toman otro tipo de dulces (...); los pasteles de luna, que se comen en la fiesta de la primavera, que son de masa por dentro como un mazapán de aquí. Esos son pasteles que se comen justo en esa época. (...). Una comida que se come mucho en año nuevo es el pescado⁴⁰, trae buena suerte. Los melocotones por ejemplo también traen buena suerte. En la cultura se ven mucho las frutas así con connotaciones...”

(E5) “El arroz muchas veces es para acompañar, es como aquí el pan. Comen mucho huevo (...). Una cosa que es muy común es comer tallarines con sopa y muchas cosas y luego el huo guo, que es súper tradicional, sobre todo en invierno. Es como una sartén que va al fuego y meten de todo: carne, bola, vegetales. Y todo ahí hervido, le echan su salsita, algunos picante, otros de otra”.

(E6) “Yo creo que ni desayunan para ir a la tienda. Por la tarde comida china, el arroz como acompañante y por la noche más de lo mismo. Comen de todo, carne, verdura (...). Un plato típico es

³⁷ El Huo Guo, literalmente olla caliente, es uno de los platos más apreciados en todos los restaurantes chinos. En el centro de la mesa hierve una olla con un caldo nutritivo y aromático, en el que se deja cocinar pequeñas porciones de alimentos variados durante más o menos tiempo, según el gusto de cada uno.

³⁸ Bok choy o pak choi, es una de las variedades de col china. Está compuesta por un 95% de agua, un 2% de carbohidratos, un 1% de proteína y menos de un 1% de grasa. También es rica en vitamina A, C y K. Disponible en: <http://alimentossaludables.mercola.com/bok-choy.html>.

³⁹ El chop suey es un plato de origen chino-estadounidense que literalmente significa "trozos mezclados". Usualmente consiste en carnes (puede ser pollo, ternera, camarón o cerdo), cocinado rápidamente en un wok con verduras como apio, pimientos, judías verdes, entre otros. Es servido con arroz blanco cocido al vapor. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Chop_suey.

⁴⁰ La pronunciación en chino de “pescado” es similar a “abundancia”; por lo tanto, comerlo simboliza dicha abundancia en el año que viene (Leung & Stanner, 2011).

el huevo con tomate natural. Más que el pan porque eso lo sustituyes por el arroz...es lo más fácil de hacer para acompañar al arroz, para que no esté tan soso (...). Mi madre y mi abuela dicen mucho: si comes mucho pescado tendrás buena memoria. Le dan mucha importancia a eso. También hay verduras que dicen es bueno para el corazón, etc.”

En los relatos también surgen formas de cocinar dichos alimentos y que consideran saludables:

(E2) “Pescados se utilizan mucho en la dieta china, sobre todo al vapor y entonces mantiene todas las propiedades y no se utiliza ni aceite. Otra forma de cocinado es el wok. Se cocina a una temperatura muy alta durante muy poco tiempo, así la verdura se come dura porque pierde muy poco sus propiedades”.

(E4) “Como forma de conservar los alimentos está deshidratar e incluso salar también”.

Alimentos de gran contenido en grasas saturadas, algunos productos lácteos -entre ellos la leche de vaca, muy relacionada con intolerancias en esta población- son consumidos con menor frecuencia:

(E1) “Embutidos prácticamente no consumen y luego es que ellos no tienen la cultura de los lácteos, ellos beben soja. Y eso de tomarse un vaso de leche, la mantequilla o el queso... yo creo que no los consumen”.

(E2) “Mantequillas, aceites, embutidos, salchichas, etc., no se utilizan mucho. Todo lo que es grasiento, no. Luego las digestiones pesadas...”.

(E3) “Único que no usamos muy frecuente es la mantequilla. A los chinos les encanta la comida fresca, entonces los embutidos no les gusta, ni las pizzas; la comida congelada tampoco”.

(E4) “Siempre se ha dicho que los chinos en general son intolerantes a la lactosa. Por ejemplo, en China no se bebe leche de vaca. Allí se bebía leche de soja (...), en mi casa no había leche. Ni los quesos. Mi madre no tomaba leche y además le sentaba mal, tomaba té y otro tipo de proteínas (...). A los chinos les gusta mucho los pasteles, otro tipo de dulces, pero los de aquí... los merengues, las cremas y eso, no les gusta mucho”.

(E6) “Yo bebo leche de soja porque no puedo con la leche de vaca, me da muchos gases. Eso es en la mayoría de chinos”.

Queda claro según los discursos, que la comunidad china encuentra disponibilidad de productos para su alimentación tanto en tiendas o mercados occidentales como en otros especializados en comida oriental:

(E1) “Hay cosas que sí que van al mercado igual que los demás, pero para comprar tallarines, etc., pues en las tiendas o a veces en los polígonos, sitios más especializados. No creo que

les suponga un esfuerzo grande ni considerable, no más de lo que se podrían gastar en otro producto español. Son cosas asequibles a todo el mundo”.

(E2) “La gran mayoría del desayuno que se suele hacer allí no está disponible aquí, porque no hay materia prima y si la hay la elaboración no compensa (...). La mayoría de las verduras que se utilizan no las encuentras en un supermercado occidental. Tienen un sobrecoste por el tema de la importación, pero en los últimos años se ha equiparado mucho. Ya hay muchos productos perecederos del día, verduras, etc.”

(E3) “Hay cierta comida como las setas, bambú...eso vamos a los supermercados chinos de los polígonos y el resto en los supermercados vuestros”.

(E4) “En los polígonos hay muchos supermercados para comprar, ahora encuentras de todo. Encuentras verduras frescas, pescado congelado, verduras que yo no sé ni lo que son siquiera, cosas envasadas y empaquetadas”.

(E7) “Hay mucha disponibilidad y variedades. Hay verduras que yo no conocía en China y aquí las hay. Como yo soy del norte, la gente que es del sur suele tener su verdura propia”.

2.4.8. Remedios y medicamentos empleados

Es generalizado el uso de la MTC ante problemas de salud que ellos/as consideran de menor gravedad. Tanto pastillas como productos preparados a base de hierbas pueden ser comprados en España o incluso son traídos desde China (C-19). Hay personas que no usándolos asiduamente en Sevilla, cuando vuelven a China, lo hacen por recomendaciones familiares (C-131). Y es que es frecuente seguir los consejos de amigos/as y familia sobre determinados remedios para mejorar la salud. En un ejemplo (C-54), la mujer compró cápsulas de hierro en la farmacia y también adoptó la conducta de consumir vino tinto en la cena, ya que dicen que es bueno para la salud de la mujer.

(E1) “Ellos se tratan mucho con MTC, con acupuntura, tomando plantas, cosas naturales y demás (...). Se tratan dolores de espalda, contracturas; tienen el bálsamo del tigre... o se pinchan o se ponen el bá guàn, que son ventosas (...). Problemas por ejemplo de cirugía y cosas así, pues ahí poco tiene que hacer la medicina china, entonces hay cosas en las que la utilizan menos, y si hay problemas de catarros (...) cosas que son cuestiones internas que ellos piensan que están más relacionados con un posible desequilibrio energético, para eso sí que la utilizan mucho (...). Identifican los alimentos con elementos de la MTC, los clasifican de diferentes maneras y los utilizan también como manera de reestablecer el equilibrio interno. Por ejemplo, si hay exceso de fuego interno en el cuerpo, pues evito tomar alimentos de fuego y otro tipo de alimentos”.

(E5) “Ellos para todo tienen un alimento y una infusión o bebida (...). Son más de tomar muchas cosas naturales. No son de tomar tantos medicamentos, antibióticos, etc. (...). Hay medicina que la traen ellos (...) También la acupuntura...”

(E2) “Para un resfriado común, jaqueca (...) para lo básico que son dolencias que no tienen

mucha importancia (...), para eso siempre MTC (...) a base de hierbas, de sopas, algún ungüento. Para dolencias más graves y tal no (...). Las generaciones más jóvenes están empezando a utilizar más la medicina occidental y no la tradicional porque es mucho más rápido. La tradicional, para que no se dañe el equilibrio del organismo y no se rompa el yin y el yang, al final es bastante más a largo plazo que a corto plazo”.

(E3) “La mayoría de los chinos traen siempre sus medicamentos de China, son normalmente medicamentos tradicionales. No son pastillas como aquí de los occidentales. Para resfriados, para dolor muscular; para contracturas, para diarreas, cosas así generales (...). Lo normal, sé que aguanta, por sus medios, se automedica y con ese medio normalmente se cura”.

(E4) “Utilizan mucho la MTC (...) compuesta por la acupuntura, los masajes, por supuesto todas las hierbas... son una combinación de cosas que se utilizan (...). Es mucho más holística, lo que tiene en cuenta es el todo (...). En mi casa siempre ha habido algunos remedios chinos. Mi madre incluso los pedía, se los mandaban. Mi madre murió de un cáncer; estuvo con tratamiento con quimio, radio, pero estuvo todo el tiempo, desde que se lo diagnosticaron tomando un medicamento chino (...). Todos los días se tomaba uno y la verdad es que ella se murió prácticamente en un mes, pero hasta el mes ese, se mantuvo como antes cuando los médicos le daban nada”.

(E6) “Mi madre prefiere la medicina de herbolario, la natural en vez de la química de farmacia (...), acupuntura...muchas veces cuando era chico y me dolía la cabeza me lo hacían (...); tenemos pomadas, cremas, etc.”

(E7) “Hay gente que busca medicina china (...). Yo no creo que cura, sino te puede ayudar en algo, pero esto necesita un proceso muy lento (...). Las compra en China y luego las trae. Aquí hay, pero es más caro y no hay suficiente variedades (...). Sobre todo para los dolores, a veces sirven”.

En este sentido, la doctoranda pudo comprobar en primera persona el tipo de píldoras, hierbas y otros productos utilizados. Llegó a tener obsequios de este tipo de productos con la recomendación pertinente. También fue frecuente la recepción de mensajería vía WhatsApp sobre consejos de salud y remedios a emplear.

2.4.9. Religión/ Filosofía de vida

El Sistema de creencias viene determinado en gran medida por el Confucianismo. Su actitud en la vida está más ligada al seguimiento de guías u orientaciones que a imposiciones religiosas, lo cual permite diferenciar ritos orientales y occidentales. No obstante, en Sevilla se diferencian dos grandes grupos: el de personas católicas y budistas.

(E1) “Más que una religión, yo creo que es como una orientación, como una guía de conducta. Pero no es una cuestión tan importante como en otros países (...); no van a ir todas las semanas regularmente al templo como pueden hacer aquí la gente con las iglesias”.

(E2) “Son bastante agnósticos (...). Realmente es que si eres budista, simplemente con las

reglas y un poco de meditación...pero no es como la católica (...). Las pautas básicas es mantener el equilibrio con todo, con la naturaleza, no hacer daño. Otra religión (...) aquí se llama la iglesia evangelista china. De hecho tienen centro propio”.

(E3) “Hay religión aquí budista y hay muchos que son cristianos también. Los cristianos son normalmente más practicantes”.

(E4) “Yo sé que hay muchos chinos también que son de la iglesia evangélica. Pero creo que practican el Confucianismo, que es culto a los antepasados y a los mayores. Es un poco una filosofía más que una religión (...). Mi madre por ejemplo decía que era budista, pero cuando vino a España, no iba a templos (...). Ella tenía en la esquina de la casa un altarcito puesto con unos dioses, tenía la foto de mi abuelo, hacía todos los días reverencias (...). Las bodas chinas no son religiosas, es una fiesta que dura mucho tiempo. Hay una ceremonia (...), se hace el mismo día de la boda (...). Los padres de él le ofrecen té a la esposa o marido de tu hijo o hija. Y ella lo acepta como símbolo de aceptación de la familia y de unión al hijo. Eso lo hicimos aquí en casa, la ceremonia del té”.

(E7) “En Sevilla hay dos tipos: uno es templo de budismo y el otro es como una iglesia cristiana. Cada domingo tienen reuniones (...). Se reúnen aparte de cada domingo, organizan actividades, para mujeres, para niños, campamento, las fiestas, el día de la madre, y luego navidad también, los cristianos que tiene una fiesta grande aquí. Suelen ir más de 500 personas”.

(E5) “La mayoría no tiene religión. Lo que tienen son una serie de normas y costumbres (...). Evangélicos hay bastantes aquí. Creo que está por allí por parque Amate la iglesia a la que van (...). Aparte del tema confuciano, están las normas de ciertos hábitos. Por ejemplo tengo un matrimonio que iba a comprar un piso y entonces hablan con la persona de respeto y les dice: no, tienes que entrar a las 12 de la noche, el viernes y comer tallarines, así de claro. Entonces son una serie de costumbres...”

2.4.10. Sexualidad

De los discursos se desprende que la educación sexual es escasa en el contexto de la sociedad china y que constituye un tema tabú hoy día que no suele exteriorizarse. Asuntos como el abordaje público de esta temática por parte de la mujer o prácticas u orientaciones homosexuales se identifican como “no bien vistas” en la comunidad china:

(E1) “No se habla de estas cuestiones. Entre la pareja creo que pueden hablar en la intimidad, pero fuera de la pareja con nadie. Si en la escuela reciben algo es mínimo, prácticamente es nula la educación sexual (...). Cuando tienen duda es porque ya tienen el problema encima (...). Si he visto entre hombres hablar de sus ligues, pero cuestiones al margen de su pareja, es decir, no hablar con otros hombres sobre su vida sexual con su pareja. Pero si un hombre o no tiene pareja y tiene varios ligues o al margen de la pareja tiene alguna amante, sí que es común hablar de estas cuestiones. Y entre mujeres, si lo hacen entre ellas yo no lo sé, delante mía no lo van a hablar”.

(E2) “No se habla normalmente en círculos en público, será más de casa para adentro (...), ya no es solo por la censura, sino que por lo que es la idiosincrasia de la persona china en sí; es un aspecto que no se suele comentar, provoca pudor. Dudo mucho que se consulte a la familia directa,

una hija dudo que consulte a la madre por ejemplo (...). Estoy convencido de que hay algún tipo de restricción en cuanto al tema de la sexualidad y todo lo que concierne a ello (...). La sociedad china todavía es un poco más tradicional y digamos si lo queremos llamar un poco machista; el tema en la mujer se vive con más represión. Está generalizado el inicio más tardío de las relaciones sexuales”.

(E3) “No se comenta ni entre amigos, ni familiares (...), entre sus amigos muy íntimos, amigas muy íntimas, experiencias personales o si saben manejar internet, ellos mismos lo buscan (...). Hay familiares que son más abiertos, pero son pocos. No es no hablar, sino que está mal visto (...). Homosexual creo que también es un tema que mucho no aceptan (...). Se ha notado que los chinos tienen poca información y entonces se está metiendo ya en las escuelas. Aquí la información es mucho más abierta; allí todavía está cerrada, hay mucha barrea”.

(E5) “El tema ese no se habla y una mujer menos (...). Las mujeres hablan entre ellas y los hombres entre ellos (...). La homosexualidad está mal vista (...) pero no te va a pasar nada. Te van a mirar mal, pero no le van a hacer ni le van a pegar al chaval (...). Otra cosa es que tú tienes un amigo y él te da la mano, te quiere como amigo, te echan la mano encima; eso no está mal visto. Y si es tu amigo de verdad, lo que sea si te lo puede preguntar, pero muy separados los sexos (...). Una cosa muy graciosa relacionada con la sexualidad, es que todo es bueno para eso (...). Ellos tienen como unos 100 alimentos (...); será que lo toman y se sienten más vigorosos y ellas igual, también le dan importancia a eso”.

(E7) “Yo creo que hay gente que habla con los amigos íntimos creo, pero no se suele hablar”. Refiriéndose a las ITS declara: *“Yo nunca he oído nadie que tiene enfermedades de este tipo”.*

En cuestiones relacionadas con prácticas sexuales, en las conversaciones con personas encuestadas, manifiestan que en China las chicas suelen mantener relaciones sexuales por lo general más tarde que en España. De esta forma encontramos personas que nunca han mantenido tales relaciones entre los 19-23 años (C-21; C-22; C-30; C-109; C-118; C-119; C-120; C-124; C-131).

Las personas entrevistadas coinciden en que el uso de métodos anticonceptivos aun es escaso, salvo excepciones:

(E1) “La mayoría no utiliza anticonceptivos (...). Si un chino tiene una cuestión esporádica, ni usan preservativo ni nada, marcha atrás y punto, a veces ni eso. Hay un gran desconocimiento. Saben que existen y poco más y que se contagian por vía sexual, pero cuando conocen a alguien no creo que se planteen la cuestión de ser precavidos por no contagiar una ITS (...). Si tienen una enfermedad (...), un embarazo no deseado, ya buscan la manera de ir al médico para tenerlo o no”.

(E3) “Yo creo que la mayoría lo único que conoce es el preservativo. Algunos conocen anticonceptivos orales pero demás barreras poquísimo. Hay gente que me ha comentado de mi generación de DIU, pero poco. No manejan muy bien ese tema (...). En mi generación entre ambos deciden cuando empezar la planificación familiar, pero en otras generaciones normalmente deciden los maridos o los padres (...). Muchas veces presionan a las parejas para tener niños y por querer un nieto ya, generan conflictos entre parejas”.

(E4) “Para métodos anticonceptivos yo creo que es todavía un poco tabú todo (...). Mi

sensación es que los chinos siguen siendo bastante machistas en cuanto a relaciones de pareja (...). El varón es ya quizás menos, pero allí es el que va a seguir el linaje de la familia, no pierdes el apellido, va a seguir con el negocio... los chinos son muy de eso”.

(E5) “En el tema de métodos anticonceptivos esta gente son bastante primarios. De hecho usan poco (...), no les gusta ningún método anticonceptivo (...). Tienen muchísimos abortos (...). Tienen métodos de medicina china para eso, además conozco casos (...). No encajan los homosexuales, es como una cosa que está fuera de lo normal”.

2.5. Accesibilidad al Sistema Sanitario

2.5.1. Uso de los servicios sanitarios

A continuación se exponen los principales servicios y recursos sanitarios utilizados por la población china, así como la facilidad de acceso para cada uno de ellos.

Teniendo en cuenta el gran uso (según narran los/as entrevistados/as) que hacen de la MTC como forma de solventar problemas de salud, cabe preguntarse si realmente utilizan los servicios sanitarios en Sevilla, ya sean de carácter público o privado. Igualmente se indaga sobre las circunstancias bajo las que los usan y qué tipo de servicios específicos frecuentan. En este sentido, se determina que no es una población hiperfrecuentadora de los servicios sanitarios. Según algunos/as participantes (C-120): *“hasta que no puede levantarse de la cama sigue trabajando”*. De ser necesario, emplean fundamentalmente la sanidad pública (salvo perfiles de estudiantes o ciertos/as empresarios/as) y urgencias (C-30; C-88; C-89). También se evidencia el uso de los servicios de salud en China. Un ejemplo de ellos es la realización de revisiones médicas en el país de origen (C-71; C-101), oscilando entre los 300-500 euros.

(E1) “Si pueden evitar ir al hospital a tratarse y solucionarlo con los métodos que conocen, lo hacen (...); en España pueden encontrar sitios de acupuntura”.

(E2) “Yo creo que cuando acuden a un médico es porque realmente ya tienen algo que o no pueden controlar con MTC o llevan varios días o le impiden hacer una vida normal (...); tienen que tener ya una dolencia grave o bastante consolidada (...). Si más o menos cumplen los preceptos de la MTC, entienden que no es necesario (...). Al ser medicina natural que no tiene ninguna composición química ni nada, tienen acceso fácil a ella incluso en cualquier supermercado chino (...); vas tú directamente a comprarlo para que te hagan la receta o la elaboras en casa o bien la compras como un fármaco (...). Si es una dolencia que ha superado el número de días que se pueden permitir (...) creo que más urgencias (...), sobre todo los públicos. Las nuevas generaciones también porque están estudiando, si les obliga el estado a tener un seguro privado, ellos si hacen más uso de las consultas en los centros privados”.

(E3) *“Antes la gente aguantaba, se automedicaba con lo que traía de China y con lo que recomendaba su amiga, familiares (...). Saben dónde hay que acudir, al médico de cabecera lo saben, donde está el centro de salud, pero no van (...). Normalmente urgencias porque piensan que es más rápido. Claro, te da una solución inmediata (...). Los ricos y eso prefieren privado. Y la mayoría en general va al público”.*

(E6) *“Si es un catarro normal van al trabajo (...). Mi familia cada vez que nos ha pasado algo, urgencias”.*

(E4) *“Creo que la gente igual que aquí, los que tienen dinero, tienen sus aseguradoras y van por lo privado. Vamos, yo nunca me he encontrado un chino en el seguro. Yo tampoco voy mucho pero... yo es que no los veo. Incluso, muchos van a China cuando se ponen malos aquí. Porque allí hablan el idioma, conocen gente, conocen los hospitales; se sienten más seguros”.*

(E5) *“Ellos van al público y a atención primaria. Si no se quedan tranquilos van a urgencias. Cuando un chino tiene posibilidad de informarse a coste cero se va a informar, siempre (...). Pero también consultan a la madre, a la suegra, etc., tienen otro tipo de consultas. La longevidad de China siempre ha sido muy alta incluso cuando estaban en época de hambruna y eso es por su alimentación y sus costumbres. Como tienen esa estructura no necesitan tanto”.*

En los discursos se recogen algunos de los motivos que pueden llevar a la población de origen chino a rehusar de los servicios sanitarios públicos occidentales (en este caso, los servicios de la ciudad de Sevilla). A grandes rasgos, los elementos que dificultan el acceso a los servicios sanitarios son idiomáticos, de discrepancias con enfoques de la medicina y de gestión y burocracia del propio sistema. Otros también aluden a la imposibilidad de dejar los trabajos (C-6; C-131): *“si coges cita a las 11 por lo menos hasta las 12 no entras en consulta y estoy trabajando y no puedo perder ese tiempo”.* En una conversación mantenida sobre la asistencia a las clases de preparación para el parto, la usuaria manifestó (C-43): *“son por la tarde y yo con el trabajo no puedo”.*

(E4) *“Creo que muchos no lo hacen por desconfianza (...). Aquí llegas, no conoces a nadie, no puedes hablar con el médico, no te puedes expresar, no sabes lo que te van a dar...entonces te ves un poco desamparado”.*

(E2) *“Se tratan vocablos y tecnicismos que no se suelen entender (...). La forma de ver las dolencias, las soluciones y los remedios y todo es totalmente distinta (...). Otras veces por tiempo, porque ocupan la mayor parte del día trabajando”.*

(E3) *“No acuden porque no entienden (...). Dicen que pasan mucho tiempo en las colas de espera”.*

En ocasiones, las dificultades percibidas hacen que la propia comunidad deba poner en marcha recursos propios para la ayuda a sus miembros:

(E7) *“Normalmente nos llaman por ejemplo de Virgen del Rocío y Macarena, pero sin ningún tipo de nada...solamente nos dicen mira, aquí hay un paciente chino y no habla español, ¿podéis venir a ayudar? Cuando tiene algo grave, todos sus amigos, su familia le ayuda, y luego la asociación como nosotros también. Había un caso de una señora que tenía cáncer y quería volver a China y entonces le ayudamos económicamente y volvió y murió allí”.*

Los problemas de comprensión por el idioma son tales, que en algunos casos, personas chinas con conocimiento del castellano llegan a interpretar consultas médicas de familiares por vía telefónica (C-113) o de forma presencial (C-120; C-122):

(E6): *“Muchas veces acompaño a mi abuela al centro de salud y hago un poco de traductor”.*

(E7) *“Si uno tiene problemas de salud y tiene que ir al médico, normalmente busca a algún amigo o familia que sabe español para acompañarle y traducir”.*

Los/as participantes manifiestan que aquí se tarda mucho mientras que en China es todo muy rápido (C-85); C-101). De ahí que aprovechen sus viajes a China para realizar cualquier revisión médica.

(E7) *“Hay que esperar mucho tiempo. Lo que hacen muchos chinos cuando tienen algo, directamente compran billete de avión y a China para curarse. No es que aquí no sean buenos, pero primero, por el idioma, segundo por la espera tan larga”.*

(E2) *“Cuando viajan de vuelta aprovechan para acudir al médico y hacer todas las revisiones que necesiten y yo creo sobre todo por tema de idioma y la confianza que le pueda generar el medico”.*

(E5) *“Prefieren un médico chino (...), se enteran mejor (...). Te digo de gente que se ha ido a China y se lo ha pagado; aunque aquí es gratis se ha operado allí... Tengo un amigo que tenía un tumor en el tiroides, y aquí le dicen que se quite el tiroides y a tomar una pastillita toda la vida. Te vas a China y no te dicen eso (...), no cortan del todo porque dicen que el no tenerlo te va a desestabilizar en un futuro. Tanta medicación va a hacer que luego tu vejez no sea tan buena. Es un componente cultural brutal (...); si saben que aquí te puedes curar algo pero luego te sale por esa misma curación otra”.*

2.5.2. Sanidad China/ España

Muchos de los motivos que hacen que la población china se decante por unos u otros servicios de salud, pueden explicarse por las diferencias existentes entre la sanidad en ambos contextos:

el español y el chino:

(E1) *“La medicina privada no la conciben igual que nosotros, porque ellos el sistema que tienen allí es privado (...); puede que les parezca hasta algo muy normal. Aquí quizás la medicina privada es para la gente que se lo pueda permitir. En China es algo con lo que tienen que lidiar”.*

(E2) *“La sanidad allí ha evolucionado bastante en los últimos años (...). Pero el acceso todavía está bastante restringido y se encuentra más profesionalizado en grandes ciudades (...). Zonas más alejadas de la ciudad, por supuesto ya no hablamos de zonas más rurales, es bastante precaria (...). Por todos los comentarios que hay, siempre se habla de que los servicios de aquí son mejores que los de allí, imagino que también en cuestión de cobertura (...), pero hay mucho recelo a la medicina occidental porque te hace que te soluciona el problema muy a corto plazo pero a la vez te está provocando otro”.*

(E3) *“En China hay dos tipos de clínicas: occidental como aquí (...) y hay otros que son clínicas de MTC. Entonces tú eliges donde quieres acudir. También hay mixtos (...). Allí es por pago (...), vas al médico especialista porque tú pagas el servicio. Ventajas allí: no hay mucha espera; tú con que tengas dinero, lo pagas y normalmente son muy rápidos para cualquier intervención. Aquí como es por la seguridad social, hay mucha gente, hay mucha lista de espera. Lo demás, la tecnología y todo eso, creo que igual”.*

(E5) *“Hay una gran diferencia entre la medicina china y la occidental. Aquí es curativa y allí es preventiva y luego aquí se va mucho al síntoma, no al foco de donde viene. Allí el médico bueno es el que hace que no te pongas malo, no el que te cura (...). Hay hospitales de medicina china nada más, hospitales de medicina mixta, pero en general para la gente que es normal, suele ser todo a un alto coste. Por eso también tienen una capacidad de ahorro muy importante. Pero es que en verdad ellos van menos que nosotros al médico, ellos son más de prevención. Allí por todo tienes que pagar y te puedes encontrar con médicos que pueden ser unos mercenarios y te negocian con las recetas y cosas así. Entonces aquí el médico es más sincero y más vocacional. Eso ellos lo saben, y lo admiten y lo aceptan. Ellos no dudan de que el criterio del médico aquí sea el más honesto y el mejor para ellos. Ellos lo que pasa es que dudan muchas veces de los conocimientos o del tipo de diagnóstico por ser occidental”.*

(E7) *“Ahí normalmente hay que pagar. Por ejemplo mi hermana en este invierno tuvo bronquitis, ingresó en hospital durante una semana y pagó 200 euros más o menos, pero no pagó ella, sino compró un seguro. Pero hay gente que no compra seguro. No todo el mundo compra seguro (...). Los médicos sevillanos son muy buenos y los personales son muy simpáticos y tienen mucha paciencia. Eso lo veo muy bien”.*

2.5.3. Mejoras en el Sistema de Salud en España y Sevilla

La adaptación de los servicios sanitarios para favorecer el acceso de toda la ciudadanía, debe contemplar la introducción de elementos relacionados con la diversidad cultural existente en la ciudad. Destaca en el 100% de los discursos la comunicación como la primera barrera a vencer:

(E2) *“Salvar el tema del idioma, eso es primordial (...). Con programas informáticos en el que se recogen las dolencias principales, diagnósticos, tratamiento y un traductor simultáneo, o*

aplicaciones de internet para que puedan solicitar citas en función de la especialidad que necesiten y hacerlo todo online con adaptación a los sistemas digitales chinos, no creo que se necesite mucha más adaptación. Nosotros de hecho estamos trabajando con alguna institución dedicada al tema de atención sanitaria, en este caso privada, para adaptarlo a la comunidad china, tanto a la que vive aquí como a la que visita. En ese sentido si hay algunas fases para implantar en esos centros para que se adapten algunas habitaciones a la comunidad china, pero para ofrecer un servicio generalista a toda la comunidad no hace falta”. (Doctoranda: ¿cuál sería un ejemplo de estas mejoras de asistencia privada?): “Algo tan fácil como un hervidor de agua”.

(E3) “Una vez que tengan gente que hablen chino creo que va a ser más fácil para mis paisanos (...). Esa es la única barrera que los chinos tienen para acudir al médico”.

(E5) “Lo único el tema de la lengua. Aquí hay ciertas zonas como es el Cerro del águila y Sevilla Este...pues ahí a lo mejor si merece la pena tener traductor o si hubiera algún chino destinarlo ahí”.

(E4) “Que hubiera intermediarios, que hubiera traductores. Tú te vas al resto de Europa y hay un sistema de traductores para todo (...). También algún tipo de campaña de información hacia la comunidad china (...): cómo funciona el servicio, donde tienen que acudir, que médico les corresponde...”

En segundo lugar, se apela a la mejora de los tiempos en la prestación de atención sanitaria:

(E2) “Creo que el proceso o protocolo de atención establecido no es correcto (...). Al final no van porque siempre hay mucha cola, muchas horas de espera, pierden toda la mañana (...); sería más un problema a resolver en general. Los plazos nunca se suelen cumplir”.

(E3) “También digamos la flexibilidad, la rapidez, porque a los chinos les gustan las cosas más rápidas. No les gusta mucho tener que esperar. Entonces si hay poca lista de espera y son más flexibles los médicos a la hora del tratamiento y diagnóstico, también les facilitaría mucho”.

En definitiva, las propuestas de mejora de los servicios sanitarios no son más que un intento de solucionar o eliminar aquellos factores que dificultan el acceso y que hacen que la comunidad china residente en Sevilla emplee desigualmente los recursos a los que legalmente tiene derecho.

2.6.Estado de Salud

2.6.1. Problemas de salud

Principalmente, el deterioro de la salud se relaciona con los hábitos de vida; el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco. En este sentido se puede hablar de algunas de ellas como las alteraciones gástricas. En general, son las patologías crónicas las que cobran importancia, no

evidenciándose la presencia destacada de enfermedades infecto-contagiosas. Otro problema también resaltado son las alergias.

(E1) *“Hay una serie de enfermedades que están creciendo; los cánceres; fuman mucho, beben mucho; tienen muchos hábitos de vida no saludables (...). La salud evidentemente para ellos es importante, pero no creo que se preocupen para hacer lo que esté en su mano para estar sanos”.*

(E2) *“Yo creo que temas musculares y de espalda. Problemas digestivos tienen por el cambio digamos de la dieta (...), el contacto es inevitable con la cultura española. El tema de la lactosa por ejemplo, los lácteos, y tal, está demostrado científicamente que no son muy receptivos a ella”.*

(E3) *“En mi generación la gente cuida mucho, previene mucho (...), pero la generación de mis padres no (...). No hacen las vacunas (...). Yo creo que también porque como no le han dado mucha información acerca de eso, no le han echado mucha cuenta (...). Las enfermedades más frecuentes: contracturas, cervical, lumbar, resfriados, etc., como todo el mundo (...). Antiguamente yo no he visto mucho; cómo no van mucho al médico, tampoco me lo contaban, pero ahora sí que estoy notando que ya estamos teniendo mucha gente con enfermedades crónicas como diabetes, HTA, EPOC, problemas de pulmón, asma, obesidad. Alergias...eso también es una cosa que en China casi nadie tiene alergia y cuando llega aquí ya tiene. Y el ambiente es aquí mejor que en China, pero claro, dicen que es por el olivo (...). También por los cambios en la rutina de comida por tantas horas de trabajo (...), entonces digamos que no hay equilibrio y mucha gente tienen gastropatías, gastritis”. (Doctoranda: ¿qué hacen ante las dolencias?): “lo aguantan”.*

(E5) *“Yo creo que los que viven aquí un poco igual que la gente de aquí: tiroides, estómago... No porque sean chinos yo veo que tengan más enfermedades que otros, ni ninguna especial”.*

(E7) *“Igual el problema de aquí o la falta de movimiento, igual creo (...). Yo no soy alérgica en China, pero aquí soy alérgica a un polen”.*

(E4) *“Yo creo que problemas de estómago. Yo creo que por el estrés quizás, la alimentación, el tabaquismo también, los excesos, el alcohol... por los malos hábitos sobre todo. He visto a muchos amigos de mis padres con problemas de estómago. Con cáncer también, por fumar. Mi madre por ejemplo murió de un cáncer de pulmón, mi madre fumaba. Y ahora tengo un hermano también con cáncer de garganta. Fumaba y bebía, tenía todas las papeletas”.*

En muchas conversaciones informales también se ha debatido la fuerte presencia de problemas gástricos. Estos últimos han sido motivo de consulta médica (C-30; C-71; C-89; C-113; C-119) o causa de modificación de hábitos (C-79), como el consumo de alcohol: *“antes bebía una botella de vino solo el fin de semana”.*

Además de las enfermedades de carácter más físico, una persona resalta otro tipo de patologías, en este caso mental:

(E4) *“La ludopatía. El juego es una cosa muy intrínseca, muy metido en la comunidad china (...) porque juegas, te pegas horas charlando, puedes comer, puedes beber (...). Incluso si te vas al casino, entra un día un sábado a partir de las 12 o la 1 y verás la cantidad de chinos. Yo creo que eso es una enfermedad, vamos es una adicción. Consideran que es ocio pero juegan siempre con dinero de por*

medio. Nunca se juega con garbancitos ni nada (...). Eso es un drama, para la familia es que te arruinan, es que hay gente que se arruina jugando”.

2.6.2. Riesgos laborales para la salud

Dado el tiempo que la población china pasa trabajando, surgen en los discursos otros problemas de salud que merecen distinción especial: son los derivados del trabajo, de los riesgos asociados a los puestos que ocupan o de los estilos de vida adoptados por las condiciones del mismo. Se hace referencia a lesiones de tipo músculo-esqueléticas, ya que se trata de puestos con exposición a cargas físicas principalmente. También las de origen psíquico asociado al estrés. Sin embargo, no se evidencian datos relevantes sobre accidentes laborales.

(E1) “Los que trabajan en restaurantes entiendo que estar todo el día o muchas horas en la cocina y la poca ventilación puede causar algún tipo de riesgo en las vías respiratorias y demás. Los que trabajan en una tienda problemas de espalda, de estar cargando y descargando cosas en las estanterías o estar todo el día sentado, o problemas musculares (...). Creo que les afecta negativamente; una persona que está 12 o 14 horas sentada en una tienda, un día vale, pero día tras día...”.

(E2) “Los riesgos que podría tener cualquier trabajador de una nave industrial: carga, de estar en contacto en almacén con maquinaria, elevadores”.

(E4) “Sedentarismo lo primero, después la mala alimentación... todo lo que conlleva ese tipo de trabajos. Por lo menos el que trabaja en una tienda y se pega tantas horas sentado”.

(E6) “Conlleva que no puedas cuidarte de ti mismo. Muchas veces llegas casando del trabajo por la noche y te metes cualquier cosa en la boca”.

(E3) “Por el estrés y por muchas horas de trabajo sin descanso. Normalmente a la semana es un día de descanso, pero lo veo todavía muy intenso (...). Como trabajan mucho, no echan mucha cuenta a su salud; cuando aparece algún síntoma de malestar prefieren aguantarse y seguir trabajando (...) llega un extremo que ya no pueden entonces se da de baja y va al médico”.

En una de las conversaciones (C-112), un participante relataba que antes no tenía problemas de tensión. Sin embargo, cuando abrió el negocio comenzó a tener preocupaciones y esto le fue generando subidas de presión arterial.

DISCUSIÓN

VI: DISCUSIÓN

1. Proceso metodológico

Para con la elección del proceso metodológico que permitirá el desarrollo de un estudio, existe según Mieles *et al.* (2012) una preocupación por el uso de metodologías mixtas en la investigación; investigadores/as cualitativos/as que emplean criterios cuantitativos para dar explicación a sus resultados podrían reducir la credibilidad de los mismos. No obstante, aclarar que el empleo de ambos enfoques en este trabajo, no parte de la desconfianza del método cualitativo. Más bien resulta un elemento indispensable para dar valor a los datos numéricos, los cuales por sí mismos, carecen de la comprensión social y cultural necesaria para entender los rasgos comportamentales y guiar las decisiones de actuación para el mantenimiento o mejora de la salud en la comunidad a la que se refiere.

En la metodología cualitativa, el investigador se centra en garantizar la cantidad y la calidad de la información, de ahí que el número de casos a seleccionar resulte secundario (Ruiz, cap, 2, 2012), lo que avala la realización de 7 entrevistas a informantes clave. Álvarez-Gayou (2003) apuesta incluso por el gran valor de investigaciones realizadas con un solo caso, en una familia o en un grupo cualquiera de pocas personas.

A nivel cuantitativo, aunque otros estudios con población china cuentan con un tamaño muestral inferior al que aquí se presenta (García 2011; Lee, Suchday & Wylie., 2012; Ribas, 2013; Vargas, 2014), cabe plantearse el porqué de una muestra visiblemente reducida en relación con su cálculo estimado inicial. Además de tener en cuenta la gran extensión de la herramienta empleada para la recogida de información, durante el trabajo de campo estuvieron presentes la desconfianza, falta de tiempo o de interés y reticencia a proveer información. Un ejemplo de ello fue la recogida de un menor número de consentimientos informados firmados en comparación con los cuestionarios cumplimentados. También fueron notorias las barreras idiomáticas y culturales, siendo todas estas razones compartidas con autores como Hernando, Sabidó, Ronda, Ortiz & Casabona (2014). Detectando precozmente que estas dificultades mermarían el tamaño muestral, se incrementó el contacto inicial, siendo éste superior a las estimaciones.

Por otro lado se debe explicar el desajuste de homogeneidad porcentual en cuanto al sexo (38,3% de hombres y 61,7% de mujeres), teniendo en cuenta que la población de origen chino entre 19 y 44 años en Sevilla la conforman un 48,3 % de hombres y un 51,7% de mujeres. A

la dificultad de acceso experimentada, se suman diferencias entre hombres y mujeres, resultando ser éstas más tendentes a la aceptación del contacto y la participación (Lambea, 2015). Esta es una razón de peso que explica la mayor cantidad de mujeres chinas en la muestra del estudio, al igual que sucede en otros estudios (Bas, Fernández, Albar & García, 2015; Ribas, 2013), donde incluso se llega a porcentajes superiores al de este trabajo: 63% de mujeres chinas (Chen, Chin-Lun, Parkin, Fava & Yeung, 2015), 64% (Li-Chan, 2015) o 76% (Lee *et al.* (2012).

Aun contando con una población mayoritariamente compuesta por mujeres y con un tamaño muestral inferior al esperado, es necesario insistir en la necesidad de recoger información sobre salud en población inmigrante, más en la comunidad china, donde los estudios si no están ausentes son escasos. Malmusi & Ortiz (2014) no solo hacen crítica de la escasa representatividad de inmigrantes en estudios sobre salud. También dan explicación a la mayor presencia de población inmigrante específica, como es el caso de las personas latinoamericanas, determinando que dificultades como el idioma y las diferencias culturales suponen un factor de riesgo para la exclusión en los estudios, siendo este caso aplicable a la población de origen chino. Esto ocurre en el trabajo de Ballesteros *et al.* (2005), donde la comunidad china queda excluida al presentar como criterios de exclusión la asistencia a urgencias y las grandes dificultades idiomáticas. Tampoco Tormo *et al.* (2015) cuentan en su trabajo con esta etnia, aunque no se especifican los motivos. Podría especularse sobre los anteriormente citados o deberse a razones de representatividad en relación al total de extranjeros/as en la Comunidad de Murcia. Sordo *et al.* (2015) no solo no mencionan a la población de origen chino, sino que tampoco se agrupa bajo la etiqueta que designa la procedencia asiática; parecen quedar contenidos en un grupo homogéneo de “otros países”.

En general son pocos los estudios de salud realizados con población china en España: algunos de más actualidad son el llevado a cabo por Lambea (2015), Rivera, Lambea & Gutiérrez (s.f), García (2011), Vargas (2014) y el que aquí se presenta. En su mayoría, se trata de estudios que o bien incluyen cierta parte de la población china entre el total de personas inmigrantes (Bas *et al.*, 2015; Gutiérrez-Sastre, 2014; Leung & Stanner, 2011; Martín *et al.*, 2013) o se han desarrollado en el extranjero, con población china autóctona (Cui , Rockett, Yang & Cao, 2012; Lv *et al.*, 2017; Nga & Weng, 2016; Wang, Gellynck & Verbeke, 2016), china americana (Chen *et al.*, 2015; Gao *et al.*, 2015; Kuerban, 2016; Kwan, Chun, Huang &

Chesla, 2013; Lee & Brann, 2015; Lee *et al.*, 2012; Li-Chan, 2015) o en otros países europeos como Portugal (Ribas, 2013) o Reino Unido (Long, Byrne, Gabbay, Frith & Fletcher, 2015).

Aunque estudios recientes con inmigrantes están incluyendo cada vez población de más difícil acceso (trabajadores en situación irregular, etc.), se centran fundamentalmente en áreas específicas como la salud laboral o mental (Hernando *et al.*, 2014). La temática de la accesibilidad a servicios sanitarios se está introduciendo (Long *et al.*, 2015), pero no suelen abordarse estudios sobre salud tan globales.

2. Proceso migratorio

La modificación de la política migratoria en China a finales del siglo XX, favoreció la salida de sus ciudadanos del país, siendo España uno de los destinos escogidos (Valero *et al.*, 2014).

2.1. Perfil sociodemográfico

Haciendo mención a la edad de las personas encuestadas, las medias comprendidas entre los 29 y 33 años de mujeres y hombres respectivamente, avalan las determinaciones de Godenau, Rinken, Martínez & Moreno (2014) y Malmusi & Ortiz, 2014, quienes al detectar una población inmigrante más joven que la autóctona, consideran obvia la necesidad de ajustar o estandarizar por esta variable cualquier comparación, estableciendo acotaciones de hasta 16-55 años, para evitar los sesgos debidos a la influencia de los datos en la población mayor.

Algunos estudios con población china incluyen muestras cuya franja de edad es muy extensa; 16 a 87 años- (Li-Chan, 2015) o de 30-79 años (Lv *et al.*, 2017). Aunque en algunos la oscilación se modera entre los 19-60 años, la mayoría de personas inmigrantes chinas presentan edades más acotadas; comprendidas entre 20 y 55 años y edades medias entre los 30 y 35 años (Lambea, 2015; Ribas, 2013). Esto coincide con la edad media del presente trabajo y otros con población inmigrante (Ballesteros *et al.*, 2005; García 2011; González, 2012; Sáiz *et al.*, 2014; Vargas, 2014), asumiéndose por tanto que se trata de una población adulta y joven en edad activa.

Los resultados también coinciden con estándares europeos donde la población autóctona presenta hasta la actualidad edades superiores a la de la población inmigrante en países de la UE (en 2016, la edad media de la población nacional en la UE-28 era de 44 años, mientras que la de los extranjeros fue de 36 años) (Eurostat, 2017). Como ya indicaba el OPAM (2015a), la edad de la población asiática es inferior a la del total de población extranjera en España (36,8 años), lo cual puede ser explicado por el objetivo principal del proceso migratorio chino -el desarrollo económico-laboral- y por la marcada reagrupación familiar. De esta forma llegan niños y niñas en edad infantil y adolescentes que hacen que la población incremente en número y disminuyan las edades medias del grupo poblacional.

De la gran extensión de la República Popular de China, la procedencia es llamativa desde la provincia de Zhejiang (literalmente significa un río zigzagueante), principalmente de Qintiang y Wenzhou, al igual que señalan todos los estudios que hacen referencia o estudian a esta población inmigrante. Las personas de Qintiang, en ocasiones se presentan como provenientes de una zona que tiene nueve partes de montaña, una de agua y una para cultivar, en una referencia poética a las precariedades de su lugar de origen (Moraga, 2015). Ello favorece la migración de personas y la normalización de esta opción para prosperar económicamente.

A pesar de no haber podido corroborar la etnia de las personas de origen chino residentes en Sevilla, Ly-Pen (2001) determina que la etnia han es la mayoritaria en España, pero también en otros países europeos como Italia y Portugal (Lambea, 2015). Esto sucede tanto para hombres como mujeres, siendo un dato que permite dar sentido a la forma de migración familiar dada entre la población de origen chino. Además, cabe sumar que esta migración nuclear solía comenzar con el varón, evidenciándose en el estudio al llevar éstos por término medio más tiempo residiendo en España que las mujeres. Sin embargo, para la franja de edad estudiada, el porcentaje de población china en Sevilla comienza a ser superior en la mujer, dado el incremento de migración de éstas (Petit, 2002; Rivera *et al.*, s.f).

A pesar de ello, en la comunidad china no se observa la monoparentalidad migratoria protagonizada por mujeres de otros grupos de extranjeros/as, como los/as de origen latinoamericano (González, 2012). Esta feminización es explicada por Ruiz (2002), dado que ciertos sectores de trabajo como el de las tareas domésticas quedan relegados a la mujer latinoamericana por cuestiones de género. No obstante, este hecho para las propias mujeres suponen una estrategia de supervivencia familiar y permite la emancipación de la misma con respecto al hombre (Alcalde, 2014). Esto quiere decir que cada grupo étnico, circunstancias y

países presentan características migratorias diferentes que también influirán y marcarán la estancia de la persona inmigrante.

De acuerdo a los resultados de este trabajo, el perfil de los/as inmigrantes chinos/as es identificado por Chen *et al.* (2015) y Ribas (2013) como el de personas con nivel educativo medio-bajo, civilmente casados/as en su mayoría. No supone un hallazgo fuera de lo común que las personas solteras del estudio sean más jóvenes que las casadas; obedece al mismo patrón social occidental actual. En cambio, los resultados de García (2011) muestran una mayor proporción de personas solteras. Pero, al tender a una media de 29,8 años en su estudio, se podría explicar que con el tiempo de residencia o el incremento del tamaño muestral actual, se obtengan más datos de personas casadas, asemejándose a otros resultados con personas inmigrantes (González, 2012; INE, ENI 2007, 2008).

Los niveles educativos de carácter secundarios -también encontrados en el estudio piloto de García (2011)-, unidos a la edad de la población y los ingresos procedentes del trabajo (más del 95% de la muestra) hacen pensar que el máximo nivel de estudios es alcanzado principalmente en China, de forma que al llegar a España sus actividades se orientan especialmente hacia el trabajo y no hacia el incremento o acceso a estudios de carácter superior. De hecho, los/as informantes coinciden en señalar que la población de origen chino comienza a trabajar prácticamente desde el primer día que llega al país.

Aunque el porcentaje de población con estudios superiores en este estudio es inferior al de otras poblaciones inmigrantes en Sevilla (González, 2012), en contraste con García (2011), el descubrimiento de este grupo de menor edad que se incorpora al mundo universitario (18%), puede suponer que o bien estas personas de forma independiente deciden cursar sus estudios en Sevilla o que los/as hijos/as de las familias migrantes chinas están accediendo a un mayor nivel académico con respecto a sus padres/madres. Sea como fuere, se trata de una nueva generación que puede en un futuro reportar cambios a los patrones conductuales estudiados hoy día.

2.2.Motivos/expectativas de la migración

Una vez mostrado que es en el seno familiar donde se decide quién es la persona que emigra (generalmente el esposo o hijo) y a dónde (principalmente donde exista una base de personas familiares o conocidas) (Lambea, 2015), es necesario determinar cuáles son las motivaciones y las principales expectativas puestas en ello. Entre todas las personas que participan de este estudio las razones son homogéneas; predominan la motivación económica y la mejora de las condiciones laborales y de vida, también evidenciado por Bernardos, Martínez, Frago & Carreras (2014) y Gutiérrez-Sastre (2014). Aunque estas expectativas son compartidas por el núcleo familiar, los datos del estudio podrían acercarse a los de la Encuesta Nacional de Inmigrantes de 2007 (INE, 2008), donde se reporta que los motivos para la migración a España en personas de 16 años o más difieren en hombres y mujeres, siendo las principales razones para los hombres la búsqueda de empleo (45,2%) y mejora de la calidad de vida (41,2%) y en el caso de las mujeres la reagrupación familiar (39,2%) y la mejora de la calidad de vida (38,7%). Indicando de nuevo que son los hombres quienes más tiempo llevan de media en España, deben ser las mujeres necesariamente las mayores solicitantes de reagrupación familiar.

De forma parecida, otros grupos de inmigrantes coinciden en sus discursos con el progreso y el desarrollo como motivaciones para dejar su país de origen (Ruiz, 2002), aunque este no se desarrolle de igual forma. Para la población china, prosperar económicamente pasa por la siguiente trayectoria: primero trabajan por cuenta ajena en los negocios de familiares o amigos/as, para más tarde independizarse laboralmente, trabajando por cuenta propia (Rivera *et al.*, s.f).

La migración además promueve la oportunidad de empleo en esta comunidad, dada la facilidad de flujo de información entre familiares y amigos/as (Ribas, 2013).

Aunque Lambea (2015) señala que puede haber variaciones en las expectativas según la región de procedencia (en el caso de Shangai o Taiwan suelen darse con más frecuencia las razones individuales o profesionales), en general consideran que las condiciones de trabajo en China son peores y que en España se vive mejor; son mayores las posibilidades de ganar mucho dinero para vivir de manera holgada una vida futura a su regreso al país de origen. Esta idea de retorno, aun estando muy presente en gran parte de la comunidad china, a veces

según sus propias experiencias no llegan a cumplirse por variaciones circunstanciales propias y del núcleo familiar completo.

2.3.Residencia en Sevilla

La importancia del tiempo de estancia en el lugar de destino para la población inmigrante, radica en que se trata de un elemento a considerar en el proceso de aculturación y por tanto en las conductas de salud manifestadas o adquiridas con el paso del tiempo. Por ello, aun coincidiendo en algunos aspectos con los resultados de García (2011), cabe destacar las diferencias para con esta cuestión; mientras que el tiempo medio de residencia en España y Sevilla en su trabajo es inferior a 2 años, en el que aquí se presenta es de 11 y 9 años respectivamente, sin que esto hoy día haya supuesto un motivo suficiente de acercamiento de la comunidad científica a este grupo poblacional.

Para aclarar otros aspectos sobre la estancia de las personas chinas, cabe mencionar que un estudio con inmigrantes realizado en el País Vasco, revela que este grupo en su mayoría tiene permiso de residencia permanente, no acercándose a situaciones de irregularidad que pueden acontecer en otros grupos de inmigrantes (Martín *et al.*, 2013).

Casi el 50% de la población de origen chino está llegando directamente a Sevilla, siendo este tiempo de estancia en la ciudad significativo en relación con los/as que llegan desde otros puntos del país, como Barcelona, Madrid o Málaga, según conversaciones informales mantenidas. Dada la vinculación familiar o de paisanaje en la migración de esta población, es posible que con el tiempo se vaya incrementando la llegada directa a Sevilla por reagrupación familiar o por el fomento de decisión migratoria basada en la experiencia de quienes ya migraron.

Los distritos de residencia de la población de este estudio no siguen el mismo orden secuencial que los recogidos en el Padrón de habitantes de Sevilla de 2015. Sin embargo, se contemplan algunos de los distritos predominantes, tales como Cerro-Amate y Macarena, siendo estos compartidos por otros/as inmigrantes como los/as latinoamericanos/as (González, 2012). A pesar de que el número de personas de contacto en distritos Cerro-Amate y Este difieren en una sola persona, no se consigue igualar el total de residencias en este segundo

distrito en relación con el primero. Por una parte y como ya se mencionó inicialmente, la dificultad de acceso a la población ha dado lugar a la conformación del grupo más participativo de personas encontrado. Por otro lado, no necesariamente debe cumplirse que las personas residan en los distritos donde se produce el contacto, ya que éste fue organizado en función de la concentración laboral percibida principalmente. Y es que, aunque según los/as informantes, las personas chinas prefieran vivir cerca de la zona de trabajo, a medida que transcurre el tiempo en España y Sevilla y adquieren negocios por cuenta propia, sus preferencias en cuanto a zona residencial cambian, disminuyendo la predilección por el distrito Cerro-Amate y aumentando para las zonas situadas al este de Sevilla (distrito Este y San Pablo-Santa Justa). En el caso del distrito Cerro-Amate cabe mencionar que según datos del INE, constituye una de las zonas de España con la renta más baja (Centro Andaluz de Prospectiva, 2016), de ahí que aunque la mayor parte de la comunidad china continúe residiendo en el mismo, contemple la movilidad hacia otras zonas urbanas con el tiempo y en función de su progreso económico. Por otro lado, este cambio de residencia no tiene que suponer el abandono del negocio para instalarlo en otra zona. Datos estadísticos sobre cambios de trabajo, apertura y cierre de negocios, así como distribución de los mismos en Sevilla no están disponibles en este estudio.

El registro de personas en la zona este con una gran diversidad en cuanto a tiempo de permanencia, podría explicarse por la llegada de familiares o empleados/as con menor tiempo de estancia y cuyo alojamiento es facilitado por sus jefes/as.

Además de la zona de residencia, es importante analizar la disposición y características de la vivienda, ya que las condiciones de la misma influyen directamente en la salud de quienes la habitan, al mismo tiempo que el entorno donde se ubica, siendo esto evidenciado sólidamente en políticas y acciones que garantizan viviendas seguras y con suficiencia energética, acceso a espacios verdes, al aire libre y a los servicios de ocio (Diéz *et al.*, 2016).

Por dicha influencia sobre la salud, este microhábitat debe garantizar seguridad, ofrecer intimidad, descanso y bienestar en función de las condiciones del medio ambiente y de la conducta que asumen sus ocupantes; de ahí que no deba ser entendida únicamente como el lugar donde se come o duerme (García *et al.*, 2002; OPS/OMS, 2009). Sin embargo, en muchas ocasiones se transforma en un elemento meramente instrumental para la comunidad china, dado que la mayor parte del tiempo se pasa fuera de la vivienda, llegando a identificar los espacios de trabajo como hogares.

En este estudio, es importante el hecho de que todas las personas refieran residir en alguna vivienda, ya sea alquilada o propia, sin detectarse circunstancia de vivienda cedida (por ejemplo por los servicios sociales), como se muestra en un 19,3% de inmigrantes de la ENI 2007 (INE, 2008). Aunque por lo general la adquisición de viviendas en propiedad es mayor en población española con respecto a la extranjera (González & Iglesias, 2015), parece ser que la compra de las mismas se relaciona con el proceso de aculturación en España. Para este estudio, el porcentaje de propietarios/as de viviendas es superior al del grupo de personas chinas estudiado por García (2011) u otros colectivos inmigrantes (Bonillo, Belmonte & Román, 2011; González, 2012). Esto puede ser explicado por las mejoras económicas encontradas en esta población con el paso del tiempo, ya que tal y como exponen los/as informantes, una persona china no concebiría comprar algo en propiedad hasta establecerse como autónoma.

En relación a la media de habitantes del hogar (4 personas), es superior a la de la población española, al igual que sucede con otros grupos de inmigrantes (Godenau *et al.*, 2014). Estos resultados también son compartidos por García (2011) y González (2012) y superan las atribuciones a la población asiática en la ENI 2007 (INE, 2008) (hogar con un número medio de 3,45 personas). Aunque la residencia en la vivienda suele estar protagonizada por el núcleo familiar (según personas encuestadas: pareja con hijos/as o hijos/as con padres/madres y hermanos/as) sin condiciones de hacinamiento, en ocasiones se ha producido la no señalización de otras personas que aparecen en el hogar de forma intermitente por un período concreto, pero que también podría comprometer el espacio vital y las condiciones de la vivienda y su organización. En tal sentido, tanto lo observado como los discursos de las personas informantes, indican que existen miembros de la familia que pasan períodos de tiempo en el hogar para ayudar en el trabajo, o bien personas que por cercanía al trabajo pernoctan en los negocios o en las viviendas de otros/as familiares.

La mayor presencia de parejas con hijos/as en los hogares de personas inmigrantes también se detecta en la ENI 2007 (INE, 2008) (36%), seguido de un 23% que convive con su pareja pero sin hijos/as. Esto último no es tan frecuente en la comunidad china, ya que tras los familiares directos, predomina la convivencia con personas no familiares (12%), motivo que explica principalmente las viviendas compartidas por empleados/as, aun siendo éstas señaladas como alquiladas.

En general, la población del estudio está contenta con sus viviendas, las condiciones inherentes a las mismas (luminosidad, ventilación, confort, etc.) y el barrio. La consideración de la limpieza de las calles es buena aun teniendo en cuenta que en el distrito Macarena, este es uno de los aspectos más negativos destacados por la población sevillana (Centro Andaluz de Prospectiva, 2016) Aunque según la ENI 2007 (INE, 2008) el 43,7% de las viviendas donde residen inmigrantes carecen de calefacción y en el cuestionario no se hace mención específica a este apartado, no se detectan quejas generalizadas en los encuentros mantenidos, algo que coincide con los resultados de Bonillo *et al.* (2011). En su estudio, la población china afirmaba mantener una situación regular de higiene en la vivienda y poder permitirse en mayor medida que otros/as inmigrantes correctas adaptaciones en el hogar para vivir adecuadamente. Especial importancia dan a la calidad del aire y del agua. Muchas personas manifestaron durante las encuestas beber agua de botella, hecho explicado por la costumbre adquirida en China, dada la alusión constante a la contaminación excesiva presente en su país.

Más del 87% de la población considera que las condiciones de su vivienda no afectan negativamente a su salud, datos que comienzan a descender en los estudios de García (2011) y González, (2012). Según las consideraciones de la población china, parece ser que residen en “viviendas saludables”, al carecer éstas de factores de riesgo o presentar elementos de bienestar (OPS/OMS, 2009). No obstante, también cabría preguntarse si el entorno laboral cumple con dichas características promotoras de salud, al ser la zona de trabajo un lugar donde transcurre gran parte de su tiempo.

La salud podría deteriorarse con preocupaciones excesivas sobre la marcha del hogar en el día a día. En este sentido, las mayores preocupaciones se dan para la compra de ropa/enseres y estudios- independientemente de la estabilidad laboral alcanzada- siendo mayor en el caso de las mujeres. El único aspecto en el que los hombres puntúan más que las mujeres es el relacionado con el pago de la vivienda (alquiler o hipoteca). Aun así, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. Dicha significación si resultó positiva para con la población de origen chino de García (2011) ($p=.011$), lo que podría explicar la tendencia al estrés y la alteración de la salud mental en esta población debida a las atribuciones de género.

2.4. Duelo migratorio y aculturación

A causa de cambios producidos en el proceso de aculturación podría afectarse la salud de las personas, de forma que por ejemplo, modificaciones en la dieta podrían vincularse al aumento de la vulnerabilidad a padecer ciertas enfermedades como las cardiovasculares (Lee *et al.*, 2012).

Componentes como la nostalgia, el duelo que implica dejar atrás una determinada forma de vida, la incertidumbre sobre el trabajo, el choque cultural o la experiencia de discriminación generan estrés aculturativo (Generalitat de Catalunya, Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud, 2007), evidenciándose algunos de estos elementos en los resultados de este trabajo. Los sentimientos de pérdida observados en el estudio se relacionan con la familia y amigos/as y el bagaje cultural (celebraciones populares importantes, etc.). Leno (2008) afirma que cuanto más diferencia existe entre las culturas, mayor es el estrés y el riesgo psicopatológico en la persona. Este aspecto resalta en nuestro estudio, donde las diferencias culturales son percibidas como abismales entre oriente y occidente, a pesar de manifestar una buena capacidad y facilidad de adaptación. En cambio, cabe resaltar la información expuesta por Martín *et al.* (2013); afirman que entre las mujeres inmigrantes, son las chinas quienes más dificultades perciben a la hora de integrarse en la sociedad de acogida.

Coincidiendo con otros estudios donde la mayor parte de la población inmigrante solo manejaba su idioma (Godenau *et al.*, 2014; Lee *et al.*, 2012), se presenta la barrera idiomática como el principal inconveniente para la correcta adaptación al nuevo lugar y conocimiento del funcionamiento de los servicios y recursos disponibles públicamente. En definitiva, para la población de origen chino, la exclusión provocada por esta dificultad es alimentada por la dedicación casi exclusiva a la vida laboral, donde el entorno que rodea a la persona es el constituido por el resto de personas de su comunidad, generando un círculo irrompible percibido como hermetismo por la sociedad de acogida.

Otros aspectos relacionados con el proceso de aculturación son los conflictos en el núcleo familiar derivados de una aculturación asimétrica entre padres/madres e hijos/as (Lee *et al.*, 2012), las dificultades de adaptación culinarias a la comida española o incomprensión de una forma de vida occidental donde predomina el ocio y el disfrute y la incapacidad del ahorro.

Pero también es necesario resaltar los aspectos valorados de manera positiva por la comunidad china: servicios públicos como la sanidad, menor estrés, condiciones del medio ambiente o incluso ciertas libertades generalizadas (libertad de expresión, acceso a información y redes sociales, etc.). Ruiz (2002) expone que las percepciones del destino como algo más positivo a la llegada, suelen darse cuando el/la migrante accede al mundo laboral y en base a la comparación económica con sus iguales en el lugar de origen. Se podría suponer que esta concepción positiva puede ser mayor en la comunidad china en relación con otros grupos étnicos, dada la actividad laboral desempeñada de forma precoz. Aunque es imposible determinar si su nivel de satisfacción general en la sociedad sevillana se mantiene, mejora o empeora con el tiempo debido a la transversalidad del estudio, si es posible mostrar que en el momento de realización de este trabajo, el 91,6% estaba satisfecho/a o muy satisfecho/a con su vida, superando éstos los porcentajes de García (2011) (64,5%).

3. Red de apoyo y relaciones sociales

La red de apoyo familiar en la comunidad china es tan importante que sin ella no podría darse el fenómeno migratorio a partir del cual se extraen estos resultados. Y es que la consecución del objetivo por el que migran depende principalmente de la ayuda económica prestada por la red de iguales (Gutiérrez-Sastre, 2014). Así, las personas chinas no requieren préstamos bancarios, ya que el sentimiento de confianza y reciprocidad generado por *guānxi* hace que la ayuda se ofrezca sin pretensiones lucrativas; más que con el fin de ayudar a los/as compatriotas, siendo muy extraño que se produzcan impagos (Lambea 2015; Petit, 2002). Esta particularidad se debe a que dar y recibir constituyen los pilares de la solidaridad y el prestigio (Sáiz, 2015); la obligación de construir el *guānxi* se une a la de obtener *mianzi* o comúnmente denominada “cara” o “dar la cara”; esto supone manifestar una actitud que genere la valoración positiva del grupo (Goffman, 1955: 213; Moraga, 2012). De lo contrario, la persona podrá recibir una gran presión o críticas que lleguen a aislarla y excluirla del mundo chino (Sáiz, 2015).

Las relaciones laborales van más allá de una relación jefe-subordinado; los/as empleados/as son identificados/as como “hermanos/as”, se les ayuda en la realización de todo tipo de trámites y se les facilita vivienda en la medida de lo posible (Rivera *et al.*, s.f). Ésta suele ser

ofrecida por la persona empleadora -algún familiar o conocido/a-; más tarde y con el soporte económico prestado, la persona que migra podrá regentar su propio negocio (Lambea 2015; Ribas, 2013).

La dedicación de tanto tiempo en los inicios laborales también requiere en muchas ocasiones la ayuda familiar desde China; principalmente cuidando a los/as hijos/as de la persona o pareja que viene a España. Esto suele efectuarse durante los años necesarios hasta que la familia logre su estabilidad laboral en España y los/as más pequeños/as hayan aprendido el chino mandarín y sean socializados culturalmente. Después retornan cuando su cuidado no es tan absorbente (Gutiérrez-Sastre, 2014; Lambea, 2015).

A pesar de ser esto una práctica muy extendida, desde el ámbito educativo de la propia comunidad china, alertan sobre la peligrosidad de hacer que los/as niños/as lleguen a España tan tarde, puesto que aumenta la dificultad para aprender el nuevo idioma y terminan siendo víctimas de discriminación social, principalmente en las aulas. Todo ello puede acarrear consecuencias negativas para la salud mental de las personas chinas desde la infancia (Uña, Clemente, Espinosa & Fernández, 2011).

Los datos cuantitativos y cualitativos coinciden en explicar que la familia (jià) es la principal fuente de apoyo referida por la población china en este estudio, siendo esto también compartido por otros autores (Lambea, 2015; Liu, 2007, p.109-112). Éstos consideran que se trata de una red patriarcal que responde a normas éticas confucianas. Está compuesta por reglas cardinales (el estado gobierna al pueblo, el padre al hijo y el marido a la esposa) y virtudes (benevolencia “Ren”, obediencia “Yi”, decencia “Li”, conocimiento “Zhi” y la fidelidad “Xin”), donde cada persona tiene una posición determinada que le da ciertos privilegios y obligaciones en el contexto general de la familia. Quien está en la posición inferior debe obediencia y lealtad al superior, pero quien representa la “cabeza” de la familia debe seguir una pauta de conducta basada en la virtud (Moraga, 2015).

Aunque según los datos del presente trabajo, recibir afecto y cariño, invitaciones de amistades para salir, contar con personas con quien poder hablar y que se preocupen por uno/a se vincula al sentimiento de satisfacción general con sus vidas, es necesario entender cómo se dan estas relaciones familiares, ya que son diferentes en la cultura oriental y occidental. Para los/as chinos/as, la consideración especial a los/as padres/madres se relaciona más con el deber y la obligación de los hijos e hijas que con la concepción amorosa y de amistad

occidental (Liu, 2007). De hecho, lo normal es que los/as hijos/as trabajen apoyando al padre o madre sin pedir nada a cambio (Sáiz, 2015; Uña *et al.*, 2011), pero esperando cierto aporte al finalizar un período que suele coincidir con su matrimonio (Moraga, 2015).

Para el caso del apoyo intergeneracional prestado por los/as abuelos/as, además de responder al proyecto migratorio, se relaciona con el peso concedido a los mayores dentro de la familia. Según Bueno (2015), esa forma de entender las relaciones sociales podría suponer que en un previsible futuro las personas mayores dependientes chinas que vivan en España sean atendidas en el seno familiar.

Pero la familia no solo es entendida por las relaciones de parentesco más directo. También es considerada una familia extendida o red social en sí en cuanto a que comparte un conjunto de símbolos (lengua, alimentación, filosofía de vida...) o un origen geográfico (en este estudio compartido por la procedencia mayoritaria desde Zhejiang), quedando estos valores arraigados desde la época de Confucio. Esto hace que la sociedad china esté formada por interdependencias entre los y las miembros ligadas a redes de amistad y paisanaje (Lambea, 2015).

La importancia de las relaciones sociales son tales que también permite comprender algunas conductas de salud. En un estudio con pacientes chinos con insuficiencia cardíaca, Rong, Peng, Yu & Li (2016) señalaron como estas personas, ante determinadas invitaciones por parte de amigos/as y familiares (consumo de té) podían ver afectada su vida social, retirándose de ella o bien no adoptando las recomendaciones sanitarias para con la patología que presentaban, ya que rechazar el brindis suponía un gesto descortés y grosero y un sentimiento de vergüenza para la persona que lo protagoniza.

3.1.Relaciones de género

Al ser la familia entendida como una empresa cuyo mantenimiento depende del trabajo remunerado, las mujeres chinas no han sufrido un acceso desigual al mismo como ocurriría en otros colectivos de inmigrantes. Prácticamente son incorporadas al mercado laboral en España desde el primer momento (Martín *et al.*, 2013), adoptando un papel principal o en igualdad de condiciones con sus maridos (Sáiz, 2015). La actividad empresarial se muestra

por tanto como una de las mejores fórmulas para ser socialmente reconocidas, aunque se relaciona más con la obligación de contribuir al marco productivo familiar que con aspiraciones individuales.

De esta forma, la exclusividad del ámbito doméstico para la mujer (más incidente en áreas rurales de China) (Ma, 2015) también se entiende como una hiperinversión, contribuyendo indirectamente al éxito económico-familiar (Gutiérrez-Sastre, 2014). Pero en relación a la salud, en nuestro estudio se evidencia el descuido de ciertas actividades saludables como las prácticas preventivas o la actividad física debido a “obligaciones” cotidianas como las tareas del hogar y el cuidado de los/as hijos/as. Este hecho es tan objetivable, que incluso se manifiesta a la hora de determinar los motivos por los cuales hombres y mujeres no reciben asistencia sanitaria. Aun siendo la falta de tiempo la razón generalizada, las diferencias estadísticamente significativas sitúan a los hombres en la falta de tiempo a causa del trabajo y a las mujeres en lo referente al cuidado de los/as hijos/as.

Dado que la salud es un exponente de las desigualdad entre hombres y mujeres, esto resulta ser un gran obstáculo para que las mujeres puedan disfrutar del derecho a la salud en las mismas condiciones que los hombres (Palomino *et al.*, 2014).

Por otro lado, la influencia de la feminización de las tareas del hogar es tal, que en un estudio realizado por Rhodes *et al.*, (2016) sobre la influencia en las decisiones de elección de alimentos familiares con familias inmigrantes intergeneracionales, se muestra que independientemente del origen étnico, las abuelas y las madres dominaron insistiendo en el consumo, monitoreo y recordatorio, incluso en familias donde los padres eran los principales responsables de la preparación de las comidas familiares. Es necesario tenerlo en cuenta a la hora de diseñar estrategias de promoción de hábitos alimenticios saludables, ya que las mujeres constituyen un recurso de potenciación de la salud de otros/as miembros de la familia si se las hace partícipes.

3.2.Convivencia con otras etnias, estereotipos y prejuicios

Las relaciones directas entre las personas son una fuente tendente a la igualdad social, pero esta no podrá darse si se difunden valores de competencia como modelo de interacción social

-incrementándose durante etapas de recesión económica- (Moreno & De Alós, 2016) y si prevalece la idea del nosotros. Esto hace que los/as forasteros/as ocupen una posición por encima o por debajo de la jerarquía social comunitaria, pero no igual (Gobernado, 1986), transformándose finalmente en actitudes discriminatorias que generan desigualdad entre las personas en todos los ámbitos. Ya las memorias anuales correspondientes a los años 2015 y 2016 elaboradas por el Servicio de Asistencia y Orientación a Víctimas de Discriminación Racial o Étnica, mostraron para Andalucía la mayor tramitación de casos de marginación, afectando principalmente a mujeres y hombres entre 18 y 45 años en los ámbitos del empleo y de la comunicación e Internet (La Vanguardia, 2017). Otro aspecto es el que nos ocupa, el de la salud, para el que Basabe & Bobowik (2013) muestran las repercusiones graves de la discriminación étnica sobre el bienestar en términos de síntomas depresivos y para la autoestima personal y colectiva.

El acercamiento cultural o compartir determinados símbolos como el idioma, comporta una mayor interconexión entre diferentes poblaciones y mejor aceptación de la población extranjera en el lugar de destino (Basabe & Bobowik, 2013). Mientras que esto ocurre con la población latinoamericana donde se da una mayor permeabilidad en las fronteras sociales con el colectivo español autóctono, no sucede así con otras minorías étnicas como la magrebí o china, dadas las distancias culturales. En parte, esto permite explicar el escaso contacto exterior de la población china (su convivencia se produce principalmente dentro de su comunidad). Aunque la mayoría refiere trabajar con personas de otras etnias, el contacto solo gira en torno al vínculo laboral. No obstante, los/as informantes indican que cada vez esta situación es más cambiante; se vienen observando ciertas amistades más sólidas entre españoles/as y chinos/as, aunque todavía siguen siendo escasas.

Según los datos del Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica del MSSSI (2015), más de la mitad de los adjetivos con los que las personas de los diferentes grupos étnicos estudiados creen que la sociedad española les identifica, son calificativos negativos o de tipo peyorativo (57,3%). Para el caso del grupo oriental, aunque la población española también les atribuye cualidades positivas como la honradez, educación y ser personas trabajadoras, éstos/as en su mayoría consideran (42,4%) que el trato dado por las personas españolas no es ni bueno ni malo, siendo coincidente con los resultados del presente trabajo. Y es que a pesar de que la población china encuestada refiera un trato igualitario al de otros grupos étnicos, esto no quiere decir que necesariamente sea positivo. Conciben en su

mayoría un trato neutral o negativo, siendo peor la percepción en personas jóvenes y en mujeres, tal y como comparte García (2011).

También Li-Chan (2015) menciona la mayor vulnerabilidad de las familias tradicionales y las mujeres ante el empleo de términos como la palabra “chino/a”. Ésta es utilizada al acudir a rasgos físicos, nacionalidad o facilidad del vocablo; sin embargo, puede resultar molesto para ciertas personas e incluso una forma de exteriorización de falta de simpatía o desagrado. A pesar de que muchas personas comparten que en función del tono y la actitud puede percibirse desprecio o no, los hombres suelen sentir mayor indiferencia. Dicha aceptación ha venido determinada por la resignación con el tiempo o por el deseo de llevar a buen término la venta de algún producto.

Siguiendo con el trato percibido por la población de origen chino de nuestro estudio en España, la mayoría señala las diferencias culturales entre el “mundo chino” y el occidental junto con la nacionalidad, como los elementos más influyentes en el mismo. Les sigue la posición económica, muy ligada a las percepciones de prejuicios sobre ellos/as, dados los rumores económicos circulantes. Y es que además de atribuir a los/as inmigrantes la saturación y degradación de servicios públicos como la sanidad o la educación (D.G. contra la Discriminación, Ministerio de Igualdad, 2009), la tendencia a enjuiciarlos/as como responsables de la escasez de empleo y de los bajos salarios o costes de los trabajos, ha servido como instrumento de rechazo hacia la población extranjera (Valero *et al.*, 2014).

Esta es una de las principales razones por las que la población china puede ser percibida de forma negativa; el recelo a perder territorio o temor creciente de sufrir pérdidas económicas, pues ocupan fuentes de trabajo y crean establecimientos comerciales con gran éxito (Li-Chan, 2015). Coincide con los discursos del Informe comparativo llevado a cabo con grupos nacionales de países europeos (Finlandia, Suecia, Países Bajos, Portugal y España) en el proyecto “Living Together: Ciudadanía Europea contra el Racismo y la Xenofobia” (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2010), donde predominan las ideas hacia la población inmigrante general de baja cualificación, delincuencia, privilegios y abusos en el ámbito educativo, sanitario y económico, culpabilidad por la bajada de sueldos y la situación de paro. También predomina la aceptación de sus costumbres, permitiendo el desarrollo de su propia cultura solo cuando no desvirtúe la cultura mayoritaria.

Estos datos se oponen a lo expuesto por Godenau *et al.* (2014), quien mostró que en 2011 el

78% de las personas españolas mayores de 15 años manifestaron una actitud positiva, o cuanto menos neutra hacia la población inmigrada; bien consideran que la llegada de inmigrantes hace de España un lugar mejor para vivir, o que dicha llegada no ejerce un efecto crucial sobre la calidad de vida. No obstante, las comunidades donde la percepción es más positiva no solo cuentan con una mayor experiencia migratoria, sino que también hasta un 40% de la población extranjera la constituyen personas de origen latinoamericano, lo cual podría suponer una ventaja para la integración y convivencia, sesgando la visión sobre la población inmigrante al homogeneizarla.

Dada la escasa convivencia social entre españoles/as y población china, la imagen formada sobre esta comunidad está muy influenciada por las proyecciones de los medios de comunicación. No solo favorecen el racismo sino que aumentan la idea del “otro”. Un caso concreto fue la descripción de la “Operación Emperador”. El descubrimiento de una de las mafias chinas más poderosas en toda Europa, se convirtió en una oportunidad masiva para la prensa al enfocarse en las prácticas empresariales de la comunidad china. Entre los efectos negativos de las imágenes proyectadas se llegaron a suprimir determinadas celebraciones culturales y a generar absentismo escolar por discriminación Hughes (2014).

Otros estereotipos o prejuicios (en su mayoría coincidentes con los resultados de este estudio) son los relativos a la omnipresencia de la MTC o la visión simplista de la misma a través de la acupuntura en exclusiva (Ly-Pen, 2001), al consumo de carne canina o de gato en los restaurantes, trabajadores/as que no están dentro del sistema de seguridad social (Hughes, 2014), impago de impuestos y ventajas fiscales. También se les identifica como mafias, personas que cuando mueren dejan la documentación a otros/as dado que todos/as son iguales (Petit, 2002, Sáiz, 2015), que no entienden, etc. Muestra de los efectos negativos de los estereotipos, es el escaso reconocimiento referido por personas empresarias chinas que están insertándose en España, quienes lo atribuyeron a la presencia de creencias de bajo precio y mala calidad, constituyendo un gran desafío empresarial (Quer, Claver & Rienda, 2015).

Para el sector que nos ocupa, cobra vital importancia la explicación de las barreras de convivencia detectadas en la propia relación terapéutica entre profesionales sanitarios/as y pacientes, más concretamente con los/as enfermeros/as. La falta de una adecuada competencia cultural entre el personal de enfermería alimenta estereotipos, percibidos como atención sanitaria discriminatoria principalmente por mujeres (Consejo para la Eliminación de la

Discriminación Racial o Étnica, 2015); tal es el caso de las asiáticas, a quienes se las ha llegado a catalogar como personas sin instinto maternal (López, 2001).

González & Moreno (2014) muestran la mayor vulnerabilidad de la población inmigrante cuando los y las profesionales de la salud afirman respetar sus creencias siempre que no interfieran en esferas que consideran intocables. Esto genera relaciones monológicas; relaciones asimétricas basadas en el poder legítimo, coercitivo y experto entre quien manda y quien obedece, quien sabe y quien está equivocado. Estas son predominantes en poblaciones donde la barrera idiomática está muy presente (pudiendo aplicarse a la comunidad china), ya que dificulta poder conversar y tomar decisiones, y por el contrario incrementa las instrucciones y la brevedad de la relación.

Por otro lado, también contribuyen a ellas los estereotipos y prejuicios que olvidan la heterogeneidad existente dentro de cada grupo de origen, así como los condicionantes institucionales (las normas, el sistema jerárquico, la ausencia de traductores o la prioridad del proceso técnico).

4. Actividad laboral

La concepción del trabajo hace que las actitudes hacia el mismo difieran en las diversas culturas. Coincidiendo con Lambea (2015), en el caso de la población china, el éxito económico y empresarial se basaría en principios arraigados de la cultura confuciana como la autodisciplina, la responsabilidad del ahorro, la dedicación de ayuda a la familia extendida (familia, comunidad o empresa) y el respeto por el orden y la autoridad, mostrados a lo largo del trabajo desarrollado. Poseer un negocio propio según los resultados obtenidos, no solo significa ser dueño del mismo (laoban), sino alcanzar el objetivo final o culmen del proceso migratorio.

Al igual que recoge Gao *et al.* (2015), la importancia suprema del trabajo para la población china equipara la calidad de vida con la capacidad de trabajar y por lo tanto con la salud. Pero también se produce la ambivalencia de considerarlo una fuente de salud y al mismo tiempo un elemento absorbente que no deja paso ni tiempo para la preocupación por dicho nivel de salud.

En relación con otros grupos étnicos, son evidentes las diferencias en cuanto a actividad laboral se refiere. Según datos del Informe bienal Andalucía e Inmigración (OPAM, 2014/15), en el tercer trimestre de 2015, las tasas de actividad de población extranjera tanto en España como en Andalucía, eran en todos los casos y contextos superiores a las de la población española. También se produce una variación positiva de la ocupación para todos los grupos excepto para las mujeres extranjeras. Por otro lado, el crecimiento de las tasas de paro o desempleo en la población extranjera en los terceros trimestres, marcan la estacionalidad de los trabajos, siendo las cifras más desfavorecedoras para los/as extranjeros/as en Andalucía que para la población autóctona española. Sin embargo, la población de origen chino (tanto hombres como mujeres) es uno de los grupos de inmigrantes donde la tasa de paro es prácticamente inexistente en comparación con otros colectivos (Bonillo *et al.*, 2011; Martín *et al.*, 2013), hecho que se constata en este estudio.

Aunque la cifra de trabajadores/as de origen extranjero afiliados a la Seguridad Social se situó en febrero de 2017 en un 5,55% más que el año anterior (89.567 trabajadores más), en Andalucía, la distribución de autónomos sitúa a la población de origen chino con las cifras superiores (MEYSS, Afiliación de extranjeros Seguridad Social, 2017), siendo incluso superior a la de la población asiática en general (Lambea, 2015; Rivera *et al.*, s.f). Mientras que la crisis económica española supuso una pérdida de trabajo para la población inmigrante en general (Medina, 2014), continuaba la propensión al trabajo por cuenta propia de la comunidad china (Arellano, 2014), tendiendo en la actualidad hacia un mayor porcentaje de mujeres autónomas en relación a los hombres (Beltrán & Sáiz, 2015).

Las consecuencias positivas de este hecho son objetivables en la creación de empleo, así como en la inversión económica del país y en el sistema productivo (Valero *et al.*, 2014). Es una realidad coincidente con los resultados de este trabajo, donde más del 95% de hombres y mujeres tienen un empleo remunerado (más del 50% como autónomos/as) y tan solo 6 personas han referido no haber trabajado nunca. La comparación de estos datos con los resultados de García (2011) sería inadecuada ya que en su estudio, el 58% no especifica a qué se dedica, un 45% de personas trabaja por cuenta ajena y un 16% afirma estar desempleado/a. Al no detallarse el tiempo medio de estancia de las personas empleadas o desempleadas, no se pueden extraer conclusiones sobre si los/as desempleados/as llevan menos tiempo residiendo y están en proceso de búsqueda o inmersión en el mercado laboral.

En el trabajo presentado en cambio, la significación de llevar más tiempo en España, tener

más experiencia laboral y ser trabajador/a por cuenta propia coincide con las expectativas y fines del proyecto migratorio: comenzar como empleado para llegar a montar el propio negocio. De cualquier forma, su ocupación laboral se realiza prácticamente desde el inicio de su llegada. Esto sin embargo, no es compartido por otros grupos de inmigrantes, quienes en su mayoría, si trabajan lo hacen como empleados (Ribas, 2013).

Otras diferencias evidenciadas entre la comunidad china y otras poblaciones se dan tanto en la empleabilidad como en las condiciones laborales y el sector ocupado, siendo similares los resultados en hombres y mujeres chinas. Para las condiciones laborales, otros estudios anteriores ya coinciden en la amplitud de horas dedicadas a la actividad laboral en los negocios, siendo estas superiores a las 10 horas diarias en la mayoría de los casos (Gutiérrez-Sastre, 2014; Ly-Pen, 2001; Martín *et al.*, 2013). En contraste con un mínimo de 50 horas semanales trabajadas por la población china, los datos del Informe sobre el estado de la Seguridad y la Salud laboral en España (Pinilla *et al.*, 2015) revelan que un 49% de población española ocupada trabaja entre 35 y 40 horas semanales. Un 32% de menores de 35 años cuenta con parcialidad en la jornada laboral, mientras que la muestra de este estudio arroja resultados en este sentido inferiores al 10%. Otros datos de este Informe son que el 61% de españoles/as realiza su trabajo durante 5 días en semana en comparación con las jornadas de lunes a sábados/domingos notificadas en este trabajo. Frente a jornadas partidas con descanso de un mínimo de 4 horas en la población española, los/as encuestados/as hablan no solo de jornada partida (70,9%), sino intensa, manifestando que a veces hacen turnos rápidos de pocos minutos para comer al medio día, ya que trabajan sin descanso.

Al tratarse en su mayoría de negocios que no requieren una gran inversión tecnológica ni de capital, ni mano de obra especialmente cualificada, son barreras fácilmente superables que favorecen la maximización del beneficio mediante la autoexplotación: trabajar más horas de lo habitual, ofrecer servicios personalizados y reducir precios (Lambea, 2015).

No obstante, señalar que la exposición a riesgos en el trabajo se estima similar tanto en la población de origen chino como en la española encuestada en el Informe anterior (Pinilla *et al.*, 2015). En su mayoría son factores de carácter ergonómico (en particular movimientos repetitivos de manos o brazos, posturas dolorosas o fatigantes, estar sentado/a y llevar o mover cargas pesadas). Otros riesgos coincidentes en ambos grupos y que pueden repercutir negativamente en la salud de la muestra de estudio son los psicosociales, tales como la intensidad del trabajo o los factores que suponen exigencias de carácter emocional para el/la

trabajador/a. De esta forma, las personas de origen chino en el estudio y en especial los hombres, manifiestan un moderado nivel de estrés asociado al trabajo.

La influencia del entorno laboral es clave en la salud, ya que se ha observado durante el trabajo de campo cómo se hace auténtica vida en los espacios de trabajo: disposición de cunas/parques para bebés, realización de comidas de adultos/as y alimentación de niños/as pequeños/as, recepción de los/as mismos/as tras el colegio y ayuda en los negocios, etc.

Para hablar de los sectores ocupados por la población de origen chino, es necesario mencionar que son muchos los/as autores/as que señalan a la hostelería y el comercio como las actividades más frecuentes en la que se desarrollan laboralmente (García, 2011; Ly-Pen, 2001; Ribas, 2013; Rivera et al., s.f; Sáiz, 2015).

Mientras que la crisis económica afectase a determinada población extranjera del sector de la construcción (principalmente varones), esto no ocurría para la población china, quien nunca ha estado vinculada al mismo (Gil & Vidal, 2015). Otro sector no ocupado por esta comunidad es el de los cuidados, mostrado a través de los resultados de este estudio y de García (2011). El 100% de las personas en el primero y el 80,6% en el segundo negaron haber prestado cuidados a otras personas, en ningún caso siendo remunerados. Si bien no constituye un trabajo feminizado en esta población en Sevilla, si sucede en el caso de otros grupos de inmigrantes (Cerruti & Maguid, 2016; González, 2012; Medina, 2014).

Mientras que el principal sector ocupado por población extranjera general en Andalucía es el agrario (MEYSS, Afiliación de extranjeros Seguridad Social, 2017), este estudio obtiene que la comunidad china se concentra en Sevilla en las áreas del comercio principalmente. Teniendo en cuenta el tiempo de permanencia en un trabajo y el de estancia en España y/o Sevilla, la caída de la hostelería/restauración no puede contextualizarse en Sevilla únicamente, dado que se desconoce en qué ciudad pudo desempeñarse el último trabajo por cada una de estas personas. No obstante, los datos coinciden con lo reportado por otros/as autores/as: el sector hostelero ha saturado el mercado y la población china ha ido buscando nuevos ámbitos de desarrollo económico (Rivera *et al.*, s.f). En Sevilla concretamente, se evidencia en la venta al por menor (peluquerías y estética, tiendas de telefonía, bazares, fruterías, etc) y al por mayor e importaciones (intensa actividad de almacenes concentrada en polígonos industriales).

Otro ámbito de gran desarrollo en los últimos tiempos es el de las multinacionales. En general en España, Quer *et al.* (2015) señalan la llegada de empresarios/as de Huawei, Lenovo, ZTE o

Dalian Wanda Group. Se trata de empresas con un crecimiento exponencial, generadoras de empleo y riqueza, que sin embargo, también sufren las consecuencias de los estereotipos y prejuicios sociales ya mencionados.

5. Estilos de vida

El detrimento de la buena salud del inmigrante con el paso del tiempo en el lugar de destino, se relaciona en muchos casos con los hábitos de vida adoptados, cada vez más similares a los de la población autóctona (Kuerban, 2016). Así, patologías crónicas y enfermedades asociadas a una gran morbilidad son atribuidas a factores de riesgo modificables de tipo comportamental (tabaquismo, mala dieta y baja actividad física) (Feigin *et al.*, 2016).

5.1.Seguridad vial

Los resultados del estudio revelan que el medio de transporte más empleado por la población de origen chino es el coche (siendo los hombres quienes más conducen), seguido de la motocicleta. Mientras que el uso de la bicicleta puede incrementarse por el surgir del perfil de estudiante chino/a, el coche se convierte en el vehículo más apto para el transporte de mercancías debido al sector laboral que ocupan. Además, las personas informantes coinciden en que la prosperidad económica-laboral se asocia a la adquisición y ostentación de coches de alta gama. A diferencia a otros grupos étnicos extranjeros, en la población china puede ser común observar marcas de vehículos como Audi, Mercedes, etc.

El cumplimiento de las normas de circulación se basa en el sistema de sanciones existente en España. Este difiere del informado sobre China, donde todas las personas participantes coinciden en señalar que la normativa no suele ser muy respetada -por ejemplo en el uso del cinturón- ni tampoco el sistema es tan rígido y controlado. Casi la totalidad de la población del estudio emplea casco o cinturón de seguridad cuando conduce moto o automóvil, mientras que el 76% afirma no utilizar dispositivos de seguridad cuando el vehículo utilizado es la bicicleta. Esto se explica por la mayor rigidez de la normativa para con vehículos de motor. No obstante, montar en bicicleta sin protección podría generar accidentes y problemas de salud.

Aunque el número de accidentes de tráfico registrados no ha sido elevado (21,4% de las 15 personas que reportaron algún accidente en los últimos 12 meses), quizás también entren en juego otras conductas de inseguridad vial no recogidas en este trabajo, tales como el exceso de velocidad, dispositivos de distracción al volante, etc.

El patrón de seguridad vial adecuado también es reflejado por García (2011). En cambio, los datos descritos por González (2012) refieren que el 3,57% de la población latinoamericana residente en Sevilla nunca emplea el cinturón de seguridad cuando viaja en el coche. Las diferencias podrían tener una explicación cultural o deberse al año de realización del estudio, dada la evolución de las restricciones legislativas en materia de la seguridad vial.

Según la Dirección General de Tráfico (DGT, 2016), se observa una tendencia de no consumo de sustancias tóxicas con el incremento de la edad durante la conducción. A pesar de no contar con estudios o datos sobre resultados positivos en conducción de población china bajo éstas, si se estima una baja incidencia de tales situaciones, principalmente unido al escaso consumo de drogas ilícitas que la muestra nos reporta. De esta forma en el estudio, casi la totalidad de la muestra afirmó no haber conducido en estas circunstancias para el caso de la moto y la bicicleta. Solo dos hombres manejaron la moto y el coche bajo los efectos de las drogas (en ambos casos refirieron tratarse de alcohol) y dos mujeres condujeron el coche sin seguro en regla, siendo los resultados similares a las tres personas encontradas en el estudio de García (2011).

5.2. Tabaco, alcohol y drogas ilícitas

En primer lugar será analizado el consumo de tabaco por la población china de este estudio. Aun siendo el porcentaje de fumadores/as diarios inferior al 15%, los hombres fuman con más frecuencia y cantidad que las mujeres. La escasa tradición femenina en el hábito tabáquico se explica por la visión negativa que desde mucho tiempo atrás se asoció a este hecho en la cultura china. Este porcentaje es inferior al 23% presentado por la Encuesta Europea de salud en España (2014) para con población general de 15 años y más y al 35% alcanzado en la franja de edad entre los 25-34 años. También los datos de esta encuesta referentes al no consumo de tabaco, coinciden con el de hombres chinos que no han fumado nunca (49%),

pero no con el de mujeres, quienes casi en su totalidad no han consumido tabaco a lo largo de su vida.

La adquisición del hábito tabáquico en la población asiática también es mostrada por Kuerban (2016), quien evidenció la brecha de género en el consumo del mismo, así como el mayor ritmo de consumo en inmigrantes en relación a sus contrapartes nacidos/as en el país de acogida (EE.UU). Además, esta asociación no saludable se vio fortalecida por el mayor tiempo de permanencia en dicho destino, hecho que no ha tenido significación estadística en nuestro estudio y por el mayor nivel de estrés asociado al trabajo y en la vida en general, como reflejan los resultados de Cui *et al.* (2012). Con estos datos vuelve a cobrar fuerza la idea de la adopción de estilos de vida insanos propios de la población autóctona con el paso del tiempo (Aerny *et al.*, 2010).

Nuestro estudio solo hace referencia al hábito tabáquico, no evidenciándose el consumo de pipas o puros, más que en ciertas ocasiones no significativas comentadas en las conversaciones, principalmente bodas. A pesar de que Aerny *et al.* (2010) afirman que el consumo de tabaco es inferior en inmigrantes con respecto a autóctonos/as españoles/as y el número medio de cigarrillos al día sea de 11 cigarrillos, las personas informantes y lo observado hace pensar que el consumo podría ser mayor a lo apuntado (en ocasiones no sabían indicar con certeza el número exacto de tabaco fumado), sobre todo los días libres, cuando en familia o con amigos/as se unen con otras personas de origen chino para comer o festejar.

No es de extrañar que la exposición al humo del tabaco en casa sea escasa, dado que la mayor parte del tiempo la pasan en el entorno del trabajo. No estando permitido por normativa legal fumar dentro de los establecimientos, es común observar hombres de nacionalidad china fumando incesantemente en la puerta de los mismos en sus momentos de descanso de la atención al público. Para el caso de los restaurantes, según reportan las personas informantes, la menor visibilidad de los locales y la frecuentación exclusiva por personas chinas, hace que el consumo de tabaco en el interior sea normalizado y frecuente.

La consideración del consumo de alcohol se debe a que es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad y muerte prematura en todo el mundo. Se relaciona con riesgo de dependencia, cirrosis hepática, accidentabilidad y otros problemas de salud importantes (Sordo *et al.*, 2015). De hecho, la modificación del estilo de vida en cuanto al no consumo de tabaco y la moderación del alcohol han tenido una asociación consistente para con un riesgo

cardiovascular reducido (Lv *et al.*, 2017).

En este estudio, más de la mitad de la población encuestada manifestó haber ingerido bebidas alcohólicas en el último año (60%), aunque en su mayoría se trata de un consumo no habitual, inferior a una vez por semana. Además, son los hombres quienes más consumen y con mayor frecuencia en relación con las mujeres. Según la ENSE (MSSSI, 2011/12), el consumo de alcohol por la población española en el último año supera en un 5% al aquí presentado, coincidiendo también con esta relación de género. También en la Encuesta Europea de salud en España (EESE) (MSSSI, 2014) las cifras de consumo alguna vez en la vida han sido superiores (67,3%), así como las referidas al consumo diario (11,5% frente al 15,1%). Sin embargo, para esta ingesta habitual diaria, los resultados de García (2011) se acercan más a las puntuaciones obtenidas por la Encuesta Europea (16,2%), aunque fuesen pocos los efectivos poblacionales que afirmaron consumir alcohol.

La edad media de inicio para la población china fue de 19 años, al igual que sucede con el tabaco. Aunque en relación con los 20,7 años informados por García (2011) está comenzado a descender, se trata de una edad tardía teniendo en cuenta los 17 años de media de la población autóctona de la ENSE (MSSSI, 2011/12) y los datos ofrecidos por la Encuesta Europea, donde se informa que el consumo intensivo de alcohol es más frecuente entre jóvenes de 15 a 24 años. Este tipo de ingesta hace referencia principalmente al consumo excesivo episódico, también conocido como “bingedrinking” (consumo muy elevado de alcohol en periodos muy cortos) (Sordo *et al.*, 2015).

Las bebidas alcohólicas más consumidas son la cerveza y el vino, principalmente el fin de semana, siendo estos resultados coincidentes con los de la ENSE (MSSSI, 2011/12). El consumo de vino puede explicarse por el grado de emparejamiento de determinados tipos de vinos occidentales con la comida china (Wang, 2017). Mención especial requiere el bai jiu; aun no apareciendo entre las opciones de respuesta en las encuestas, ha sido informado como licor chino de alta graduación tomado más por hombres que por mujeres en reuniones entre personas de la comunidad.

Durante la realización de las encuestas, se observó dificultad para contabilizar el número de copas o vasos consumidos. Además, la referencia al último fin de semana podría ofrecer datos sesgados, dado que el consumo no es homogéneo en esta población y en muchas ocasiones

viene condicionado por los momentos de tiempo libre durante el fin de semana. En este caso, en las conversaciones manifestaban una ingesta mayor cuando salían con amigos/as o tenían comidas importantes, pasando de un par de cervezas a varias botellas de vino consumidas con amigos/as. Otro ejemplo fue la no señalización del consumo de alcohol por una persona cuando al mismo tiempo afirmaba a la doctoranda tomar anís a diario.

Algo llamativo es que el consumo de alcohol se incrementa cuanto más tiempo pasan las personas chinas en Sevilla. Aunque tanto este trabajo como el de García (2011) muestran que la mayoría considera que debería beber menos (sin experimentar sentimientos de culpa por su consumo), la percepción se vuelve menos negativa conforme aumenta el tiempo de residencia. Por tanto, se estaría produciendo la asimilación de conductas de la población autóctona, dado que en el contexto español y en Sevilla, el alcohol tiene un componente socializador importante. Este concepto también se produce dentro de la propia comunidad china, quienes ligan el tabaco y el alcohol al estatus y relaciones sociales, incluyendo los negocios.

También cabe mencionar que entre aquellas personas que en el estudio manifestaron haber abandonado el consumo de bebidas alcohólicas, los principales motivos fueron la voluntad propia, sin que interviniese ningún síntoma o problema de salud.

En relación con drogas no lícitas, una de las consecuencias de los problemas mentales que sufren los/as inmigrantes y del desarraigo es el consumo de las mismas (Leno, 2008). No obstante, nuestro estudio revela que más del 90% de la muestra no las consume, frente al 51,6% detectado por García (2011). También cabe señalar que en su trabajo es muy elevado el porcentaje de no respuesta. Tan solo en el presente estudio, un 2,3% ha referido el consumo de hachís, nunca haciendo mención a una práctica constante, sino más bien relacionada con las salidas de ocio y ofrecimiento por parte de amistades alguna vez en la vida.

5.3.Descanso, actividad física y ocio/tiempo libre

En lo relativo al tiempo de descanso, este se relaciona principalmente con las horas de sueño, dado el impedimento que suponen durante el día las intensas horas de trabajo. Tanto en este estudio como en el de García (2011) o el de González (2012), las horas medias de sueño son

similares y rondan las 7 horas diarias (destaca en nuestro estudio un mayor descanso en mujeres). Aun no siendo el grueso de la población, un 45,8% de la muestra de este estudio ha manifestado ciertas dificultades para conciliar el sueño debido a preocupaciones. Aunque no se indaga profundamente sobre las preocupaciones específicas, se extraen conclusiones sobre algunas de ellas: son las relacionadas con la prosperidad económica que vinieron buscando en España. Alguna persona en conversaciones mantenidas llega a comentar su malestar general por la dificultad que atraviesa el negocio y la imposibilidad de traer al hijo que aún queda en China.

Los resultados sobre actividad física o deporte en este estudio reflejan una baja incidencia en esta población. Al igual que esta escasa práctica es evidenciada en universitarios/as latinoamericanos/as y justificada por la gran carga académica (Becerra, 2016), en nuestro estudio, el hábito sedentario es achacado a la falta de tiempo por el trabajo, de forma que muchas personas llegaron a verbalizar que, cuando llegan a casa ya están demasiado cansados/as como para hacer deporte.

Para los desplazamientos a lugares cotidianos, el medio más empleado es el automóvil, seguido de caminar, mientras que en la EESE (MSSSI, 2014) lo constituyen caminar y montar en bicicleta. A pesar de que durante la jornada diaria habitual solo el 45,5% ha reportado no realizar ningún tipo de actividad física, estas cifras se incrementan durante el tiempo libre o de ocio (78,4%), siendo este porcentaje superior al mostrado en la encuesta europea mencionada. Puede deberse a que en muchas ocasiones, el propio ejercicio físico es el atribuido a las tareas realizadas en el trabajo (carga y descarga de mercancía, caminar largos trayectos o durante muchas horas en las naves o establecimientos, etc.), tal y como expone Gao *et al.* (2015). Aun así en el tiempo libre, las personas más jóvenes y las empleadas son quienes realizan más actividad física, principalmente caminar o utilizar la bicicleta.

Los datos para el tiempo libre en el estudio difieren de otro con población inmigrante en Sevilla (concretamente con personas de origen latinoamericano), donde el 66,8% realizan algún tipo de ejercicio físico (González, Rodríguez & Lomas, 2015). Lo mismo ocurre en el de García (2011), alcanzando una cifra superior a la anterior. Sin embargo, la tasa de no respuesta fue elevada y el desempleo era superior al reportado en nuestro estudio, aspecto que podría explicar la mayor disponibilidad de tiempo para realizar ejercicio.

En relación con las personas que más actividad física realizan (más los hombres que las mujeres, sin existir diferencias estadísticamente significativas), cabe señalar que un 26,5% de la población lo hace varias veces en semana. Incluso en la semana previa a la realización de la encuesta, más del 60% realizó alguna práctica deportiva o física, siendo caminar, de nuevo la opción más escogida, compartido también por García (2011). Otra práctica deportiva que cobra fuerza en los discursos de informantes clave es la natación. No obstante, en su mayoría la actividad física sigue siendo un aspecto esporádico.

Llama la atención que, entre la población que presumíamos podría practicar actividades como el Tai Chi Chuan o el Qigong⁴¹ no haya aparecido como respuesta, máxime cuando ciertos sectores de la población autóctona sevillana -especialmente mujeres- son adeptos a estas prácticas, como lo demuestran los cursos de Tai-chi ofertados por los centros cívicos municipales. Las personas informantes aclaran que estos hábitos u otros como el manejo del abanico por las mujeres o el baile grupal, si bien son frecuentes en China aquí no se practican.

Teniendo en cuenta la fuerza del trabajo en las vidas de las personas de origen chino, el tiempo de ocio queda muy limitado. Esto podría coincidir con los datos sobre satisfacción con el tiempo libre medidos en 2013 por el INE y publicados como Indicadores de calidad de vida en 2016, donde dicha satisfacción es menor en población extranjera, destacando las personas originarias de terceros países. Durante el tiempo de ocio, más que la asistencia a eventos culturales, pasan tiempo en reuniones familiares y sociales: comiendo y bebiendo, jugando (casinos o en reuniones sociales) y cantando en karaokes.

El ocio debe ser tenido en cuenta desde el ámbito socio-sanitario como una herramienta o estrategia de prevención y Promoción de la Salud y el bienestar. Según López (2006, p.157-175), el ocio contribuye a lograr calidad de vida, ejerce de factor de distracción, crea un humor positivo, proporciona apoyo, aumenta las habilidades sociales y con ello la autoestima y autoeficacia. Su potenciación podría darse desde las áreas del fomento del ejercicio físico y deporte, participación social en actividades culturales o encuentros sociales.

⁴¹ El Tai Chi Chuan es una actividad física china de origen taoísta que consiste en una secuencia lenta y continuada de movimientos en forma de coreografía. El Qigong es una tradición que presenta orígenes tanto taoístas como budistas y que engloba movimientos aislados que pueden ser conectados en forma de tablas de ejercicios. Dada la visión filosófica china del cuerpo basada en la aceptación natural del mismo (en contraposición con la artificialidad y estética predominante en la visión occidental), estas prácticas habrían sido concebidas para nutrir la energía, eliminar bloqueos del cuerpo y así prevenir problemas de salud (Jiménez, 2015).

5.4. Alimentación

La alimentación es entendida como un proceso fisiológico, pero también como un hecho social que el ser humano integra en la cultura. Aunque la obtención de energía es necesaria para el funcionamiento biológico, la cuestión social talla la forma cómo son producidos, distribuidos y consumidos (Contreras & Gracia, 2007; Gracia, 2010). Esto también es puesto de manifiesto por Osei-Kwasi *et al.*, (2016) y compartido en el presente trabajo, donde los elementos socioculturales y las creencias y percepciones alimentarias son los más influyentes. Algunos ejemplos simbólicos atribuidos a los alimentos son los de buena suerte (mandarinas) mantenimiento de la familia unida (bolas de arroz) entre otros (Ma, 2015).

La diferencia occidente versus oriente se refleja desde el origen de los alimentos. Los alimentos tradicionales chinos a menudo son a base de plantas, mientras que los países occidentales heredan más carnes o productos lácteos (Wang *et al.*, 2016). Otra diferencia es la relativa a la forma de comer (con palillos) (Leung & Stanner, 2011) o la organización de los restaurantes. En los occidentales se encuentran mesas individuales y angostas para que la persona coma sola y rápido. En los restaurantes de comida china en cambio, se tiende a la exposición de mesas más grandes, redondas o cuadradas favoreciendo la sociabilidad y la estancia en familia (Badaró, 2016) en símbolo de armonía y unión. De hecho, a la hora de acudir a los mismos, la población de este estudio opta por negocios regentados por personas de etnia china, no siendo muy frecuente la actitud de “ir de tapas” tan ligada a la ciudad de Sevilla.

La variedad alimentaria también se expresa en función de la región de procedencia. De esta forma se caracteriza la comida típica de Szechuan, Hunan, Fujian, Cantón, Zhejiang, Jiangsu, Anhui y Shandong. Concretamente en Zhejiang, son muy usados en la cocina los peces de agua dulce o camarones (Wang, 2017).

Los resultados en su conjunto muestran que la población china en este estudio, sigue en su mayoría las costumbres culinarias de su cultura, teniendo según Wang *et al.* (2016) una consideración más positiva para ésta (comida saludable y sabrosa) en relación con la occidental. En cambio, los alimentos y bebidas occidentales suelen estar más ligados al concepto de seguridad alimentaria y ser más empleados como símbolos de estatus social y respeto hacia sus invitados/as (Ma, 2015).

La alimentación de la población china en general es variada cuantitativa (muchos platos, tanto fríos como calientes) y cualitativamente, predominando el mayor consumo de verduras salteadas y hortalizas, pasta y arroz (base de la alimentación para una persona de origen chino, estando presente en la mayoría de las comidas diarias), carne, leche (principalmente de soja), frutas y huevos (pueden llegar a comer varios huevos al día, incluyendo el desayuno). También el aceite es empleado casi a diario para la preparación de los alimentos, aunque en pequeñas cantidades, ya que optan por otras formas de cocinado como el vapor o el wok. Para el caso de las leguminosas, los alimentos grasos, lácteos (quesos, yogures, mantequilla, etc.), fritos y embutidos muy presentes en el contexto español, la aceptación es escasa. Todos estos datos coinciden con otros autores (García, 2011; Leung & Stanner, 2011; Ma, 2015), existiendo por tanto una adhesión muy fuerte al patrón dietético chino.

Aun determinándose un aporte adecuado de nutrientes, la aparición de determinados problemas de salud puede ser mayor en hombres, dado que alimentos como las frutas son menos consumidos por éstos (Lv *et al.*, 2017). Este hecho se repite en la población de la EESE (MSSSI, 2014); siendo el consumo de verduras mostrado en esta encuesta algo inferior al de fruta, los efectos saludables de las mismas recaen más en la población china de este estudio. Por otro lado, el consumo de grasas se está observando mayor en edades más jóvenes, lo cual puede estar indicando la adopción de conductas reseñables en la sociedad occidental (comidas, rápidas, etc.).

García (2011) indica que la mayoría de su muestra realizaba tres comidas diarias principales; desayuno, almuerzo y cena, alcanzando cifras más elevadas la primera y última. Esto coincide con lo expuesto en este trabajo; los hábitos o rutinas de comida (principalmente almuerzo) en muchas ocasiones son interrumpidos por las exigencias del trabajo y modificados por la adaptación a un entorno diferente. Coinciden la diversidad de horarios registrados con las variaciones del mismo según se trate de China o España (Ma, 2015).

En cuanto a la occidentalización de las comidas, esta se ha producido con más frecuencia en el desayuno, siendo esto manifestado por muchas personas encuestadas. Sin embargo, la inclusión de alimentos propios de la cultura española no estaba tan presente en el resto de las comidas principales. Al igual que sucede en la cultura española, la alimentación también puede incluir o excluir determinados platos o alimentos para épocas del año o días específicos. Algunos son el huo guo en invierno, el pastel de luna en el Festival del Medio

Otoño, dumplings en la Fiesta de la Primavera (Ma, 2015) o el pescado la noche del Nuevo Año Chino (Leung & Stanner, 2011). Aun no teniendo en común la materia prima con la que se elaboran, su consumo es igual de comprensible que el seguido en Sevilla: puchero (sopa) en invierno, torrijas en Semana Santa o uvas para celebrar el Año Nuevo.

La adquisición de los productos en Sevilla no presenta para esta población gran complejidad. Pueden acudir a los mismos supermercados que el resto de ciudadanos/as, al mismo tiempo que disponen de establecimientos de comida especializada, donde incluso a veces algunas personas han manifestado encontrar verduras chinas que ni ellos/as mismos/as conocían.

Las modificaciones en la dieta para esta población se han producido principalmente por motivos de reducción de peso. Es llamativo que esto se da mayoritariamente en mujeres jóvenes, aun siendo ellas las que de media cuentan con IMC más saludables.

Entre las bebidas, en la población china destaca el consumo de infusiones, aunque poco a poco van incorporando otros elementos como zumos y refrescos, fáciles de adquirir en el medio en el que se encuentran. La media del consumo de agua diario es de 1,23 litros, no llegando a superar los 2 litros recomendables. Sin embargo, los resultados serían superiores teniendo en cuenta el agua contenida en infusiones o sopas que toman habitualmente. Por otro lado, es importante señalar que para muchas personas, la ingesta de la misma debe efectuarse en condiciones naturales o bien en estado caliente.

5.5. Religión/ Filosofía de vida

La ausencia mayoritaria de religión en las personas de esta muestra coincide con las afirmaciones de Ly-Pen (2001): debido al comunismo, la religión aunque era tolerada, no se favorecía, de ahí que el resultado haya sido el de una China aconfesional. Por ello la práctica religiosa no es un tema que tensione íntimamente a las familias, son poco exigentes en ese sentido (Moraga, 2015). Pero en el caso de seguir una religión determinada, predominan el budismo y el movimiento evangélico. Sin embargo, la mención más constante es la relativa a las orientaciones, guías o normas Confucianas, como doctrina educativa y moral que rige el funcionamiento social.

Así, el Confucianismo aboga por la participación activa de las personas en la sociedad a través de su desarrollo personal, la dedicación al trabajo y la familia. La vida comunitaria sería el sistema de compromisos con los/as amigos/as, familiares y superiores (Bueno, 2015). La importancia de tener en cuenta estas filosofías de vida se deben a que marcarán y ayudarán a comprender conductas tanto individuales como colectivas.

5.6. Remedios y medicamentos empleados

Los remedios y medicamentos empleados por esta población no solo ofrecen información sobre su conducta de consumo, sino también sobre las dolencias o patologías que principalmente les afecta. En este sentido, los problemas de salud más prevalentes (serán analizadas posteriormente) coinciden con los grupos de medicamentos más consumidos; se trata de fármacos destinados al tratamiento de catarrros y malestar general, fiebre y dolores, etc. Se evidencia que mientras algunos pretenden abordar patologías agudas, otros como los antihipertensivos informan sobre la presencia de alteraciones crónicas que quizás no hayan sido tan señaladas en el estudio. Estos fármacos además, han sido los únicos en los que el hombre ha superado en proporción de consumo a las mujeres (aun no existiendo diferencias estadísticamente significativas).

El mayor consumo de fármacos por parte de la población femenina también es evidenciado en la EESE (MSSSI, 2014), independientemente de que fuesen o no recetados. No obstante, los estudios resaltan en general un menor uso de medicamentos por parte de inmigrantes en relación a población autóctona (Tormo *et al.*, 2015).

Los reconstituyentes y vitaminas son los terceros en frecuencia, lo cual lejos de indicar problemas de salud, puede hacer referencia a una práctica preventiva en el sector de población que los consume, siendo además un dato llamativo, que se trata del único grupo de medicamentos/remedios obtenido principalmente sin receta (naturales), mientras que para los restantes, la adquisición se realiza en las farmacias mediante prescripción o receta médica.

Los medicamentos no tomados o consumidos en menor medida, también nos reportan datos sobre el estado de salud de esta población o sus posibles conductas: es escaso el empleo de anticonceptivos orales o pastillas para relajarse o dormir mejor. Para el caso de medicamentos

asociados a las alergias, su menor empleo en las últimas dos semanas encaja con el período estacional en el que se desarrolla el estudio; no resultando enero en Sevilla un mes donde predominen los brotes alérgicos.

Además de estos medicamentos, los resultados del estudio resaltan el empleo de medicina alterativa por parte de la población china, remedios derivados de la MTC (muy influenciado su uso por consejos de familiares y amigos/as) principalmente para el tratamiento de problemas de menor gravedad, siendo conscientes de los efectos a largo plazo de la misma en relación con la medicina occidental (Chung *et al.*, 2012). Aunque los resultados de García (2011) desvelan que el 61,3% de la población china encuestada refería no automedicarse, también el 19,4% utilizaba remedios naturales.

En otro estudio en EE.UU, se informa de un uso cauteloso por parte de la población china con diabetes, al cuestionar no tanto los efectos, como la seguridad y calidad de los productos y la dificultad de preparación de muchos de estos remedios (Kwan *et al.*, 2013).

En España, Ly-Pen (2001) determina que el empleo de la MTC es más marcado en personas de origen chino que han venido con más de cuarenta años de edad, mientras que su uso va disminuyendo cuanto mayor es el nivel de aculturación (Chung *et al.*, 2012).

Las hierbas suelen ser compradas en China o en otras ocasiones adquiridas en España (uno de los establecimientos a los que se acude durante la realización de este trabajo es una “farmacia china”), para ser usadas en exclusiva o en combinación con fármacos o terapias occidentales.

De esta medicina se derivan consejos y el seguimiento de pautas de cuidado apoyadas científicamente (Mejías *et al.*, 2015), que suponen desde el empleo de extractos florales comestibles con propiedades antioxidantes (Wang F. *et al.*, 2017) hasta la adopción de una alimentación determinada para ciertas circunstancias o problemas de salud. En el contexto de la MTC, un alimento no es “malo” o “bueno” como se tiende a recalcar desde el enfoque occidental, sino que depende del momento y de quién lo está tomando. Por ejemplo, el yogurt refresca el cuerpo, pero si la digestión es débil tiende a crear excesiva humedad. Por el contrario, para personas con digestiones fuertes (exceso de fuego) se convierte en un alimento terapéutico (McCracken, 2012). Otros ejemplos se producen durante el embarazo: al ser considerado como un estado caliente, se debe disminuir la ingesta de alimentos “calentadores” (carnes rojas, grasas en general, etc.) y aumentar la de “enfriadores” (frutas, verduras, etc.) (Ly-Pen, 2001). Incluso para el lactante, existen tradiciones de administración de alimentos sólidos para la mejora de su salud, que según las consideraciones occidentales

pueden resultar precoces (Lee & Brann, 2015). Todo esto debe ser tenido en cuenta porque los consejos dietéticos deben ir en consonancia con las creencias del/de la paciente. Es necesario hacer que la información aportada sea percibida como útil en la vida de los/as usuarios/as para conseguir adherencias terapéuticas.

Otros aspectos de la MTC como las técnicas con empleo de moxas o ventosas, son procedimientos con especificidades en cuanto a su realización, forma de aplicación, temporalidad y contraindicaciones (Ramón & Benítez, 2014), al igual que sucede con las prácticas realizadas dentro del enfoque de la medicina occidental. Esto y la evidencia científica sobre sus efectos de estimulación nerviosa son los que justifican su empleo como analgésicos (modulación del dolor en gonartrosis, lumbalgias, cervicalgias, cefaleas, etc.), antiinflamatorios o regeneradores tisulares (Cobos, 2013).

En el caso de las ventosas, estas son indicadas en pacientes con reumatismo, dolores articulares, esguinces, parálisis facial, asma, lumbalgias y afecciones donde sea necesario extraer viento (Ramón & Benítez, 2014). En definitiva, se trata de métodos de manipulación con un enfoque naturalista, menos invasivo y donde las reacciones adversas son mínimas. De ahí que autores como Malmusi & Ortiz (2014) detecten un mayor uso de medicina alternativa y mayor automedicación.

5.7.Prácticas preventivas

En los últimos diez años la mayoría de la población del estudio no recibió ninguna vacuna o no tiene recuerdos de ello. Aunque esto no permite conocer si es debido a la finalización del calendario de vacunas establecido en la infancia, en las conversaciones informales manifestaban haberlas recibido cuando eran pequeños/as. No obstante, ninguna persona fue capaz de indicar las vacunas recibidas ni presentes en dicho calendario en China. También se observaron dudas al nombrar las aplicadas durante el embarazo en algunas mujeres. Este desconocimiento o falta de recuerdo aparece en otra población extranjera, concretamente la latinoamericana estudiada por González, (2012). Cabría entonces considerar una mejora en el sistema de información sobre las vacunaciones disponibles y requeridas por el Servicio Andaluz de Salud.

La mayor indicación de la vacuna del tétanos por profesionales de la salud podría deberse al hecho de ser una vacuna recomendada en el embarazo, efectuar alguna consulta médica por algún problema (corte, herida, etc.) o a la cobertura incompleta de la misma, siendo desconocido en este trabajo. Tan solo para el caso de la vacuna antigripal, llama la atención la petición personal de la misma por parte de esta población, lo cual coincide con el índice de catarrros y resfriados referidos. También para esta vacuna y la destinada a la prevención de la hepatitis, un porcentaje importante ha sido el correspondiente a la solicitud de las mismas por parte de centros de trabajo o estudios, quienes estarían contribuyendo igualmente a mantener sanos a estos/as individuos/as.

Al igual que sucede en otros ámbitos, es la población más joven la que más se acerca a estas prácticas preventivas. Sin embargo, la administración de vacunas sigue siendo algo inferior a los datos reportados por la EESE (MSSSI, 2014), por ejemplo para el caso de la gripe.

Con respecto a otras prácticas preventivas, Aerny et al. (2010) aprecian un cribado con menor periodicidad de lo recomendado en inmigrantes con respecto a autóctonos/as -tanto de la presión arterial como de las técnicas de screening ginecológicas-, especialmente en las personas que llevan menos tiempo residiendo en España. Mientras que según la EESE (MSSSI, 2014), el 70% de la población encuestada se controló la tensión alguna vez en el año anterior a su participación, en nuestro estudio las cifras descienden hasta el 41%; porcentaje que por otro lado fue superior al de personas que midieron su nivel de colesterol en sangre en la misma muestra poblacional. Aun no detectándose la patología cardiovascular en esta población como la más prevalente, el consumo de antihipertensivos es más frecuente en relación a otros medicamentos. Esto hace sospechar que el control de la presión arterial puede estar siendo infravalorado.

En relación con la salud de la mujer, menos de la mitad de la población encuestada acudió en el último año a una consulta ginecológica, destacando que un 25% nunca lo haya hecho. También más del 70% no se ha realizado ninguna mamografía ni citología en su vida, algo llamativo teniendo en cuenta la edad reproductiva en la que estas mujeres se encuentran y el rango de edad alcanzado (hasta los 44 años). Las cifras de uso de estas técnicas de screening o recursos diagnósticos son superiores en otros trabajos con población inmigrante (González, 2012) o población general de países de habla inglesa (Lu & Racine, 2015). En el estudio realizado por García (2011), al ser el mayor porcentaje correspondiente a la falta de respuesta en este apartado, los resultados no pueden ser comparados ni aproximados.

Uno de los aspectos que cobra especial relevancia es el valor concedido a los cuidados de la mujer durante el embarazo y parto. Esto se muestra al ser el principal motivo de visitas ginecológicas y por el uso de los remedios y cuidados tradicionales. Rivera *et al.* (s.f) exponen que la cuarentena consiste en una extraordinaria atención a la mujer por parte del resto de miembros de la familia, derivada de la idea de que el parto genera un fuerte desgaste físico y es necesario llevar a cabo una serie de medidas preventivas destinadas a reestablecer la fuerza necesaria para asumir las nuevas responsabilidades. Las propiedades curativas asociadas a algunos alimentos, hace que de algunos (el pollo por ejemplo) se espere que ayuden a contraer el útero, eliminar los loquios, estimular la circulación y proporcionar vitaminas e hierro. Además, evitar corrientes, frío y movimientos físicos (levantarse de la cama, coger pesos, leer, etc.), constituyen las otras dos reglas de oro durante este periodo para evitar problemas durante el mismo.

5.8.Prácticas sexuales

Teniendo en cuenta que entre el colectivo inmigrante, la población asiática es una de las que con menor frecuencia acude en busca de información sobre aspectos relacionados con la sexualidad (Paraíso, Maldonado, López & Cañete, 2013), es lógico que ésta se trate de la dimensión abordada con mayor complejidad para la obtención de la información. Según Gómez *et al.* (2016), especialmente las mujeres inmigrantes son más reticentes a expresar sus sentimientos y sensaciones sobre la sexualidad (aun no incluyendo a población china en este estudio, se resalta mayor facilidad para hablar de sus vivencias en mujeres latinas). Esta dificultad ya la encontró García (2011) en su estudio, constatado por las altas tasas de no respuesta en cuestiones relacionadas con el empleo de anticonceptivos o el padecimiento de alguna ITS. Y es que en nuestro estudio, a pesar de que la mayoría de la población de origen chino refiere haber mantenido relaciones sexuales en el último año, los resultados coinciden con los de Nga y Weng (2016) en señalar este asunto como algo pudoroso y embarazoso para ser comentado abiertamente y para buscar ayuda ante determinados problemas de índole sexual. Esto dificulta la investigación científica, evidenciado en búsquedas de fuentes bibliográficas donde se observa una mayor descripción y comprensión de métodos

anticonceptivos o ITS en población inmigrante a excepción de la china.

Algo llamativo es que ningún/a participante afirma haber mantenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, siendo necesario determinar que el carácter todavía tradicional de la comunidad china hace que la homosexualidad no termine de ser aceptada con naturalidad al 100%. Aun siendo los hombres quienes tienen más relaciones sexuales que las mujeres, dichas prácticas están más influenciadas por la edad, siendo la edad de inicio más tardía con respecto a otros contextos como el español. De hecho, durante las encuestas han declarado su virginidad personas con edades entre los 19 y los 23 años, muy por encima de la edad media de inicio de las relaciones (18-19 años) detectada en la Encuesta Nacional de salud sexual 2009. Esto, junto con la mayor práctica sexual en el matrimonio o en pareja, permite interpretar que las relaciones sexuales son preferentemente vinculadas al ámbito de la pareja estable y no a las relaciones esporádicas (Botton, 2016), principalmente en el caso de las mujeres, lo cual también coincide con esta encuesta de salud sexual.

En cuanto a los métodos anticonceptivos empleados y al igual que ocurre con las personas chinas, a mayor edad, menor es el uso de protección. Aunque la educación sexual entre la población china se declara escasa, -partiendo de las propias deficiencias del sistema educativo chino donde se obvian aspectos como la profundización anatómica, los métodos anticonceptivos o las ITS (Gao, 2014)- el empleo de métodos de prevención de embarazos e ITS está incrementando entre los/as más jóvenes, lo que apunta a una mayor concienciación, recepción de información y apertura en la expresión y toma de decisiones en relación a la sexualidad, asimilando conductas saludables potenciadas en el entorno en el que se encuentran. De esta forma, prácticas como la masturbación o el consejo de uso de preservativos, siendo por lo general menos aceptado por padres y madres inmigrantes respecto de los/as españoles/as (Vázquez, 2014), va naturalizándose poco a poco en la población china de ciudad de Sevilla.

Siguiendo la similitud tanto con esta encuesta como con el estudio de García (2011), destaca el preservativo como primer método anticonceptivo empleado, seguido de un porcentaje importante de personas que afirman utilizar la marcha atrás, aun no siendo ni una forma de prevención de embarazos ni de ITS. El uso del preservativo también es una de las principales opciones de otras poblaciones inmigrantes. No obstante, se comenta el empleo inadecuado de la anticoncepción debido a las altas tasas de aborto y de ITS en mujeres latinoamericanas,

datos no evidenciados en mujeres chinas (Solana & González, 2015).

Si los hombres usan menos los preservativos que las mujeres y además el porcentaje de empleo de la píldora postcoital es bajo, cabe pensar que la mujer en estas relaciones sexuales continua sufriendo una situación de desventaja. Esto también es motivado por el carácter instrumental (tener descendencia) asociado por las mujeres a la sexualidad; de forma que problemas como el vaginismo no intenta ser solucionado para poder vivir una sexualidad plena (Nga & Weng, 2016).

Por otro lado, la despreocupación por un embarazo ante una práctica sexual de riesgo puede llevar al planteamiento de una aceptación de la gestación hasta su fin o bien a la aplicación de otros remedios para la generación de abortos, tal y como comenta un informante. Debido a la delicadeza del tema, se encuentran estudios donde se afirman que el número de abortos es superior en mujeres inmigrantes (Cacciani *et al.*, 2006), pero no ofrece datos sobre la población china.

6. Accesibilidad y uso del Sistema Sanitario

Aunque Bas *et al.* (2015) refieren que aquellos/as inmigrantes que llevan mayor tiempo de residencia suelen tener conocimientos más exhaustivos sobre los recursos sociosanitarios y que concretamente las personas de origen chino no demandan alfabetización sanitaria -al igual que ocurre con la muestra de población china de García (2011) o la latinoamericana de González (2012)-, en este estudio se pone de manifiesto el desconocimiento de la población general sobre el nombre del centro de salud de referencia. No obstante, esto puede no ser relevante en cuanto a la accesibilidad al sistema sanitario en sí.

En cambio, la incorrecta identificación de profesionales (médico/a y enfermero/a) también evidenciada, conllevaría no saber qué profesional puede garantizarle asistencia adecuada a su demanda, incrementar los plazos de espera y asistencia, así como contribuir a la saturación de unas u otras consultas.

La mayoría de estudios que analizan el uso de los servicios sanitarios públicos españoles, determinan que si bien la población autóctona suele ser más frecuentadora de servicios como las consultas externas o especialidades, son las personas inmigrantes quienes más emplean los

servicios de urgencias en relación a los/as autóctonos/as (López & Ramos, 2009; Malmusi & Ortiz, 2014; Tormo *et al.*, 2015; Vázquez *et al.*, 2014). Esto suele relacionarse con la presencia de enfermedad o síntomas reales y por la facilidad de combinación de horarios entre el trabajo y la asistencia sanitaria (Bas *et al.*, 2015; Velasco, Vinasco & Trilla, 2016).

Para la muestra del estudio, se observa que el 33,8% acudió a urgencias en el último año (siendo 3 veces el número máximo de visitas), considerándolo necesario la persona en cuestión o su entorno familiar. Aun siendo esta cifra superior a la reportada por la EESE (MSSSI, 2014) donde el 27,4% de la población de 15 años o más fue atendida en un servicio de urgencias en los 12 meses anteriores a la entrevista, tras los servicios de urgencias hospitalarios, los más empleados fueron los de gestión privada. Y es que aunque la mayoría posee adscripción al sistema público de salud, un 2,3% no tiene seguro de salud y un 31,7% posee seguro privado, resultados que se corresponden con los de Bas *et al.*, (2015).

En el caso de la hospitalización, menos del 3% de la muestra tuvo que ser ingresada, siendo la media de unos 3 días y debido principalmente a motivos relacionados con el embarazo y parto de mujeres chinas. Para este servicio, Cacciani *et al.* (2006) afirman que en general, es la población española quien más la emplea. No obstante, para otras áreas específicas como ginecología, lesiones y accidentes (sobre todo en hombres) y enfermedades infecciosas, las tasas de hospitalización es mayor en los/as inmigrantes, no siendo estos resultados aplicables a la población de este estudio.

Por ello es importante el análisis con segregación según origen de procedencia y sexos. Así, se denota una mayor frecuentación de mujeres africanas, mientras que las latinoamericanas se asemejan más a la población española (López & Ramos, 2009). Sáiz *et al.* (2014) señalaron un mayor uso de las urgencias hospitalarias madrileñas por parte de la población latinoamericana, mientras que atribuían al grupo de personas asiáticas la menor frecuentación de los mismos. En el caso de la población de origen chino, la baja tasa de aprovechamiento de los servicios de salud puede deberse a la naturaleza relativamente conservadora de la comunidad, dificultades en la comunicación terapéutica, experiencias negativas con servicios de traducción y a las diferencias de creencias tradicionales de salud (Chau, 2008).

Otra diferenciación es la que se produce teniendo en cuenta el tiempo de permanencia en el país receptor. Aerny *et al.* (2010) afirman que conforme aumenta el tiempo de residencia de la población inmigrante, también lo hace la frecuentación de los centros de atención primaria, asimilándose al empleo de los/as españoles/as o incluso les superan. En los servicios de

urgencias pasa algo similar. Es menor el uso entre aquellas personas que llevan menos tiempo en el lugar de acogida (sobretudo hombres) y mayor para quienes llevan más tiempo (sobre todo mujeres). No obstante, la variable de residencia en España y Sevilla no ha sido estadísticamente significativa para este estudio.

Las consultas a las que las personas de este estudio acudieron en el último mes se concentran en atención primaria, repartiéndose entre los centros de salud públicos y privados. Otra cuestión observada durante las encuestas era la falta de una opción que algunas personas escribían en chino; se trata de la Sanidad en China. Es por ello, que a pesar de ser indicado por un 2,3% de la población, estos datos no pueden ser tomados como fiables de forma estadística, ya que se sospecha de cifras superiores, coincidiendo cualitativamente con las conversaciones mantenidas y las entrevistas realizadas. En muchas ocasiones, cuando las personas iban de viaje a China, aprovechaban la ocasión para efectuar una revisión médica completa, apuntando a una mayor rapidez y multitud de pruebas en tan solo uno o dos días. Todo ello no hace más que reafirmar el menor uso de los servicios sanitarios por parte de esta población inmigrante en comparación con la autóctona y otros grupos extranjeros (Ly-Pen (2001), llegándose a comentar tanto en este estudio como en el de Vargas (2014) que, cuando una persona china va finalmente al médico (occidental) es porque la enfermedad se encuentra en un estado muy avanzado. Dado el enfoque colectivista predominante, gestionan y tratan cualquier problema de salud o asistencia social a nivel comunitario, antes de acceder a servicios de salud. (Long *et al.*, 2015). Otros problemas sumados como las dificultades administrativas y choques culturales (Cacciani *et al.*, 2006), hacen que a menudo lleguen a preguntarse si el problema de salud es tan grave como para tener que regresar a China y tratárselo (Ly-Pen, 2001).

En el último año, más de la mitad de la muestra acudió a alguna consulta sanitaria –al igual que ocurre en otro estudio en España (Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica, 2015) -aunque también un 20% afirmó nunca haber ido al médico (cifra similar al 22,6% obtenida por García (2011). La accesibilidad a los servicios sanitarios se da indistintamente en hombres y mujeres (sin diferencias estadísticamente significativas); tan solo son las personas más jóvenes quienes más consultas realizan. Probablemente esto pueda relacionarse con el mayor uso de medicina occidental en comparación con otras personas mayores que empleen principalmente remedios naturales o de MTC.

Los principales motivos de consulta referidos en el último mes fueron los problemas de salud o dolencias (54%) seguidos de las revisiones (30%), las cuales constituyeron la primera opción en el estudio de García (2011). En estas revisiones, según una profesional del centro de salud “La Plata” (uno de los centros con mayor adscripción de población china en Sevilla), es común la demanda de “sangre y foto” (hace referencia a la realización de analíticas sanguíneas rutinarias y radiografía de control). En parte, esto coincide con algunos de los servicios más empleados por esta comunidad en los últimos 12 meses y que en el trabajo se presentan; los servicios de radiología (con una diferenciación del 8,3% en población china y 19,4% en los datos de población española y extranjera de la EESE 2014). Otros recursos empleados por las personas chinas son los odontológicos, la homeopatía/medicina naturista y acupuntura, siendo estos últimos sustituidos por fisioterapeutas en la EESE (MSSSI, 2014). Aun obteniendo estos datos, Ly-Pen (2001) insiste en que el dentista no es tan frecuentado, sobre todo en personas de mayor edad, debido a la enorme diferencia de precios de los servicios odontológicos en España en comparación con los de su país de origen.

Coincidiendo con los resultados de este estudio, algunas barreras para el acceso a los servicios sanitarios occidentales son la dificultad lingüística (Ribas, 2013; Velasco *et al.*, 2016), el tiempo de dedicación al trabajo o la confianza en otros remedios (Ly-Pen, 2001). Vargas, (2014) apunta a la frustración e inseguridad generada por la incomunicación. Estas favorecen el desconocimiento de ciertos aspectos del sistema de salud, siendo preferible por tanto recurrir a la medicina tradicional en muchos aspectos. Pero también las diferencias idiomáticas y la falta de formación al respecto pueden ser fuentes de conflicto para el personal de enfermería, pudiendo provocar desconfianza mutua con el paciente (Zandoviene & Lleixá, 2015), así como insatisfacción durante los encuentros culturales y errores asistenciales (Serra *et al.*, 2013).

La solución a las dificultades idiomáticas resulta indispensable para la mejora de la atención sanitaria a población inmigrante; pero también tener en cuenta el contexto de la persona en cuestión, es decir, sus redes familiares y sociales, dado el impacto positivo de las mismas en determinados procesos de salud/enfermedad, tales como el embarazo y el parto (Aizenberg *et al.*, 2015). Esto hace plantear que para la comunidad china, donde dichas redes alcanzan unos lazos de unión tan estrechos, éstas pueden constituir un recurso valioso para el abordaje de la salud de la comunidad.

Es evidente que factores como el idioma, la cultura y el desconocimiento sobre el

funcionamiento del sistema sanitario pueden generar desigualdades en la salud de población inmigrante (Leung & Stanner, 2011; Tormo *et al.*, 2015), pero Vázquez *et al.* (2014) critican que los estudios también deberían analizar las barreras propias del sistema y no únicamente las de poblaciones extranjeras.

Aunque los resultados del estudio muestran que a la hora de concebir la atención prestada, solo el 8,1% refiere no haber recibido asistencia sanitaria a pesar de haberla necesitado, resaltan los motivos principales atribuidos a esa no asistencia. La falta de tiempo personal por sus obligaciones diarias (ya sea el trabajo o el cuidado de los/as hijos/as), así como los largos tiempos de espera para lograr la atención adecuada y resolución de las demandas de salud, se presentan como quejas o disconformidades con el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). Esto también es compartido por Bas *et al.* (2015) en España y Ribas (2013) en el contexto portugués. La censura de esta lentitud también es expuesta por Rivera *et al.* (s.f), al mismo tiempo que identifican dudas existentes en esta población sobre la capacidad del sistema para diagnosticar ciertos males, especialmente los gástricos; éstos resultan endémicos para las personas de origen chino y que no siempre se perciben aquí.

En el estudio de Ribas (2013), no solo el grado de insatisfacción de las personas de origen chino se da para con el propio sistema portugués de salud, sino también con la información recibida sobre derechos y obligaciones y recursos disponibles.

Por otro lado, también cabe identificar aspectos valorados positivamente como el trato, paciencia y disponibilidad del personal de enfermería (Ribas, 2013), algo también evidenciado en este trabajo. Otra característica alabada es el carácter gratuito y universal del sistema de salud. Esto último coincide con los resultados de un estudio sobre uso y satisfacción con los servicios sanitarios con población inmigrante en España llevado a cabo por Velasco *et al.* (2016), donde para el 66,7% % la atención sanitaria recibida en Barcelona es mejor que la recibida en su país de origen. La valoración general de los servicios, fue más positiva por las personas asiáticas seguidos de las latinoamericanas, mientras que las más críticas procedían de los originarios del Este de Europa. Aun así, tanto en las conversaciones mantenidas durante el estudio como en otros (Bas *et al.*, 2015) demandan contratación de traductores o médicos/as chinos/as.

Algunas de las medidas o herramientas a utilizar para mejorar la atención en salud de población inmigrante pueden ser la incorporación de mediadores culturales para facilitar la

accesibilidad y la equidad, elaboración de guías de salud en diversos idiomas (Vargas, 2014), creación de espacios de diálogo con asociaciones de inmigrantes y la formación de las enfermeras en interculturalidad. Mientras que la formación en competencia cultural forma parte de los estudios de grado y postgrado de Enfermería en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido o Australia, en España su implantación plena debe seguir desarrollándose (Castrillón, 2015).

Otras propuestas de mejora del sistema de salud son la incorporación de las TIC para mejorar la percepción de utilidad de los servicios sugerida por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI, 2016), elaboración de protocolos para la acogida y captación de usuarios/as, la creación de un clima de respeto que evite la aparición de actitudes discriminatorias, incorporación de menús y características culinarias de otras culturas, contratación de personas competentes pertenecientes a otras culturas para los lugares de trabajo disponibles, traducción y la adaptación de la información en los idiomas y culturas prevalentes de la población del entorno del centro sanitario (Generalitat de Catalunya, Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud, 2007).

7. Estado de salud

Los resultados obtenidos muestran que las personas con mejor salud autopercebida tendieron a referir menos limitaciones en sus actividades cotidianas (casi la totalidad de la población coincidió en no haber sufrido ningún tipo de limitación en los últimos 12 meses). Al mismo tiempo, Velasco *et al.* (2016) afirman que esta percepción positiva se relaciona directamente con el menor uso de los servicios sanitarios, siendo éstos más frecuentados por quienes consideran tener un peor estado de salud. En nuestro estudio, el 56,8% manifestó tener una buena o muy buena salud, siendo este porcentaje mayor en otros (García, 2011; González, 2012; MSSSI, EESE, 2014; Velasco *et al.*, 2016), con cifras superiores al 70%. Aun así, para nuestra muestra se evidencia que la mejora en la autopercepción se produce conforme aumentan los años de residencia en España. Esto es algo positivo teniendo en cuenta el incremento constante del flujo migratorio chino y la permanencia de los núcleos familiares en el país. También cabe señalar que otro grueso determinado por el 35,6% de los/as encuestados/as escogía la opción “regular” verbalizando en la mayoría de las ocasiones una salud autopercebida con normalidad (ni bien ni mal).

En general, la percepción de la salud suele ser más positiva en población extranjera que en la

autóctona española (MSSSI, EESE, 2014), hecho manifestado de forma contraria por Tormo *et al.* (2015) y Rodríguez *et al.* (2014). No obstante, en este último trabajo se exceptúa a las mujeres latinoamericanas, los hombres magrebíes y los chinos.

Por otro lado, cabe señalar que con independencia de la nacionalidad, son las mujeres quienes peor perciben su salud con respecto a los hombres. También se evidencia que la percepción positiva disminuye con la edad, aunque ciertas diferencias no hayan sido estadísticamente significativas en este estudio.

7.1. Problemas de salud

La descripción de los problemas de salud reales o potenciales de forma generalizada en toda la población inmigrante conllevaría sesgos en los resultados. La heterogeneidad de cada grupo poblacional específico genera diferencias en la prevalencia, forma de presentación y abordaje de dichos problemas. Y es que es tal la influencia cultural sobre la salud, que las expresiones sobre los problemas son cambiantes. Mientras que usuarios/as sudamericanos/as son capaces de expresar lo que sienten, las personas del África subsahariana pueden expresar el duelo migratorio insuficientemente elaborado mediante consultas por gastralgias somatizadas u otras dolencias como cefaleas, dolores músculo-esqueléticos, alteraciones cardiovasculares, gastroenteritis, problemas respiratorios o disfunciones en el sistema inmunológico (alergias) (Leno, 2008).

De las alteraciones de la salud señaladas, Ballesteros *et al.* (2005) destacan los problemas osteomusculares (68%) y en segundo lugar los digestivos (13%) como las principales causas de consultas sanitarias por patología aguda en población inmigrante, siendo estos últimos también relacionados con los cánceres (Ly-Pen, 2001). También Sáiz *et al.* (2014) coinciden en señalar los problemas digestivos (20,8%) y el malestar general (18,8%) como los principales motivos de consulta de las urgencias en Madrid.

En definitiva y coincidiendo con los resultados de este estudio, se trata de problemas de salud principalmente relacionados con los hábitos y estilos de vida. Por ello se va incrementando la aparición de enfermedades crónicas (aunque en general se detecta una prevalencia inferior

con respecto a la población autóctona) (Malmusi & Ortiz, 2014; Tormo *et al.*, 2015), mientras que no son declaradas en la población china enfermedades infecto-contagiosas, como el VIH. Aun siendo ésta la más destacada en la población inmigrante en España (Pérez *et al.*, 2012), no se evidencian estudios donde se constate la significación de la infección en personas de origen chino; más bien su incidencia es mayor en personas subsaharianas.

Las excesivas jornadas laborales con importantes cargas físicas, permiten explicar que los problemas osteomusculares (dolores de espalda, artritis) sean en este estudio las principales patologías padecidas (31,6%). Las alteraciones músculo-esqueléticas superan las cifras recogidas por la EESE (MSSSI, 2014) para dolores lumbares y cervicales en población inmigrante (23%). Además, estos problemas en personas ocupadas laboralmente se incrementan con el rango de edad (Pinilla *et al.*, 2015), suponiendo un gran reto para la vigilancia de la salud de los/as trabajadores/as chinos/as.

Le siguen en segundo lugar las alergias (25,6%), también superando el porcentaje recogido para las alergias no asmáticas dadas tanto en mujeres inmigrantes (18%) como en población autóctona (14%) de la EESE (MSSSI, 2014). En este estudio, muchas personas coinciden en desarrollarla cuando llegan a España, quizás motivado por pólenes o plantas a las que anteriormente en China no han estado expuestos.

Por otro lado, la patología cardiovascular (HTA e infarto miocardio) es superior en población autóctona (Sáiz *et al.* (2014) (20,76% en autóctonos/as frente al 9,76% en extranjeros/as) siendo en ambos grupos el porcentaje mayor para las mujeres (MSSSI, EESE, 2014). En comparación con estos porcentajes, se observa que esta patología crónica solo aparece en el 4,6% de la comunidad china, aun constituyendo la primera en orden en España, pero también la principal causa de muerte en China.

Teniendo en cuenta los parámetros de salud medidos en este trabajo, es posible reflexionar sobre la salud cardiovascular futura de la población china en Sevilla, dado que factores como la hipertensión, hiperlipidemia, el tabaquismo o el sobrepeso son altamente predictivos del ACV (Wang J.*et al.*, 2017). En cuanto al IMC -quedando definido el peso normal específico para el/la chino/a en base a un IMC 18,5 a 23,9 kg/m² (Lv *et al.*, 2017)-, a pesar de que Aerny *et al.*, (2010) determinan mayor sobrepeso en mujeres inmigrantes que en autóctonas, el 53% de hombres y el 79% de mujeres de la población china en este trabajo tienen una incidencia de obesidad inferior a la de la población española (Ly-Pen, 2001). Situándose la mayoría en un IMC de normopeso, se trata por tanto de un grupo de bajo riesgo en relación a la patología

cardiovascular, aunque tanto la obesidad como el sobrepeso, coincidiendo con la EESE (MSSSI, 2014), alcanzan cifras superiores en los hombres. En esta encuesta, el 52,7% de la población de más de 18 años presentaba un peso normal mientras que el 16,9% padecía obesidad (17,1% de los hombres y 16,7% de las mujeres) y el 35,7% sobrepeso (43,6% de los hombres y 28,1% de las mujeres). En el caso de la población china es destacada la menor prevalencia de sobrepeso (10%) y obesidad (1%) en las mujeres. Aunque también en el estudio de García (2011) la mayoría de la población de forma general tiende al normopeso, se va observando un incremento del sobrepeso principalmente en hombres (20%), hasta llegar al 47% en nuestro estudio. Esto es algo ya observado con frecuencia en las personas nativas de la RPC (Lu, Su, Xiang, Zhou & Wu, 2016) quienes llegan a considerar la obesidad como un signo de abundancia y no tanto como un problema de salud. También la tendencia hacia la obesidad del hombre es demostrada por Huang (2016), quien además la relaciona con niveles educativos más bajos, tanto en hombres como en mujeres.

En sentido contrario, mientras que los datos de la Encuesta Europea Salud (MSSSI, 2014) revelan un 2,2% de población con bajo peso, este se torna más marcado en el caso de la población china del estudio.

Como advertencia particular para profesionales de la salud, señalar la existencia de un sistema tradicional de unidades, diferente al expresado en kg; si bien todas las personas encuestadas sabían realizar correctamente la conversión, algunas podrían manejar únicamente las unidades Jin, donde 1 Jin = 0,5 kg, lo cual podría dificultar la exploración física a un/a paciente si esta información se desconoce.

Otro problema detectado es el malestar gástrico (más acuciado durante la residencia en España) asociado a los hábitos de consumo de alcohol y tabaco, cambios de rutina que perjudican el “qi” (McCracken, 2012) o exposición continuada a elementos dietéticos como la lactosa. Esta última es común y suele manifestarse ya en la niñez (Ly-Pen, 2001).

A pesar de que las úlceras duodenales o gástricas solo son señaladas por un 5,3% de la población, tanto los/as encuestados/as como los/as informantes coinciden en destacar dichos problemas. Además, el porcentaje supera las cifras indicadas por la EESE (MSSSI, 2014), donde se atribuyen para las úlceras gástricas o duodenales el 2% en población autóctona y el 1,8% en el caso de extranjeros/as.

En el estudio también se comprueba que en lugar de constituir una patología en sí, los problemas digestivos son más señalados cuando se unen a otros intestinales (15,2%),

teniéndose en cuenta como dolencia o problema que altera la vida diaria, por detrás de los dolores de garganta, resfriados y tos (24%) y los dolores óseos (16,7%). Esto revela la importancia de tener en cuenta no solo las enfermedades crónicas diagnosticadas, sino también las afecciones menos graves que pueden aparecer en un período de tiempo determinado, ya que al preferir aguantar su malestar y seguir trabajando, es posible encontrar patologías infradiagnosticadas a partir de estas dolencias (ONTSI, 2016). También hay que ser consciente de que, al ser recogida la información del estudio en un período caracterizado por el frío y el invierno, es lógico atribuir dicha estación a la aparición de resfriados y síntomas acompañantes. Sin embargo, los problemas gástricos son referidos como algo más constante, no dependiente de la época del año, pero sí relacionado con su estancia fuera del país de origen.

Es posible determinar que las dolencias padecidas, en la mayoría de los casos no han generado limitaciones graves en la vida cotidiana de estas personas. Aunque las restricciones hayan tenido por término medio una duración de 3 días, las conversaciones e informantes determinan que se trata de pequeñas limitaciones en la capacidad normal para realizar las actividades habituales, principalmente relacionadas con el trabajo. Cuando se trata de quedarse en cama las cifras descienden, ya que en el caso de padecer cefaleas o dolores no han requerido encamamiento. De esta forma, solo se han encontrado cinco personas que han referido una restricción en cama una media de una semana, siendo más probable que esto se haya dado por síntomas febriles. Es cierto que aunque en las limitaciones o restricciones no se hayan evidenciado diferencias estadísticamente significativas según el sexo, la tendencia ha sido siempre superior en el caso de la mujer.

Haciendo mención tanto a los accidentes laborales como las discapacidades generadas por ellos, Cacciani *et al.* (2006) señalan que las tasas son mayores en trabajadores/as migrantes que en nativos/as, mientras que Sagiés (2015) informa de una mortalidad asociada a la accidentabilidad más frecuente en población española masculina.

Para este estudio con población de origen chino en Sevilla, los accidentes en el ámbito laboral constituyen el porcentaje más bajo de toda la accidentabilidad evidenciada (14,3% siendo solo 15 personas quienes reportaron algún accidente en los últimos 12 meses). Dado que según los registros de población afiliada a la Seguridad Social, la accidentabilidad principalmente se produce en el sector de la construcción o agrario (De la Orden, 2015), la población de origen chino quedaría más protegida al no ser esta su actividad laboral predominante.

La mayoría de los accidentes entre las personas chinas se produjeron en la calle (28,6%), sin ser accidentes de tráfico, datos que se alejan de la EESE (MSSSI, 2014), donde se atribuyen más accidentes de tráfico entre la población inmigrante (3,46%) que en la española (2,2%).

Aunque más de la mitad de la población accidentada de este estudio consultó con personal sanitario o acudió a urgencias, los daños ocasionados fueron leves: contusiones, hematomas, llegando incluso a no ocasionar ningún problema al 20% de accidentados/as. Por tanto, más que accidentes, la población china percibe problemas de salud muy relacionados con los riesgos a los que están expuestos en su vida laboral diaria. En este trabajo, los resultados coinciden con los evidenciados por inmigrantes chinos/as en EEUU que trabajan en la restauración (Gao *et al.*, 2015). Mencionaron lesiones que coinciden con las afecciones más prevalentes señaladas: quemaduras, cortes o esguinces, problemas musculares e “inhalación de color negro”, dolencias gástricas por las comidas rápidas e irregulares, etc.

Pero no solo acontecen problemas físicos; también la somatización a causa de las modificaciones de roles (familiares, laborales, etc.) derivadas de la experiencia estresante del contacto cultural pueden deteriorar la salud mental (Generalitat de Catalunya, Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud, 2007). En este sentido, en un estudio con inmigrantes chinos/as americanos/as diagnosticados/as de depresión (Chen *et al.*, 2015), el 68,5% de las personas identificaron el estrés psicológico como la causa más probable de su patología, asociándolo principalmente con los problemas relacionales (matrimonio/pareja, relaciones interpersonales y con el estrés laboral).

El análisis de la salud mental en este estudio muestra que en general, las personas de origen chino tienen sentimientos de utilidad personal. Más del 90% de los/as encuestados/as presentan indicadores positivos de salud mental, refiriendo buena concentración en las actividades que realizan, afrontamiento adecuado de los problemas que se van presentando y sentimiento de felicidad general con sus vidas. Esto coincide con los resultados de González (2012), donde el 75,4% de población inmigrante latinoamericana en Sevilla consideró no haber tenido ningún día de mala salud mental.

No obstante, también en la vida de las personas chinas la presencia de síntomas tendentes a la depresión (45%), el agobio y la tensión constante (71,4%) podrían poner en riesgo su salud psíquica.

Aun no encontrándose evidencias científicas sobre la relación de la patología mental asociada al juego en la población china, cabe mencionar que la ludopatía podría ser otro de los peligros a los que se enfrenta cierto grupo de esta comunidad, al entender el juego como una forma de ocio donde el dinero siempre debe estar presente.

LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS

VII: LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS

1. Limitaciones

Algunas de las limitaciones de este estudio son las que a continuación se presentan:

En primer lugar, cabe destacar la diferencia cultural existente entre doctoranda y el grupo de estudio. Aun teniendo en cuenta las características específicas señaladas por otros/as autores para con esta comunidad, el desconocimiento del idioma podría explicar las mayores dificultades para acceder a la misma. Por ello la doctoranda accedió por iniciativa propia a un curso básico de chino mandarín, pero esto solo permitió la comunicación necesaria para saludar y mostrar agradecimiento. Debido a este mismo inconveniente, ciertas anotaciones o palabras escritas en la lengua materna de las personas participantes tuvieron que ser traducidas por otras nativas chinas; se evitó así obviar información relevante.

La necesidad de contactos que faciliten la entrada en la comunidad china no sólo es requerida desde las instituciones; también se ha constatado en este trabajo que, aun cuando se ha incorporado un tamaño muestral superior al de otros realizados en España con la misma población, habría sido oportuno el acompañamiento de una persona nativa durante el trabajo de campo, para mejorar la captación de población y conseguir la estratificación adecuada en base al distrito de residencia y el sexo, haciendo uso del mismo idioma.

Para facilitar el acercamiento, aun siendo consciente de que toda persona posee ideas preconcebidas, estas han sido combatidas desde el inicio de la tesis, demostrando a todas las personas participantes el interés por su cultura y el respeto hacia la etnia.

En segundo lugar, contar con una herramienta de gran extensión como ha sido el cuestionario empleado, no ha permitido indagar profundamente en algunas temáticas. No obstante, ha mostrado información general sobre las principales características de esta comunidad, conductas y problemas de salud, que a partir de lo ahora expuesto, podrán orientarse hacia ámbitos más concretos.

Por último, el carácter transversal del estudio no permite establecer relaciones causales estadísticamente más rigurosas entre determinadas variables. Si bien en algunos casos la no significación se encontraba en los límites establecidos, podrían proporcionarse datos relevantes con estudios longitudinales o con mayor tamaño muestral.

2. Prospectivas

Tras la realización de esta Tesis Doctoral se abre un amplio abanico de posibilidades para la investigación en salud. Teniendo en cuenta los resultados hallados en la población china femenina y la mayor participación de éstas, es posible que sean contempladas como activos en salud, orientando los estudios hacia las mismas como promotoras de cambios de conductas y mejora de la salud en el resto de su comunidad. También se relaciona con ellas el uso de los servicios sanitarios, siendo uno de los motivos principales de asistencia la atención al embarazo/parto o puerperio, momento asistencial importante en el que los y las profesionales de la salud. Éstos/as deben acercarse al sistema de creencias que sustentan los cuidados proporcionados por la comunidad china en este período de la vida de la mujer y el/la lactante.

Conociendo que ciertos hábitos o conductas de salud son más prevalentes en la comunidad china residente en Sevilla, se propone una readaptación del cuestionario sobre conductas de salud para profundizar en dichos estilos de vida, incrementando el tamaño muestral y haciendo de este proyecto una extensión a otros puntos de Andalucía o de España.

Para una adecuada atención sociosanitaria a la comunidad china, también será necesaria la elaboración de guías que partan de la fundamentación teórica proporcionada por la Enfermería Transcultural y el manejo de la taxonomía enfermera. Trabajos futuros podrían versar sobre orientaciones para una correcta valoración enfermera a pacientes de origen chino, dietoterapia aplicada a problemas de salud, factores de potenciación de la actividad física y la erradicación del sedentarismo, salud laboral, etc. Tampoco será posible olvidar las líneas de intervención e investigación que fomenten la mejora y evaluación del sistema de salud, de forma que las personas chinas puedan acceder en igualdad de condiciones y dispongan de recursos adaptados culturalmente.

Por último, derivado de esta línea de investigación, se contempla la elaboración de una herramienta que permita controlar sesgos culturales, hasta ahora no tenidos en cuenta de forma estandarizada. Minimizarlos supondría una mejora de la calidad metodológica de los trabajos e instrumentos empleados por investigadores/as del área de la salud.

CONCLUSIONES

VIII: CONCLUSIONES/CONCLUSIONS

1. Conclusiones

Las conclusiones obtenidas a partir de los resultados de este estudio son las siguientes:

1. La población inmigrante china del estudio la conforman personas jóvenes en edad activa y con un nivel de estudios secundarios, cuyo objetivo migratorio es mejorar su calidad de vida a través del trabajo. Por ello, contando con el apoyo familiar y de paisanaje característicos de la cultura china y doctrina confuciana, aunque se observa en los últimos años un incremento de mujeres, son principalmente los hombres quienes llegan desde la provincia de Zhejiang para incorporarse al mercado laboral (primero como empleados en negocios familiares o de conocidos/as y después como autónomos). Posteriormente, son las mujeres e hijos/as quienes emigran por reagrupación familiar, para instalarse junto con el núcleo familiar en viviendas situadas en la zona Cerro-Amate y Este de Sevilla principalmente.
2. Aunque la población china afirma adaptarse fácilmente a la ciudad de Sevilla, la aculturación se ve dificultada por la barrera del idioma y las diferencias de costumbres y cultura con la sociedad receptora. Junto con la percepción de un trato recibido en España neutral o negativo, favorecen las relaciones internas en la comunidad, mientras que el trato con otras etnias o población autóctona española es escaso. La convivencia con la población autóctona irá en aumento debido al funcionamiento familiar en las estructuras de la sociedad occidental.
3. El estilo de vida de la comunidad china en Sevilla viene marcado por una intensa actividad laboral en el sector servicios, con jornadas superiores a las 12 horas diarias, repartidas en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres. En general, presentan patrones adecuados de conductas en relación con la seguridad vial y la alimentación (consumo diario de verduras), aunque para el caso de la dieta, suele verse alterada por el ritmo de vida adquirido en Sevilla. No existe una gran tendencia hacia las actividades preventivas cardiovasculares ni de screening ginecológico en la mujer. No obstante, se produce un mayor seguimiento del proceso de embarazo. Aparecen

conductas sexuales de riesgo, evidenciadas por un importante uso de la marcha atrás. Principalmente por motivos laborales e idiomáticos no generan una alta frecuentación de los servicios de salud públicos, siendo éstos preferidos cuando es necesario acudir a urgencias. No obstante, también hacen uso de la Sanidad en China y de seguros médicos privados a los cuales tiende la población con mejor progreso económico, evitando así los tiempos excesivos requeridos para ser atendidos/as. Para afrontar dolencias breves, una amplia mayoría hace uso de remedios tradicionales (hierbas, alimentos, acupuntura, etc.), combinados con medicación principalmente adquirida en farmacias.

4. Las relaciones entre las conductas de salud y variables sociodemográficas y culturales de la población inmigrante china estudiada muestran que las mujeres gozan de mejor salud que en los hombres, evidenciado en hábitos y datos relativos al sobrepeso, consumo de frutas, alcohol y tabaco, horas de sueño y estrés laboral. Sin embargo, la percepción de un trato negativo percibido por la población española, las actividades del hogar y el cuidado de los/as niños/as predominan en la mujer, al igual que preocupaciones por el bienestar económico familiar. En general, muestran satisfacción con su nueva vida y condiciones de vivienda, corroborándose con una evaluación de la salud positivamente autopercebida que aumenta conforme lo hace el período de estancia en Sevilla. Si bien la obtención de un mayor nivel de estudios, la práctica de actividad física y la accesibilidad al sistema de salud son más frecuentes entre personas jóvenes, también la adquisición de hábitos no saludables como el consumo de grasas se asocia a este sector poblacional, como muestra de la occidentalización de sus comportamientos con el paso del tiempo.
5. Los problemas de salud más destacados en la población de estudio son las dolencias musculoesqueléticas, resfriados y catarros comunes, alergias y problemas gástricos, principalmente desencadenados a raíz del contacto cultural. Los cambios de rutina y exposición prolongada a cargas físicas en el medio laboral, favorecen la aparición de estas alteraciones. No obstante, no generan en su mayoría limitaciones importantes de la vida diaria ni encamamiento que obligue al absentismo laboral. En general, manifiestan una baja accidentabilidad, una buena salud mental y apoyo emocional adecuado. La mayor identificación de dolencias generales en relación con patologías crónicas padecidas, junto con la baja accesibilidad al sistema de salud, podría indicar

la existencia de problemas de salud actuales o futuros que están siendo o serán infradiagnosticados.

6. Aunque el lenguaje puede actuar como barrera en la comunicación, no constituye un obstáculo infranqueable si los y las profesionales están abiertos/as al diálogo y al conocimiento de la cultura sanitaria de sus pacientes, como por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura y la utilización de remedios tradicionales, entre otros. Este trabajo puede ofrecer información valiosa para que puedan aumentar su competencia cultural y contribuir a la promoción de la salud de este grupo de población tan cercano y, a la vez, tan desconocido.

2. Conclusions

The conclusions obtained from the results of this study are as follows:

1. The Chinese immigrant population of the study is made up of young people of working age and with a level of secondary education, whose migratory objective is to improve their quality of life through work. Therefore, with the support of family and compatriots characteristic of Chinese culture and Confucian doctrine, although in recent years there has been an increase in women, it is mainly men coming from Zhejiang Province to join the labor market (first as employees in family or acquaintances businesses and then as self-employees). Subsequently, it is the women and children who migrate for family reunification, to settle along with the family core in houses located mainly in the Cerro-Amate area and Eastern zone of Seville city.
2. Although the Chinese population claims to adapt easily to the city of Seville, acculturation is hampered by the language barrier and differences of customs and culture with the host society. Alongside the perception of a neutral or negative treatment received in Spain, they favor internal relations in the community, while the relationship with other ethnic groups or native Spanish population is scarce. Coexistence with the native population will grow up due to family functioning in the structures of Western society.
3. The lifestyle of the Chinese community in Seville is distinguished by an intense activity in the service sector, with working days of more than 12 hours splitted equally

between men and women. In general, they have adequate patterns of behavior in relation to road safety and food (daily consumption of vegetables), although in the case of diet, it is often altered by the pace of life acquired in Seville. There is no trend towards cardiovascular preventive activities or gynecological screening in women. However, there is a greater follow-up of the pregnancy process. Sexual conducts of risk appear, evidenced by a high use of the withdrawal. Mainly because of work and idiomatic reasons they do not use public health services frequently, which are preferred over private services when it is necessary to go to the emergency room. However, they also make use of health care services in China and private medical insurances, specially population with a better economic situation to avoid the excessive time required to be cared for. To deal with brief illnesses, a large majority use traditional remedies (herbs, food, acupuncture, etc.), combined with medication mainly purchased in pharmacies.

4. The relationships between health behaviors and sociodemographic and cultural variables of the Chinese immigrant population studied show that women are healthier than men, evidenced in habits and data related to overweight, fruit, alcohol and tobacco consumption, hours of sleep and work stress. However, the perception of a negative treatment perceived from the Spanish population, the household activities and the care of the children predominate in the woman, as well as concerns for the familiar economic well-being. In general, they show satisfaction with their new life and housing conditions, corroborating it with a positively self-perceived health assessment that increases as the length of stay in Seville goes on. Although obtaining a higher level of studies, the practice of physical activity and accessibility to the health system are more frequent among young people, also the acquisition of unhealthy habits such as fats consumption is associated with this population sector, as evidence of the westernization of their behavior over time.
5. The most important health problems in the studied population are musculoskeletal conditions, colds, allergies and gastric problems, mainly triggered by cultural contact. Routine changes and prolonged exposure to physical loads in the work environment, favor the appearance of these alterations. However, they do not generate in their majority important limitations of the daily life that obliges to not go to work. In general, they show a low accident rate, good mental health and adequate emotional

support. The greater identification of general ailments in relation to chronic pathologies suffered, together with the low accessibility to the health system, could indicate the existence of current or future health problems that are or will be underdiagnosed.

6. Although language can act as a barrier in communication, it is not an impassable obstacle if professionals are open to dialogue and knowledge of the health culture of their patients, such as, for example, the perception of illness, relationship between habits and culture, and the use of traditional remedies, among others. This work can offer valuable information so that they can increase their cultural competence and contribute to the health promotion of this group of population so close and at the same time so unknown.

RESUMEN

IX: RESUMEN/ABSTRACT

1. Resumen

Introducción: La presencia notoria de población de origen chino en Sevilla en los últimos años, se evidencia en un incremento de la misma en relación con otros grupos de personas inmigrantes, suponiendo actualmente el 10% de la población extranjera empadronada. Sin embargo, son escasas las investigaciones que nos acerquen al conocimiento extenso del estilo de vida como determinante del estado de su salud.

Objetivo: Conocer el perfil sociodemográfico y las conductas de salud de la población inmigrante china adulta de 19 a 44 años de edad de la ciudad de Sevilla.

Metodología: Se ha realizado un estudio con metodología mixta en dos fases. La primera se trata de una fase cuantitativa, basada en un estudio descriptivo, transversal, de prevalencia y observacional sobre una muestra inicialmente seleccionada mediante técnica de muestreo probabilístico, estratificado y proporcional al número de efectivos poblacionales según las variables sexo y distrito administrativo de residencia, para finalmente contar con una muestra de 133 personas. La recogida de la información se llevó a cabo mediante un cuestionario validado y adaptado idiomáticamente. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS (versión 23). La segunda etapa se trata de una fase cualitativa con empleo del enfoque fenomenológico. Se accedió a la información a través de siete entrevistas en profundidad a informantes clave de la comunidad china en Sevilla, realizándose posteriormente un análisis de contenido.

Resultados: La muestra está constituida por un 61,7% de mujeres. Se trata de un grupo poblacional en su mayoría procedente de la provincia de Zhejiang, que lleva residiendo en Sevilla una media de 10 años junto con la unidad familiar. El objetivo migratorio es de índole económico; la tasa de desempleo es prácticamente nula y el sector servicios es el más ocupado, con jornadas que superan las 12 horas diarias. Consideran que su convivencia con otras etnias es adecuada y que el trato recibido en España es de normalidad o negativo, atribuyéndose a diferencias culturales.

Físicamente, la mayoría se encuentra en situación de normopeso (IMC=22,8), aunque con mayor tendencia al sobrepeso en los hombres (47%). En relación con las conductas de salud más frecuentes, destaca el hecho de que el 96,4% afirma llevar siempre el cinturón de seguridad en el coche; el 13,6% fuma diariamente, constituyendo los hombres el 94%; el 60,3% afirmó consumir alcohol en el último año, produciéndose a diario en un 11,5%; más del 95% refiere no haber consumido drogas ilícitas; el hábito de descanso se caracteriza por

una media de 7,5 horas de sueño al día; el 45,5% y el 78,4% indica no realizar actividad física de forma habitual o en el tiempo libre respectivamente; siguen un patrón dietético adecuado con abundante consumo de verduras y arroz como base alimentaria, tornándose mayor el consumo de grasas en la población más joven.

Con respecto al Sistema Sanitario, el 31,7% posee seguro médico privado; en el último año el 52,3% realizó alguna consulta sanitaria y el 33,8% acudió a urgencias; se plantean mejoras idiomáticas y de tiempos de espera para los servicios sanitarios públicos. En su mayoría combinan la MTC con el empleo de medicamentos, siendo los tratamientos para el catarro y malestar general los más utilizados.

Se detecta un escaso nivel de conductas preventivas reflejado en el bajo índice de controles de tensión arterial realizados en el último año y técnicas de screening ginecológicas en el caso de mujeres. Durante las prácticas sexuales, el método más utilizado es el preservativo seguido de la marcha atrás. Su forma de vida se caracteriza por el seguimiento de orientaciones confucianas, aunque también existen en Sevilla personas adeptas al budismo y la iglesia evangelista.

La salud es autopercebida de forma positiva por el 56,8% de encuestados/as. Los indicadores hacen referencia a una buena salud mental y apoyo afectivo suficiente, proporcionado por la red social establecida entre todas las personas miembros de la comunidad. Las dolencias que más afectan a esta población son las de carácter musculoesqueléticas, alergias y alteraciones digestivas.

Conclusiones: En términos generales, los resultados indican un buen estado de salud de las personas inmigrantes chinas entrevistadas. No obstante, hábitos de consumo de alcohol, tabaco o el sedentarismo pueden constituir problemas futuros que deben ser atendidos por las organizaciones sanitarias. Dada la mayor participación femenina, la gran dedicación al trabajo y la baja frecuentación de los servicios sanitarios en general, las mujeres de origen chino y la salud laboral se tornan una vía de acceso a esta comunidad para la Promoción de la Salud.

Palabras clave: Migración (DeCS); Conductas de salud (DeCS); Promoción de la Salud (DeCS); Enfermería Transcultural (DeCS); Población China; España.

2. Abstract

Introduction: The notorious presence of Chinese population in Seville in recent years is evidenced by an increase of this presence against other groups of immigrants, currently accounting for a 10% of the foreign population registered. However, there is little research bringing us to a comprehensive knowledge of the lifestyle as a determinant of the state of their health.

Objective: To know the sociodemographic profile and health behaviors of the Chinese adult immigrant population from 19 to 44 years of age in Seville.

Methodology: A mixed methodology study has been carried out in two phases. The first is a quantitative phase, based on a descriptive, cross-sectional, prevalence and observational study on a sample initially selected using a probabilistic sampling technique, stratified and proportional according to the gender and administrative district of residence, to finally have a sample of 133 people. The information was collected through a validated and idiomatically adapted questionnaire. Data analysis was performed using the SPSS statistical package (version 23). The second stage is a qualitative phase using the phenomenological approach. The information was obtained through seven in-depth interviews with key informants from the Chinese community in Seville, with a subsequent content analysis.

Results: The sample consisted of a 61.7% of women. It is a population group mostly coming from the province of Zhejiang, which has been living in Seville for an average of 10 years together with their family unit. The migratory purpose is economic; the unemployment rate is practically zero and the services sector is the busiest, with workdays exceeding 12 hours a day. They consider that their coexistence with other ethnicities is adequate and that the treatment received in Spain is normal or negative, attributing it to cultural differences.

Physically, most of them have a normal weight (BMI = 22.8), although they are more likely to be overweight in men (47%). In relation to the most frequent health behaviors, highlights the fact that 96.4% affirm to always wear the seat belt in the car; 13.6% smoke on a daily basis, with men accounting for 94%; 60.3% reported consuming alcohol in the last year, being a 11.5% on a daily basis; more than 95% reported not having consumed illicit drugs; the rest habit is characterized by an average of 7.5 hours of sleep per day; 45.5% and 78.4% indicated not to perform physical activity usually or during the spare time, respectively; they follow an adequate dietary pattern with abundant consumption of vegetables and rice as food base, having more fats consumption in the younger population.

In relation to the Health System, 31.7% have private health insurance; during last year 52.3%

made some health consultation and 33.8% went to the emergency room; language improvements and waiting times for public health services are proposed. Most combine the Chinese traditional medicine with the use of medicines, being the treatments for the cold and malaise the most used.

It is detected a poor level of preventive behaviors reflected in the low rate of blood pressure controls performed in the last year and gynecological screening techniques in the case of women. During sexual practices, the most commonly used method is the condom followed by withdrawal. Their way of life is characterized by the follow up of Confucian orientations, although there are also people in Seville adept to Buddhism and the evangelist church.

Health is self-perceived by 56.8% of respondents. Indicators refer to a good mental health and a sufficient emotional support, provided by the social network established among all members of the community. The diseases that most affect this population are those of a musculoskeletal nature, allergies and digestive alterations.

Conclusions: In general terms, the results indicate a good health status of the Chinese immigrant people interviewed. Nevertheless, habits of alcohol consumption, tobacco or the sedentary lifestyle can constitute future problems that must be taken care of by the sanitary organizations. Given the greater participation of female, the high dedication to work and low attendance to health services in general, Chinese women and health at work become a way of access to this community for Health Promotion

Keywords: Emigration and Immigration (DeCS); Health Behavior (DeCS); Health Promotion (DeCS); Transcultural Nursing (DeCS); Chinese population; Spain.

BIBLIOGRAFÍA

X: BIBLIOGRAFÍA

62ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA). (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de : http://www.who.int/social_determinants/es/.

Aerny Perreten, N., Ramasco Gutiérrez, M., Cruz Maceín, JL., Rodríguez Rieiro, C., Garabato González, S., & Rodríguez Laso, A. (2010). La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac. Sanit.*, 24(2), 136-144.

Aizenberg, L., Rodríguez ML., & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones internacionales*, 8(1), 65-94.

Akrami, N., Ekehammar, B. & Araya, T. (2000), Classical and modern racial prejudice: a study of attitudes toward immigrants in Sweden. *Eur. J. Soc. Psychol.*, 30, 521–532.

Alarcón, A., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. Méd Chile*, 131, 1061-1065.

Alcalde Campos, R. (2014). Mujeres latinoamericanas inmigrantes jefas de hogares monoparentales en España. *Migraciones Internacionales*, 7(3), 165-190.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2015). *Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2015. Forzados a huir*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2016/10627.pdf>.

Álvarez-Gayou Jurgensosn, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*; Paidós Ibérica.

Álvarez Monjarás, M. (2013). Medicina Tradicional China: la clínica oriental y su relación con el paradigma psicológico occidental. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 72-80.

Amador Rojas, J.A. (2015). Aproximaciones a la construcción conceptual de la migración. Muuch' Xíimbal caminemos juntos. *Revista de Investigación y estudios internacionales*, 1, 123-131.

Aparicio Mena, A.J. (2004). Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la

idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas. *Gazeta de antropología*. 20(5). doi: <http://hdl.handle.net/10481/7256>.

Ardila Jaimes, C.P. (2015). La Medicina Tradicional China en la prevención de la Enfermedad. *Rev Cienc Salud*, 13(2), 285-291. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud13.02.2015.15>

Arellano, A. (2014). Immigration and occupational status in economic crisis. *Cuadernos Económicos del ICE*, 87, 161-183.

Argimón JM., & Jiménez, J. (2012). Métodos de Investigación clínica y epidemiología. (4ªed). Madrid: Elsevier.

Asamblea Médica Mundial (AMM). (2013). *Declaración de Helsinki- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.

Ávila Agüero, M.L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica*. *Acta Médica Costarricense*. Editorial de la Ministra de Salud.

Badaró, M. (2016). Alimentación saludable en Shangái: notas exploratorias. *Salud colectiva*, 12(4):651-664.

Ballesteros Pérez, A.M., Anaya Reche, J.A., Cámara López, M.A., López Caravaca, J., Pagan Dato, E., & Ghelichkhani Latify-Alavijeh, M. (2005). El paciente inmigrante: ¿una realidad diferente? Murcia. *Semergen*, 31(11), 516-20.

Bas Sarmiento, P., Fernández Gutiérrez, M., Albar Marín, MJ., & García Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit.*, 29(4), 244-251.

Basabe, N., & Bobowik, M. (2013). Estatus grupal, discriminación, y adaptación en inmigrantes latinoamericanos y africanos en España. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 12(1), 5-29.

Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 34(2), 239-260.

Behavioral Risk Factor Surveillance System Centers for disease control and prevention. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/>.

Beltrán Antolín, J. (2009). La inmigración china en Cataluña”, en Joan Julià-Muné, ed., *Visions de la Xina: cultura multimilenària*. Lleida: Institut d’Estudis Ilerdencs de la Diputació de Lleida, pp.125-150.

Beltrán Antolín, J., & Sáiz López, A. (2015). A contracorriente. Trabajadores y empresarios chinos en España ante la crisis económica (2007-2013). *Migraciones*, 37, 125-147.

Benavides Delgado, J. (2015). La paradoja de la evolución del concepto de desarrollo. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 7(1).

Bernard Vallés, M., Maderuelo Fernández, JA., & Moreno González, P. (2016). Necesidades de información sobre salud y enfermedad de usuarios de servicios sanitarios de atención primaria de Salamanca. *Atención Primaria*, 48(1), 15-24.

Bernardos, G., Martínez, S., Frago, L., & Carreras, C. (2014). Las apropiaciones de la ciudad a la hora de la globalización: estrategias del capital ruso y chino en el mercado inmobiliario de Barcelona. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias sociales*, 493(52).

Blázquez Rodríguez, M.I. (2004). Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. *Cultura de los cuidados*, 16, 41-46.

Bonillo, D., Belmonte, L., & Román, I. (2011). Estudio socioeconómico de las condiciones de vida de la población extranjera en España: el caso particular de Almería. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 87-107.

Bordignon, NA. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.

Botton Beja, F. (2016). Algunas consideraciones sobre las relaciones intra-familiares y las redes de apoyo en la china actual. *Estudios de Asia y África*, 51(3), 511-530.

Budris, F. (2005). *Medicina China Tradicional*. Agama.

Bueno, A. (2015). La comprensión del «Nuevo Confucianismo»: La reinención del Confucianismo y el futuro de China. *Revista de estudios de ciencias sociales y humanidades*, 33, 117-121.

Cabrera, S., & Cruzado, L. (2014). Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Rev Neuropsiquiatr*, 77(2), 116-122.

Cacciani, L., Baglio, G., Rossi, L., Materia, E., Marceca, M., Geraci, S., Spinelli, A., Osborn, J., & Guasticchi, G. (2006). Hospitalisation among immigrants in Italy. *Emerging Themes in Epidemiology*, 3(4).

Campinha Bacote, J. (2011). Coming to Know Cultural Competence: An Evolutionary Process. *International Journal For Human Caring*, 15(3), 42-48.

Campo Y., Pombo L.M., & Teherán A. (2016). Estilos de vida saludable y conductas de riesgo en estudiantes de medicina. *Rev Univ Ind Santander*, 48(3), 301-309.

Cardona Arias, J. A., & Higuera Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189.

Castrillón Chamadoira, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los Cuidados*, 42, 128-136.

Castro LE., Rincón M., & Gómez DT. (2017). Educación para la salud: Una mirada desde la antropología. *Rev Cienc Salud*, 15(1), 145-163.

Ceja Fernández, A., Lira Mandujano, J., & Fernández Guzmán, E. (2014). Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos. *Raximhai*, 10(1), 291-306.

Centro Andaluz de Prospectiva. (2016). *Barómetro socioeconómico. Sevilla*. Recuperado de: <https://camaradesevilla.com/2016/07/28/barometro-socioeconomico-sevilla/>.

Cerrutti, MS., & Maguid, A. (2016). Crisis económica en España y el retorno de inmigrantes sudamericanos. *Migraciones Internacionales*, 8(3), 155-189.

Chamorro Tarrés, S. (2001). El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de Antropología*, 17(15).

Chau, C.M. (2008). Health Experiences of Chinese People in the UK. *Race Equality*

Foundation: London.

Chen, J., Chin-Lun, G., Parkin, S., Fava, M., & Yeung, A. (2015). Illness Beliefs of Chinese American Immigrants with Major Depressive Disorder in a Primary Care Setting. *Asian J Psychiatr.*13, 16-22.

Chung, V., Ma, P., Hong Lau, C., Wong, S., Kiong Yeoh, E., & Griffiths, S. (2012). Views on traditional Chinese medicine amongst Chinese population: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Health Expectations*, 17, 622–636.

Cobos Romana, R. (2013). Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas con el tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 20(5), 263-277.

Consejería de Salud en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública. (2007). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud*.

Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Percepción de la discriminación por el origen racial o étnico por parte de las potenciales víctimas en 2013*. Recuperado de: <http://www.igualdadynodiscriminacion.msssi.es/recursos/publicaciones.do>.

Contreras Hernandez, J., & Gracia Armaiz, M. (2007). Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. *Investigaciones Sociales*, 11(19), 387–392.

Cui, X., Rockett, I., Yang, T., & Cao, R. (2012). Cui Work stress, life stress, and smoking among rural–urban migrant workers in China. *BMC Public Health*, 14(12), 979.

De la Orden Rivera, MV. (2015). Condiciones de trabajo. Accidentes de trabajo. En: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. *Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España 2015*.

Díaz, H., & Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), 113-124.

Díez, E., Avinó, D., Paredes, J.J., Segura, J., Suárez, O., Gerez, M.D., Pérez, A., Daban, F., & Camprubí, L. (2016). Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. *Gac Sanit*, 30(S1), 74-80.

Díez Gañan, L. (2014). Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid,

2013. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 7(20).

Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Boletín Impacto, 3(1). Recuperado de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/suplementoImpacto/22/index.html>.

Dirección General contra la Discriminación. Ministerio de Igualdad. (2009). *Motivos de discriminación en España. Estudio exploratorio*.

Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. (2016). *Estudio sobre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en conductores de vehículos de España (EDAP'15). Año 2015*.

Domingo, A., & Blanes, A. (2016). España. La nueva emigración española: ¿una generación perdida?. *Panorama Social*, 23, 157-178.

Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado: Paidós Ibérica.

España atendió 853 casos de discriminación racial en los dos últimos años. (2017). *La Vanguardia*. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/vida/20170322/421094751420/espana-atendio-853-casos-de-discriminacion-racial-en-los-dos-ultimos-anos.html>.

Eurostat (2017). *Migration and migrant population statistics*. Recuperado de: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics

Falces, A., Vázquez Villegas, J., & Cañas García-Otero, E. (2007). Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. (pp.145-156). En Conserjería de salud Junta de Andalucía. *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*.

Feigin, VL., Roth, GA., Naghavi, M., Parmar, P., Krishnamurthi, R., Chugh, S.,... Forouzanfar MH, for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 and Stroke Experts Writing Group. (2016). Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Neurology*, 15 (9), 913-924.

Fernandes Custodio, D., Ortiz Barreda, G., & Rodríguez Artalejo, F. (2014). Alimentación, actividad física y otros factores de riesgo cardiometabólico en la población inmigrante en España. Revisión bibliográfica. *Rev. Esp. Salud Pública*, 88, 745-754.

Fernández López, J.A., Fernández Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública*, 84 (2), 169-184.

Fernández Núñez, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*, 7.

Flynn, M., Carreón, T., Eggerth, D., & Johnson, A. (2014). Immigration, work and health: a bibliographic review of migration between Mexico and the United States. *Revista Trabajo Social Unam*, 6, 129-149.

Fortuny, B. La gestión de la excelencia en los centros sanitarios. (2009). Fundación Pfizer.

Frenk, J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. (2016). Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IV_DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT34&dq=concepto+salud+academico&ots=yrJz3R7Wdz&sig=vCir42O6tExmiopsiy56iikA28#v=onepage&q&f=false.

Frías Osuna, A., & Palomino Moral, P.A. (2006). Promoción de la salud. En Frías Osuna A. Salud pública y educación para la salud (pp. 49-57). Barcelona: Masson.

Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). Observatorio Metodología Enfermera. Accedido el 15 de noviembre de 2016. Recuperado de: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391.

Galao Malo, R., Lillo Crespo, M., Casabona Martínez, I., & Mora Antón, D. (2005). ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. *Evidentia*, 2(4).

Gao, Q. (2014). La educación sexual en China, en comparación con la de España. (Trabajo Fin de Máster). Máster Universitario Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos. Universidad de Alcalá.

Gao, H., Dutta, M., & Okoror, T. (2015). Listening to Chinese Immigrant Restaurant Workers in the Midwest: Application of the Culture-Centered Approach (CCA) to Explore Perceptions of Health and Health Care. *Health Communication*, 31(6).

García Fernández, J. (2011). *Análisis de las conductas de salud en la población inmigrante china adulta de la ciudad de Sevilla: estudio piloto*. (Trabajo Fin de Máster). Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales y de Investigación en Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

García, J., Owen, E., & Flórez L. (2005). Aplicación de un modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Revista Psicología y Salud*, 15(1).

García Martín-Caro, C., & Martínez Martín, ML. (2001). Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero (pp.159-185).Madrid: Elsevier.

García Suso, A., Vera Cortés, M. & Campo Osada MA. (2002). Enfermería comunitaria: bases teóricas (pp. 61-127). Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

Garmendia, ML. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Rev Chil Salud Pública*, 11(2), 57-65.

Garzón Duque, M.O. (2015). Diagnóstico ambiental en salud: desde la corriente salubrista y la corriente ambientalista. *Revista CES Salud Pública*, 6(2).

Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. (2007). *Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud*. Recuperado de: http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/09/diversidad_cultural.pdf.

Gil, F., & Vidal, E. (2015). Inmigrantes extranjeros en el mercado de trabajo español: ¿más resilientes o más vulnerables al impacto de la crisis? *Migraciones*, 37, 97-123.

Gimeno Feliu, LA, García Camacho, A., & López Vélez, R. (2014). Salud e inmigración en el contexto de esta crisis económica y de valores. El ejemplo de España. *Eu-topías: Revista de interculturalidad, comunicación y estudios europeos*, 7, 121-130.

Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M.Y., Macías Ladino, A.M., Valencia Garcés, CA., & Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128 – 143.

Girbau García, M.R. (2002). Enfermería Comunitaria I. Salud pública (pp.9-15). Barcelona: Masson.

Gobernado Arribas, R. (1986). La comunidad: entre la integración y la igualdad. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 35, 113-122.

Godenau, D., Rinken, S., Martínez, A., & Moreno, G., en colaboración con el Observatorio Permanente de Inmigración. (2014). La integración de los inmigrantes en España: una propuesta de medición a escala regional.

Goffman, E. "On Face-Work: An Analysis of Ritual Elements in Social Interaction". (1955). *Psychiatry: Journal of Interpersonal Relations*, 18, 213-231.

Gomez Cantarino, S., Comas Matas, M., Velasco, A., Campos, S., Poço dos Santos, A., & Del Puerto Fernandez, I. (2016). Vivencias, experiencias y diferencias sexuales: mujer puérpera española e inmigrante. Área sanitaria Palma de Mallorca (España). *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 115-123.

González Fuentes, M., & Iglesias Fernández, C. (2015). Estudio socioeconómico de las condiciones de vida de la población extranjera en España: el caso particular de Almería. *El Trimestre Económico*, 82(1), núm. 325, 183-209.

González, J.R., Lomas, M.M., García, J., Pascualvaca, J., Guardado M.J., Muñoz, B., Guerra, A., & Lagares, E. (2010). Conductas de salud en inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito Macarena de Sevilla (España). *Invest Educ Enferm.*, 28(3), 384-395.

González López, JR. (2012). *Análisis de las conductas de salud de la población inmigrante latinoamericana adulta de la ciudad de Sevilla* (Tesis Doctoral). Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

González López, JR., Rodríguez Gázquez, MA., & Lomas Campos, MM. (2015). Actividad física en adultos inmigrantes latinoamericanos residentes en Sevilla, España. *Investigación en enfermería*, 64(6), 476-484.

González Pascual, J.L. & Moreno Preciado, M. (2014) Relaciones de poder en los Hospitales. Enfermeras y padres y madres inmigrados. *Cultura de los Cuidados. (Edición digital)* 18, 40. doi: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.8>

González Rábago, Y., La Parra, D., Martín, U., & Malmusi, D. (2014). Participación y representatividad de la población inmigrante en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. *Gaceta sanitaria*, 28(4).

Gracia Arnaiz, M. (2010). Alimentación y cultura en España: una aproximación Desde La

Antropología Social. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 357–386. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a03v20n2.pdf>

Gutiérrez-Sastre, M. (2014). Emprendimiento familiar inmigrante: el caso de las mujeres chinas en España. *Revista de Empresa Familiar*, 4(2), 61-70.

Hernández Aguado, I., & Lumbreras Lacarra, B. (2014). Crisis e independencia de las políticas de salud pública. Informe SESPAS 2014. *Gaceta sanitaria*, 28(1), 24–30.

Hernando, C., Sabidó, M., Ronda, E., Ortiz Barreda, G., & Casabona, J. (2014). Una revisión sistemática de estudios longitudinales de cohorte sobre la salud en poblaciones migradas. *Medicina Social*, 8(2), 81-94.

Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2). Recuperado en 03 de abril de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&tlng=es.

Huang, CC. (2016). Healthy Weight Knowledge and Body Size Disparities in Chinese Adults. *Am J Health Behav.*, 40(5), 545-554.

Hughes, K. (2014). *Racismo y Xenofobia: Representaciones de la Comunidad Asiática en la Prensa Española*. (Tesis Doctoral). Dickinson College. Departamento de Español.

Ibarra Mendoza, T., & Siles González, J. (2006). Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería*, 15(55), 44-48.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2015). Country Profiles. Spain. Recuperado de: <http://www.healthdata.org/spain>.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2008). *Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007*.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2014). *Proyección de la Población de España 2014–2064*.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). *Cifras de Población a 1 de enero de 2016. Estadística de Migraciones 2015. Adquisiciones de Nacionalidad Española de Residentes 2015*. Datos Provisionales. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np980.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). *Defunciones según la causa de muerte año 2014*.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). *Encuesta de Población Activa (EPA) Cuarto trimestre de 2016*.

Jansá, J.M., & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18(S1), 207-213. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400033.

Jiménez Martín, P.J. (2015). Visiones del cuerpo en China: Tai Chi Chuan Y Qigong. *Ágora para la EF y el Deporte*, 17(2), 115-129.

Juez, B. (8 de marzo de 2017). La ONU arremete contra Donald Trump y su política migratoria. *El Mundo*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/internacional/2017/03/08/58c0607346163fef028b45f3.html>

Junta de Andalucía. Conserjería de Justicia e Interior. (2016). III Plan integral para la inmigración en Andalucía horizonte 2016. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/justiciaeinterior/areas/politicas-migratorias/planes-inmigracion.html>.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2007). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.

Kurban, Aliya. (2016). Healthy migrant effect on smoking behavior among asian immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(1), 94–101.

Kwan, C., Chun, K., Huang, P., & Chesla, C. (2013). Concerns about Professional Chinese Medicine Among Chinese Immigrants With Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 26(4), 247-253.

Lambea Ortega, M. (2015). *Diáspora, transnacionalismo, redes y negocios: elementos explicativos de la inmigración china en España* (Tesis Doctoral). Facultad de Economía y Empresa. Departamento de Sociología y Comunicación. Universidad de Salamanca.

Lee, A., & Brann, L. (2015). Influence of Cultural Beliefs on Infant Feeding, Postpartum and Childcare Practices among Chinese-American Mothers in New York City. *J Community Health*, 40, 476–483.

Lee ,YS, Suchday, S., & Wylie Rosett, J. (2012). Perceived social support, coping styles, and Chinese immigrants' cardiovascular responses to stress. *Int.J. Behav. Med.*, 19, 174–185

Leininger, M.M. (1988). The phenomenon of caring: Importance, research questions and Theoretical Considerations. In M.M.Leininger (Ed.), *Caring: An essential human need* (pp.3-15), Detroit: Wayne State University.

Leininger, M.M. (1991). *Culture care diversity and universality: a Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M.M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 6, 5-12.

Leininger, M.M. (2002). Part I. The theory of culture care and the ethnonursing research method. In M.Leininger & M.R.McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (pp.71-98). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M.M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Jones & Bartlett Learning.

Leno González, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, 22.

Leno González, D. (2008). Valoración de condicionantes sociales para una planificación y aplicación de cuidados de enfermería basadas en la cultura. *Gazeta de Antropología*, 24(1), 1-10.

Leung, G., & Stanner, S. (2011). Diets of minority ethnic groups in the UK: influence on chronic disease risk and implications for prevention. British Nutrition Foundation. *Nutrition Bulletin*, 36, 161–198.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. (2012). BOE, 10. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>.

Li Chan, E. (2015). Percepción de una forma de tratamiento usando el término “Chino”. *Revista Pensamiento Actual*, 15(25), 147-154.

Liu, G. (2007). *The Right to Leave and Return and Chinese Migration Law*. Martinus Nijhoff Publishers; Boston.

Long, J., Byrne, P., Gabbay, M., Frith, L., & Fletcher, I. (2015). The dragon and the snake: health practices among Chinese in the UK from an inter-disciplinary perspective. *Ethnicity & Health, 20*(2), 107–128.

López Alonso, S.R. (2001). La globalización y la salud en los grupos minoritarios. *Cultura de los cuidados, 10*, 63-71.

López de Lera, D., & Pérez-Caramés, A. (2015). La decisión de retornar en tiempos de crisis. Una perspectiva comparada de los migrantes ecuatorianos y rumanos en España. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, 37*, 171-194. doi: <http://dx.doi.org/10.14422/mig.i37.y2015.008>.

López Fernández, L.A., Martínez Millán, J.I., Fernández Ajuriab A., March Cerdà J.C., Suessa, A., Danet A., & Prieto Rodríguez, M.A. (2012). ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud?. *Gaceta sanitaria; 26*(4):298–300.

López-Olmos, J. (2013). Mujeres inmigrantes versus autóctonas. Diferencias en disfunciones sexuales, infecciones vaginales y lesiones cervicales. *Clínica E Investigación En Ginecología Y Obstetricia, 40*(6), 242–252. doi: <http://doi.org/10.1016/j.gine.2012.09.002>.

López Paz, JF. (2006). Ocio y salud. En: *Aproximación multidisciplinar a los Estudios de Ocio*. Publicaciones de la Universidad de Deusto; Bilbao.

López Nicolás, A., & Ramos Parreño, JM. (2009). Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit., 23*(S1), 12–18.

Lu, I., & Racine, L. (2015). Reviewing Chinese immigrant women's health experiences in English speaking Western Countries: a postcolonial feminist analysis. *Health Sociology Review, 24*(1), 15-28.

Lu, S., Su, J., Xiang, Q., Zhou, J., & Wu, M. (2016). Accuracy of self-reported height, weight, and waist circumference in a general adult Chinese population. *Population Health Metrics, 14*, 30.

Lugo, L. H., García, H. I., & Gómez, C. (2002). Calidad de vida y calidad de vida relacionada

con la atención en salud. *Iatreia Revista Médica Universidad de Antioquia*, 15(2), 96–102.

Lv, J., Yu, C., Guo, Y., Bian, Z., Yang, L., Chen, Y., et al. (2017). Adherence to Healthy Lifestyle and Cardiovascular Diseases in the Chinese Population. *Journal of the American college of cardiology*, 69(9), 1116–25.

Ly Pen, D. (2001). Patologías prevalentes en pacientes de etnia china. *MEDIFAN*, 11(7), 390-398.

Ma, G. (2015). Food, eating behavior, and culture in Chinese society. *J Ethn Foods*, 2, 195-199.

Malmusi D., & Jansà, JM. (2007). 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*, 81, 399-409.

Malmusi, D., & Ortiz, G. (2014). Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España. Revisión de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*, 88, 687-701.

Maňhalová, J., & Tóthová, V. (2016). The potential use of conceptual models of cultural competence in the nursing profession. *Kontakt*, 18(2), 69-74.

Marcelo Zunino, H., Espinoza Arevalo, L., & Vallejos-Romero, A. (2016). Los migrantes por estilo de vida como agentes de transformación en la Norpatagonia chilena. *Revista de Estudios Sociales*, 55, 163-176.

Márquez Calderón, S., Villegas Portero, R., Gosalbes Soler, V. & Martínez Pecino, F. (2014). Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 116–123.

Marrero González, CM. (2013). Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(3).

Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2007). Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En *Modelos y teorías de enfermería* (pp.472-498). Barcelona: Elsevier.

Martín Herrero, MJ., Fullaondo Elordui-Zapaterietxe, A., & Moreno Márquez, G. (2013). Mujer inmigrante y mercado laboral en el País Vasco: un acceso precario al empleo.

Zerbitzuan: Revista de servicios sociales, 53, 91-107.

Martínez, F. (2013). Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: desde Ottawa hasta Helsinki | Promoción y Educación para la Salud. Retrieved April 2, 2017, from <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>.

Martínez González, M.A., Seguí Gómez, M., & Fernández Crehuet, J. (2007). La salud y sus determinantes. En Martínez González, M.A., y Seguí Gómez. *Compendio de Salud Pública* (pp. 5- 14). Ulzama digital.

Martínez, M. (2011). ¿Es el multiculturalismo bueno para los inmigrantes?. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, 135, 27-46.

Martínez, M.F., Martínez, J., & Calzado, V. (2006). La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 331-50.

McCracken, M. (2012). Chinese Dietary Therapy in Clinical Practice. *Journal of Chinese Medicine*, 99, 54-61.

Medina Moral, E. (2014). Inmigración en España: un análisis de las probabilidades de pérdida de empleo (2005-2013). *Cuadernos económicos de ICE*, 87, 29-56.

Mejías Pupo, M., Ochoa Salas, T., Chacón Chacón, A., Martínez Rondon, A., Díaz Vargas, A.L., & Reyes Torres, M.M. (2015). Efectividad de la Medicina Natural y Tradicional en los servicios de urgencias. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 479-488.

Melguizo Herrera, E., & Alzate Posada, ML. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en enfermería*, 26(1), 112-123.

Mieles Barrera, M.D., Tonon, G., & Alvarado Salgado, S.V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*, 74, 195 – 225.

Ministerio de Empleo y Seguridad Social (MEYSS). (2017). *Afiliación de extranjeros Seguridad Social*.

Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. (2016). *Vigilancia epidemiológica del*

VIH y Sida en España. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Registro nacional de casos de sida. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS.*

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Encuesta Europa de Salud en España.*

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Patrones de mortalidad en España, 2014.* Madrid. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12.* Madrid.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Observatorio de la Juventud en España. (2015). *Estudio INJUVE. Jóvenes, Ocio y Consumo. Sondeo de opinión y situación de la gente joven 2014.*

Ministerio de Sanidad y Política Social. *Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009.*

Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2010). Informe comparativo sobre los grupos de discusión nacionales (Finlandia, Suecia, Países Bajos, Portugal y España). En: *Living Together: Ciudadanía Europea contra el racismo y la Xenofobia*".

Mittelmark, M., & Bauer, G. (2017). The Meanings of Salutogenesis. En Mittelmark, M., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G., Pelikan, J., Lindström, B., y Espnes, G.A. (pp.7-13). doi: 10.1007/978-3-319-04600-6.

Moraga Reyes, J. (2012). Las Nuevas "caras" (mianzi, 面子) en los chinos de España: reciprocidad y mercado. *Revista de Antropología Social*, 21, 217-250.

Moraga Reyes, J. (2015). La inmigración China en España. Capital social y estructuras de reciprocidad: "Jia" (familias), "Guanxi" (relaciones) y "Mianzi" (cara). (Tesis Doctoral). Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Antropología Social.

Universidad Complutense de Madrid.

Moreno Colom, S., & De Alós, R. (2016). La inmigración en España: ¿Una integración con pies de barro? *Política y Sociedad*, 52(2), 509-528.

Murillo Muñoz, J., & Molero Alonso, F. (2012). Factores Psicosociales asociados al bienestar de inmigrantes de origen colombiano en España. *Intervencion Psicosocial*, 21(3), 319-329.

Navarro Lashayas MA. (2014). Sufrimiento emocional en las personas migrantes sin hogar psicológico y malestar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34 (124), 711-723.

Nga Ng, AH., & Weng Boey, K. (2016). Difficulty in Vaginal Intercourse and its Correlates: A Survey Study among Chinese Women in Hong Kong. *International Medical Journal*, 23(6), 648- 652.

Nieto, G. (2007). La inmigración china en España: una comunidad ligada a su nación. Ed: Catarata. Madrid.

Núñez Córdoba, J.M., Seguí Gómez, M., & Martínez González, M.A. (2007). Promoción de la salud. En Martínez González, M.A., y Seguí Gómez. Compendio de Salud Pública. (pp. 421- 432). Ulzama digital.

Organización Internacional para la Migraciones (IOM). (2006). Derecho Internacional sobre Migración. *Glosario sobre Migración*, 7.

Organización Internacional para la Migraciones (IOM). (2015). *World Migration Report. Migrants and cities: new partnerships to manage mobility*. Recuperado de: <https://www.iom.int/world-migration-report-2015>.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. (2016). *Los ciudadanos ante la e-Sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario*.

Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM), Junta de Andalucía. (2013). *Informe Anual Andalucía e Inmigración 2013*. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/justiciaeinterior/opam/es/informe_anual.

Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM), Junta de Andalucía. *Informe bienal Andalucía e Inmigración (2014/2015)*.

Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM), Junta de Andalucía. (2015a). *Extranjeros con Certificados de registro o Tarjeta de residencia en vigor en España y CC.AA.*

Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM), Junta de Andalucía. (2015b). *Extranjeros con Certificados de registro o Tarjeta de residencia en vigor en Andalucía y provincias.*

Oficina de Información Diplomática China. (2016). Disponible en: http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/china_ficha%20pais.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1988). *Segunda conferencia internacional de promoción de salud "Políticas a favor de la salud"*. Adelaida. Recuperado de: <http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2013/08/Segunda-Adelaida.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1991). *Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud*. Suecia. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59967/1/WHO_HED_92.1_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Yakarta. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra. Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67246>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ed.). (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. Ciudad de México. Retrieved from <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Bangkok. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1 http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *7th Global Conference on Health Promotion*. Nairobi. Recuperado de: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *¿Qué es la promoción de la salud? Preguntas y respuestas en línea*. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina de la OMS. (2009). *Hacia una vivienda saludable*. Guía para el facilitador; Perú.

Osei-Kwasi, H.A., Nicolaou, M., Powell, K., Terragni, L., Maes, L., Stronks, K.,... DEDIPAC consortium. (2016). Systematic mapping review of the factors influencing dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe: a DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(85).

Osorio Merchán, MB., & López Díaz, AL. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería*, 17(4), 266-270.

Palomino Moral, PA., Grande Gascón, ML., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología (RIS) Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre*, 72, extra 1, 71-91.

Paraíso Torras, B., Maldonado del Valle, M.D., López Muñoz, A.M. & Cañete Palomo, M.L. (2013). Anticoncepción en la mujer inmigrante: influencia de los aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 8, 440-444.

Peña Pinzón, J.A., Gómez Berrocal, C., & Fernández Parra, A. (2014). El papel de la categorización social y las diferencias sociodemográficas en la autoestima, el ajuste y el bienestar psicológicos de una muestra de inmigrantes. *Anal. Psicol.*, 30(2), 560-572.

Pérez Andrés, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 373-380. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272002000500001>.

Pérez Romero, C., Ortega Díaz, M. I., Ocaña Riola, R., & Martín Martín, J. J. (2017). Original: Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 108-115. doi:10.1016/j.gaceta.2016.10.007.

Petit, A. (2002). Una mirada a la comunidad china desde occidente. *Cuad. de Geogr.* 72, 321-336.

Piédrola Gil. (2008). La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En *Medicina preventiva y salud pública*. 11 Edición. Barcelona: Masson (pp.3-14).

Pinilla García, J., Almodóvar Molina, A., Hervás Rivero, P., Galiana Blanco, L., & Zimmermann Verdejo, M. (2015). Condiciones de Trabajo. Trabajo sostenible y edad. Resultados de la 6ª EWCS-España. En: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. *Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España 2015*.

Pizzinato, A., Calesso Moreira, M., Cé, J.P., & Eid, AP. (2013). Inmigración y maternidad en la transición a la vida adulta en jóvenes latinoamericanas. *Psicología desde el caribe. Universidad del Norte*, 30(2), 236-256.

Portal de Inmigración Ministerio de Empleo y Seguridad Social: Red Europea de Migración. (n.d.). Retrieved March 11, 2017, from <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/redeuropeamigracion/>

Purnell, L. D. (1999). The Purnell Model for Cultural Competence : a Description and Use in Practice , Education , Administraron and. *Cultura de Los Cuidados*, 6, 91–102.

Quer Ramón, D., Claver Cortés, E., & Rienda García, L. (2015). Las multinacionales chinas en España. Situación actual y retos de futuro. *Boletín Económico del ICE*, 3064, 35-44.

Ramón Nuñez, HM., & Benítez Rodríguez, MsC. (2014). Métodos de manipulación en la medicina tradicional asiática. *Medisan*, 18(5), 695-704.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. (2015). Ministerio de Gracia y Justicia. BOE-A-1889-4763. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1889/BOE-A-1889-4763-consolidado.pdf>.

Recaño Valverde, J., & Jáuregui Díaz, JA. (2014). Emigración exterior y retorno de latinoamericanos desde España: una visión desde las dos orillas (2002-2012). *Notas de población*, 99, 177-240.

Red Acoge. (2015). *Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables*. Madrid.

Red Europea de Migración (EMN). (2012). *Informe Anual de Políticas de Inmigración y Asilo 2012*. España. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/sec_bep/estudios/ficheros-estudios/0002953F.PDF.

Requena, ML., Suárez, M., Pérez, O., & Grupo Técnico de Encuestas de Salud de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2013). Encuesta de salud en España: situación actual.

Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz E., & Medina Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.

Rhodes, K., Chan, F., Prichard, I., Coveney, J., Ward, P., & Wilson, C. (2016). Intergenerational transmission of dietary behaviours: A qualitative study of Anglo-Australian, Chinese-Australian and Italian-Australian three-generation families. *Appetite*, 103(1), 309-317.

Ribas da Costa, MA. (2013). *Satisfação dos imigrantes chineses com os Cuidados de Saúde Primários: relatório de um estudo realizado numa unidade de saúde da ARSC*. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitaria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rivera Navarro, J., Lambea Ortega, M., & Gutiérrez Sastre, M. (s.f). *Salud y condiciones de vida en la población inmigrante china en España*. (Ponencia). Panel “Futuro de la Atención Socio-sanitaria en España: Sostenibilidad y prospectiva”.

Rodríguez Álvarez, E., González Rábago, Y, Bacigalupe, A., Martín, U., & Lanborena L. (2014). Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 274–280.

Rodríguez Cuadras, M. (2010). *Teoría Básica I: Materiales académicos de Medicina China*. Fundación Europea de Medicina Tradicional China.

Rodríguez Torres, A., Casas Patiño, D., Contreras Landgrave, G., & Ruano Casado, L. (2015). De la Enfermología a la Salutogénesis: conceptos teóricos en la búsqueda de la salud como derecho universal. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 9(2), art.1.

Ronda Pérez, E., Agudelo Suárez, A.A., López Jacob, MJ., García, AM., & Benavides, FG. (2014). Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores inmigrantes en España. Revisión bibliográfica. *Rev. Esp. Salud Pública*, 88(6), 703-714.

Rong, X., Peng, Y., Yu, HP., & Li, D. (2016). Cultural factors influencing dietary and fluid restriction behaviour: perceptions of older Chinese patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 717–726.

Ruiz, MC. (2002). Ni sueño ni pesadilla: diversidad y paradojas en el proceso migratorio. *Iconos, Revista de Ciencias Sociales*, 14, 88-97.

Ruiz Olabuénaga, J.I. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. *Publicaciones de la Universidad de Deusto. Bilbao. Serie ciencias sociales*, 5.

Sáiz López, A. (2005). La migración China en España. Características generales. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 68, 151-163.

Sáiz López, A. (2015). Mujeres y sociedad civil en la diáspora china. El caso español. *Inter Asia Papers*. Centro de Estudios e Investigación sobre Asia Oriental Bellaterra (Cerdanyola del Vallès); Barcelona, 47.

Sáiz Navarro, EM., Pintor Holguín, E., Félix Hoyojiménez, J., Rubio Alonso, M., Arcones Marín, S., & González Murillo, A. (2014). Triage de urgencias médicas: diferencias entre población inmigrante y autóctona en un hospital madrileño. *Metas Enferm*, 17(1), 18-22.

Sagüés Cifuentes, MJ. (2015). Condiciones de trabajo. Causas de los accidentes mortales investigados en los años 2011 a 2013. En: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. *Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España 2015*.

Sakolsatayadorn, P., & Chan, M. (2017). Breaking down the barriers to universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(2), 86–86.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia Y Enfermería*, 9(2), 9–21. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Serra Galceran, M., Mestres Camps, L., González Soriano, M., Leyva Moral, JM., Sánchez, R., & Montiel Pastor, M. (2013). Competencia clínico cultural: análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 16-19.

Siles, J., Cibanal, L., Vizcaya, F., Gabaldón, E., Domínguez, J. M., Solano, C., & García, E. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de Los*

Cuidados, 10, 72–87; 72.

Solana Morete, A., & González López, JR. (2015). Contraception in immigrant women and the role of the nurse: a literature review. *Enfermería Global*, 37, 467-477.

Sordo, L., Indave, BI., Pulido, J., Molist, G., Rosales, ME., Ruíz, M., & Barrio, G. (2015). *Adicciones*, 27(2), 132-140.

Spector, R. (1999). Cultura, cuidados de salud y Enfermería. *Cultura de los cuidados*, 6, 66-79.

Spector, R. (2000). La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. *Cultura de los cuidados, Año IV*, 7-8, 116-127.

Spector, R. (2002). Enfermería de cuidados culturales. *Cultura de los cuidados*, 11, 5-10.

Temores Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores Palacios, F., & Santillanes Allande, N. (2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud pública Méx*, 57(3), 227-233.

Tormo, M.J., Salmerón, D., Colorado Yohar, S., Ballesta, M., Dios, S., Martínez Fernández, C., Pérez Flores, D., García Pérez, V., Palomar, J. A., Torres, A. M., & Navarro, C. (2015). Resultados de dos encuestas dirigidas a inmigrantes y nativos del sureste español: salud, uso de servicios y necesidad de asistencia médica. *Salud Pública de México*, 57(1), 38-49.

Torres López, T.M., Munguía Cortés, J.A., & Aranda Beltrán, C. (2015). Concepciones culturales del concepto bienestar de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(1), 96-110. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.7>.

Ugalde Watson, K., Smith Castro, V., Moreno Salas, M., & Rodríguez García, J.M. (2011). Estructura, correlatos y predictores del estrés por aculturación. El caso de personas refugiadas colombianas en Costa Rica. *Univ. Psychol.*, 10(3), 759-774.

United Nations (ONU), Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016a). *International Migration Report 2015: Highlights* (ST/ESA/SER.A/375). Recuperado de: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf.

United Nations (ONU). (2016b). *International migration and development: report of the Secretary-General* (A/71/296). Recuperado de: <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/N1624986.pdf>.

Uña Juárez, O., Clemente, M., Espinosa, P., & Fernández Antón, M. (2011). La orientación hacia la cultura china y/o española en los hijos de los inmigrantes chinos. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 38, 45-62.

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>.

Valero, JA., Coca, JR., & Valero, I. (2014). Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. *Papeles de población*, 80, 9-45.

Vargas Urpi, M. (2014). Actitudes y percepciones del colectivo chino en cuanto a la comunicación en los servicios públicos: ejemplos del contexto catalán. *Lengua y migración* 6(1), 5-41.

Vázquez Góngora, IM. (2014). Estudio comparativo de como conciben la sexualidad de sus hijos los padres españoles respecto a los padres inmigrantes (Trabajo Fin de Máster). Máster oficial en Sexología. Universidad de Almería.

Vázquez, M.L., Vargas, I., & Aller, M.B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac.Sanit.*, 28(S1), 142-146.

Velarde Jurado, E., & Ávila Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, 349-361.

Velasco, C., Vinasco, AM., & Trilla, A. (2016). Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Aten. Primaria*, 48(3), 149-158.

Vidal Gutiérrez, D., Chamblas García, I., Zavala Gutiérrez, M., Müller Gilchrist, R., Rodríguez Torres, MC., & Chávez Montecino, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería XX,1*, 61-74.

Wang, F., Miao, M., Xia, H., Yang, LG., Wang, SK., & Sun, GJ. (2017). Antioxidant activities of aqueous extracts from 12 Chinese edible flowers in vitro and in vivo. *Food & Nutrition Research*, 61(1), 1-9.

Wang, J., Wen, X., Wang, Y., Lu, W., Li, W., & Li, X. (2017). Risk Factors for Stroke in the Chinese Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Of Stroke And Cerebrovascular Diseases*, 26(3), 509-517.

Wang, O., Gellynck, X., & Verbeke, W. (2016). Perceptions of Chinese traditional food and European food among Chinese consumers. *British Food Journal*, 118(12), 2855-2872.

Wang, ST. (2017). When Chinese cuisine meets western wine. *International Journal of Gastronomy and Food Science*, 8.

Wesley, R.L. (1997). Teorías y Modelos de Enfermería. (2ªed). México: Mc Graw Hill. Interamericana, 16, 120-25.

World Association of Cultural Psychiatry (WACP). (2015). Declaración sobre la Crisis Migratoria Mundial. *Rev. Neuropsiquiatr*, 78(4), 258-264.

World Bank Group. (2016). Migration and Development. A role for the World Bank group.

Young, I.M. (2003). Inclusion and Democracy, Nueva York: Oxford Scholarship Online. doi:10.1093/0198297556.001.0001.

Zandoviene, I., & Lleixá-Fortuño, M. (2015). Interculturalidad en Enfermería. *Ágora de Enfermería* 19(3), 130-134.

Zuluaga Uribe, B.A., y López Callejas, A. (2016). Las emociones del ser humano en una experiencia de aprendizaje de medicina tradicional china, escuela Neijing, caso Crisálida, Guarne-Antioquia. Tesis (Maestría en Educación y Desarrollo Humano). Universidad de Manizales. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas y CINDE.

ANEXOS

XI: ANEXOS

ANEXO I. Distritos y barrios oficiales de la ciudad de Sevilla.

Distrito	Barrio
Casco Antiguo	Alfalfa; Arenal; Feria; Museo; San Bartolomé; San Gil; San Julián; San Lorenzo; San Vicente; Santa Catalina; Santa Cruz; Encarnación-Regina.
Macarena	Campos de Soria; Cisneo Alto-Santa María de Gracia; Cruz Roja-Capuchinos; Doctor Barraquer-Grupo Renfe-Policlínico; El Carmen; El Cerezo; El Rocío; El Torrejón; Hermandades-La Carrasca; La Barzola; La Paz-Las Golndrinas; Las Avenidas; León XIII-Los Naranjos; Los Príncipes-La Fontanilla; Macarena tres huertas-Macarena Cinco; Pino Flores; Pio XII; Polígono Norte; Retiro Obrero; Santa Justa y Rufina-Parque Miraflores; Santa María de Ordás-San Nicolás; Villegas; La Palmilla-Doctor Marañón; Begoña-Santa Catalina;
Nervión	Ciudad Jardín; Huerta del Pilar; La Buhaira; La Calzada; La Florida; Nervión; San Bernardo; San Roque.
Cerro-Amate	Amate; El Cerro; Juan XXIII; La Plata; Los Pájaros; Palmete; Rochelambert; Santa Aurelia-Cantábrico-Atlántico La Romería.
Sur	Avenida de la Paz; Bami; El Juncal-Hispalis; El Plantinar; El Porvenir; El Prado-Parque María Luisa; Felipe II-Los diez mandamientos; Giralda Sur; Huerta de la salud; La Oliva; Las Letanías; Polígono Sur; Tabladilla-La Estrella; Tiro de Línea-Santa Genoveva.
Triana	Barrio León; El Tardón-El Carmen; Triana Casco Antiguo; Triana Este; Triana Oeste.
Norte	Aeropuerto Viejo; Barriada Pino Montano; Consolación; El Gordillo; La Bachillera; Las Almenas; Las Naciones-Parque Atlántico-Las Dalias; Los Arcos; Los Carteros; San Diego; San Jerónimo; San Matías; Valdezorras.
S.Pablo-Sta.Justa	Árbol Gordo; El Fontanal-María Auxiliadora-Carretera Carmona; Huerta de Santa Teresa; La Corza; Las Huertas; San Carlos-Tartesos; San José Obrero; San Pablo A, B, C, D y E; Santa Clara; Zodiaco.
Este	Colores-Entreparkes; Palacio de Congresos-Urbadiez-Entrepuentes; Torreblanca; Parque Alcosa-Jardines del Edén.
Bellavista-La Palmera	Barriada de Pineda; Bellavista; Elcano-Bermejales; Heliópolis; Pedro Salvador-Las Palmeritas-Guadaira; Sector Sur-La Palmera-Reina Mercedes.
Los Remedios	Los Remedios; Tablada.

ANEXO II a. Consentimiento informado (castellano).

Basado en la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial de octubre de 2000, en Edimburgo (5º Reforma) y amparado en la **ORDEN 8 de Julio de 2009. BOJA. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.**

1. INFORMACIÓN A LA PERSONA ENTREVISTADA

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita.

Naturaleza: El objetivo de este trabajo es conocer los hábitos y comportamiento de salud de la población adulta china de la ciudad de Sevilla, entre los 19 y 44 años de edad, 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 autoadministrado, con una serie de preguntas, a las que pedimos que conteste con la mayor sinceridad posible.

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 chinas residentes en nuestra ciudad desde la perspectiva de los cuidados basados en la cultura.

Implicaciones para la persona entrevistada:

- La participación es totalmente voluntaria.
- La persona puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos de 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 sólo y exclusivamente con fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación para la persona: El tipo de investigación planteada, consiste 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 correos electrónicos: bbadanta@us.es (Prof. Badanta)/ sbarrientos@us.es (Prof. Barrientos)/ mlomas@us.es (Prof. Lomas).

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

Yo:.....

- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- He sido informado/a de 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 solo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Me han proporcionado una opción o forma de contacto con las personas responsables, para la resolución de cualquier duda relacionada con el estudio y/o el cuestionario autoadministrado.
- 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 y sin que ello repercuta en mis cuidados de médicos de salud.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto titulado “CONDUCTAS DE SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE CHINA ADULTA DE LA CIUDAD DE SEVILLA”

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

En Sevilla a del mes de..... De 20.....

ANEXO II b. Consentimiento informado (chino mandarín).

本书基于 2000 年 10 月于爱丁堡召开的世界医学大会通过的《赫尔辛基宣言》(第 5 版) 和依据安达卢西亚省议会, 卫生部的政令 **ORDEN 8 de Julio de 2009. BOJA.**

1. 被采访者请阅读以下信息

在签署本知情同意书之前, 请您认真阅读以下提供的信息

性质: 本研究的目的是认识塞维利亚市 19-44 岁华人的健康行为与习惯, 从而分析它们对于最常见的健康问题的影响. 因此我们有一份标准化问卷, 内有一系列的问题, 希望您非常坦率地回答。

重要性: 为了维持 和/或 提高华人在该城的健康, 本研究试图从基于该群体文化的护理观点出发, 并成为采取相应的应对措施时的参考。

对受访者的说明:

- 参与行为是完全自愿的。
- 被采访者如表明退出意愿即可退出研究, 无需给出解释且不会对其医疗待遇产生影响。
- 所有本研究获得的个人资料都是保密的, 且符合个人资料保护组织法 15/1999 的规定(Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999).
- 所获信息将仅仅以及只会用于本研究的特定用途。

研究对于被访者的风险: 本项研究的类型是对问卷中的问题进行回答, 对参与研究的人没有任何危险性, 也不会对您生活中任何方面产生不良影响。

如您需要需要更多的信息, 可以与下列邮箱所示的研究人员联系: : bbadanta@us.es (Teléfono: 656909440)(Badanta 教授)/ sbarrientos@us.es (Barrientos 教授)/ mlomas@us.es (Lomas 教授).

2. 被访者签署同意书 (9/2002 法, 8.2 章).

我 (姓名):.....

- 我了解研究的参与是自愿的, 我有自由选择参加或者不参加研究。
- 我已知晓所有本研究获得的个人资料都是保密的, 且符合个人资料保护组织法 15/1999 的规定 (Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999).
- 我知道研究所获信息将仅仅以及只会用于本研究的特定用途。
- 为了解答任何和研究或/和问卷相关的疑问, 我已被提供和研究负责人的联系方式。
- 我明白如没有我明确表示同意, 我的资料不能被转让且在本次行为中我不转让。
- 我理解我可以随时退出研究, 无需提供解释且不会对我的医疗待遇产生影响。

我自愿地参加题为“塞维利亚市 19-44 岁华人群体健康行为习惯”研究

受访人签名

(如果情况需要, 法定代理人签名)

塞维利亚, 年..... 月..... 日

ANEXO III. Registro de la captación presencial de población china en la ciudad de Sevilla.

Distrito	Tipo de Negocio	Personas negocio	Aceptación	C. ofrecidos	C. devueltos
Nervión	Bazar Alimentación	2	Si	2	1
	Cash Fruta	1	Si	1	1
	Frutería	1	Si	1	1
	Bazar Nervión	2	Si	1	1
	Hipermercado	3	Si	2	2
	Super8market	2	Si	1a	1
	Frutería, droguería	2	Si	1	1
Nervión	Superm. alimentación	2	<p>No acceden a la participación</p> <p>Principales inconvenientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “No tengo tiempo” • “No entiendo” • “No me gusta” <p>a. “Mi mujer no entiende”.</p> <p>b. Una persona se ofrece pero al llegar la jefa interrumpe y me devuelve el cuestionario: “no tiene tiempo ahora mismo”.</p>		
	Alimnetación y Bazar	1			
	Súper Bazar	3b			
	Nuevo Bazar	2			
	Tienda Moda	1			
	Tienda Moda	1			
	Peluquería y uñas	2			
	Mini Mercado	1			
	Supermercado	1			
	Bazar	1			
	Tienda Moda	2			
	Bazar	1			
	Bazar y alimentación	1			
	Hiper	1			
	Bazar	2			
	Sur	Bazar			
Supermercado		1			
Minimercado		1			
Bazar		2	Si	2	0
Casco Antiguo	Supermercado	2	Si	2	2
	Bazar	3	Si	2	1
	Tienda Moda	1	Si	1	1
	Market	1	Si	2	0
	Bazar Supermercado	1	Si	1	0

Distrito	Tipo de Negocio	Personas negocio	Aceptación	C. ofrecidos	C. devueltos
	Supermarket Bazar	3	Si	1	1
	Tienda Moda	1	Si	1	1
	Tienda de productos telefónicos	1	Si	1	1
	Tienda Moda	2	Si	11 (aceptan para sus amigos/as)	2
	Tienda de productos telefónicos	1	Si	1	1
	Tienda calzado	1	Si	1	0
	Bazar	1	Si	1	1
	Complementos (moda)	2	Si	2	1
	Bazar	2	Si	2	1
	Tienda Moda	3	Si	3	3
	Complementos(bisutería)	2	Si	2	1
	Reparación y accesorios	1	Si	1	1
	Market	1	Si	1	1
	Tienda Moda	2	Si	2	2
	Supermercado	1	<p>No acceden a la participación</p> <p>a. “No entiendo, mejor otra tienda”.</p> <p>b. “Al jefe no le gusta”</p>		
	Bazar	1			
	Bazar (ropa y alimentación)	1			
	Restaurante	3			
	Alimentación y Bazar	1			
	Minisupermercado	1			
	Alimentación	1			
	Bazar Alimentación	1			
	Bazar Alimentación	1			
	Alimentación Bazar	1			
	Alimentación. Frutas	1			
	Supermercado	2			
	Superbazar alimentación	2			
	Bazar y Alimentación	1			
	Bazar y Alimentación	1			
	Alimentación Bazar	2			
	Bazar y Alimentación	2			
	Tienda de productos telefónicos	2			
	Modas y Complementos	1			
	Tienda Moda	1			
	Alimentación y bazar	1			
	Alimentación súper bazar	1			
	Tienda Moda	3			

Distrito	Tipo de Negocio	Personas negocio	Aceptación	C. ofrecidos	C. devueltos
	Supermercado	1			
	Bazar	1			
	Supermercado	1			
	Minimercado	1			
	Moda y Complementos	1			
	Alimentación bazar	1			
Macarena	Alimentación Bazar	1a			
	Supermercado	1			
	Multiprecios	2			
	Tienda de productos telefónicos	1			
	Supermercado	1			
	Bazar	1ab			
	Alimentación y Moda	1			
	Tienda Moda	2			
	Tienda Moda	1			
	Bazar	2			
	Bazar	2a			
	Restaurante	2			
	Supermercado	2			
	Merka (frutas y verduras)	2			
	Hiper Bazar	2			
	Minisupermercado	1			
	Tienda Moda (bisutería)	3	Si	2	1
	Restaurante	1	Si	1	0
	Tienda Moda	2	Si	1	1
	Tienda de productos telefónicos	1	Si	1	1
	Bazar	2	Si	1	0
	Bazar	1	Si	1	1
	Restaurante	4	Si	2	1
	Supermercado	3	Si	3	3
	Bazar	2	Si	2	2
	Bazar	2	Si	2	1
	Tienda Moda	1	Si	1	1
	Alimentación bazar	1	Si	1	1
	Tienda Moda	5	Si	3 Dos personas leen correctamente mandarán.	1
	Supermercado	1	Si	1	1

Distrito	Tipo de Negocio	Personas negocio	Aceptación	C. ofrecidos	C. devueltos	
	Alimentación y souvenirs.	1	Si	1	0 No lo finaliza por falta de buena comprensión	
San Pablo-Santa Justa	Artículos de regalo multiprecio	2	Si	1	0 Cierre del negocio sin finalización del cuestionario. "No válido"	
	Super Bazar	3	Si	2	2	
	Bazar Multiprecios *	3	Si	1	1	
	Almacén Fabricación Maletas *	1	Si	1	1	
	Impotación*	4	Si	1	1	
	Almacén*	4	Si	1	1	
	Almacén *	3	Si	2	2	
	Almacén*	2	Si	1	0	
	Restaurante*	1	Si	1	1	
	Almacén productos telefónicos *	3	Si	2	2	
	Karaoke*	1	Si	1	1	
	Almacén productos telefónicos *	1	Si	1	1	
	Supermercado *	2	Si	1	1	
	Supermercado *	3	Si	1	0	
	Parafarmacia*	3	Si	1	1	
	Alimentación y bazar	2	Si	1	1	
	Súper bazar	3	Si	3	1	
	Alimentación	1	Si	1	1	
	Tienda Moda	2	Si	2	1	
	Mínimercado	1	<p align="center">No acceden a la participación</p> <p>*Polígono Industrial Carretera Amarilla ** Polígono Industrial Store a. "No tengo tiempo para rellenar tanto" b. Comienza pero luego abandona por ser muy largo.</p>			
	Tienda Moda *	2				
	Alimentación-Bazar	1				
	Alimentación	1				
	Alimentación	1				
	Alimentación	2				
	Almacén productos telefónicos*	2				
Tienda Moda *	2					
Almacén*	1					
Almacén*	2					
Almacén bisutería*	3					
Almacén*	2a					
Market*	2					
Almacén productos telefónicos*	1					

Distrito	Tipo de Negocio	Personas negocio	Aceptación	C. ofrecidos	C. devueltos			
	Almacén*	2						
	Mobiliario *	1b						
	Importación *	4						
	Almacén de relojes y electrónica*	3						
	Almacén bazar*	5						
	Almacén bazar *	3						
	Restaurante *	2						
Norte	Almacén**	1						
	Almacén Bolsos **	1						
	Almacén productos de estética**	1						
	Almacén Bolsos**	1						
	Almacén Accesorios**	1						
	Almacén **	3						
	Bazar	1						
	Bazar Alimentación	2						
	Tienda Moda	2						
	Bazar y Alimentación	1						
	Bazar	1						
	Alimentación bazar	1						
	Tienda Moda	3				Si	1	1
	Super Frutería	2				Si	1	0
	Bazar y alimentación	2				Si	1	0
	Tienda Moda	1				Si	1	1
	Uñas y manicura	1				Si	1	1
	Supermercado	1				Si	1	1
	Alimentación	3				Si	1	1
	Bazar (Artículos todo a 100)	1				Si	1	1
Bazar Alimentación	1	Si	1	0 “Lo ha tirado”				
Almacén Bisutería **	3	Si	1	1				
Almacén Bolsos **	3	Si	1	1				
Triana	Tienda Moda	1	Si	1	1			
	Multiprecios	2	Si	1	1 (accedo al hombre pero llama rápidamente a su mujer para que sea ella quien participe)			
	Bazar	2	Si	1	1			
	Supermercado	2	Si	1	0 “No tengo tiempo”			
	Tienda de productos telefónicos	2	Si	1	0			
	Tienda Moda	2	Si	2	0			
	Tienda Moda	1	Si	1	1			

Distrito	Tipo de Negocio	Personas negocio	Aceptación	C. ofrecidos	C. devueltos
	Bazar	1	<p style="text-align: center;">No acceden a la participación</p> <p>a. “No sé, jefe no aquí”</p> <p>b. “No entiendo”</p>		
	Moda, bolsos, zapatos	1			
	Zapatería, bolsos, complementos	1			
	Bazar	1			
	Supermercado del hogar	1			
	Alimentación	1a			
	Bazar	1			
	Cocina asiática	2			
	Bazar alimentación	1			
	Bazar	1			
	HiperBazar	1			
Remedios	Alimentación y bazar	2			
	Multiprecios	1b			
	Bazar alimentación	1			
	Bazar	1			
	Tienda de productos telefónicos	1			
	Tienda Moda	2			
	Supermercado	1			
	Bazar	1			
Bazar Alimentación	2	Si	2	2	
	Bazar	1	<p style="text-align: center;">No acceden a la participación</p> <p>a. La mujer iba a contestar, pero tras hablar con el chico decidió no participar. El chico me informa de que ya conoce el estudio y el cuestionario “Es muy largo”.</p> <p>b. “No entiendo”.</p> <p>c. “No tenemos tiempo”.</p>		
	Frutería	2			
	Bazar	2a			
	Supermercado	1			
	Costuras y arreglos	2			
	Bazar	2			
	Bazar	2			
	Bazar	1			
	Alimentación-bazar	1			
	Frutería	2b			
	Bazar y Alimentación	3			
	Tienda Moda	1			
	Tienda Moda	3c			
	Gran Almacén	1			
	Zapatos y Complementos	1			
	Tienda Moda	1			
	Bazar	2			
Supermercado	3	Si	1	0 “Lo he tirado”	
Ropa, Bolsos, Zapatos, Bisutería	2	Si	1	0 (comienza pero	

Distrito	Tipo de Negocio	Personas negocio	Aceptación	C. ofrecidos	C. devueltos			
Cerro-Amate					abandona)			
	Bazar de Alimentación	1	Si	1	1			
	Bazar y Alimentación	2	Si	1	0 “No sé dónde está”			
	Supermercado	2	Si	1	1			
	Tienda Moda	2	Si	1	1			
	Tienda Moda	2	Si	1	1			
	Alimentación y Bazar	1	Si	1	1			
Este (Polígono Industrial Aeropuerto)	Tienda Moda	2	No acceden a la participación					
	Frutería	2						
	Tienda Moda	1						
	Tienda Moda	3						
	Tienda Moda (bolsos)	1						
	Tienda Moda	3						
	Tienda Moda	1						
	Tienda Moda (calzado)	1						
	Tienda Moda (calzado)	1						
	Restaurante	3						
	Tienda Moda	2						
	Tienda Moda	3						
	Almacén	1						
	Tienda Moda	1						
	Tienda Moda	1						
	Almacén	2						
	Textil	1						
	Tienda Moda (calzado)	1				Si	1	1
	Almacén	2				Si	1	1
	Tienda Moda	1	Si	1	1			
	Tienda Moda	2	Si	1	1			
Tienda Moda	2	Si	1	1				
Tienda Moda	1	Si	1	1				
Tienda Moda	2	Si	1	1				
Tienda Moda	2	Si	1	1				
Bellavista-La Palmera	Supermercado	1	Si	1	1			
	Supermercado	1	No acceden a la participación a. “Ahora mismo no tengo tiempo”					
	Tienda Moda	2						
	Bazar y alimentación	2a						
	Tienda Moda	1						
	Bazar	1						
	Supermercado	1						

ANEXO IV. Mensajería para captación online de población china en la ciudad de Sevilla.

¡Hola! Mi nombre es Bárbara. Soy profesora de la Universidad de Sevilla (Grado en Enfermería). Estoy realizando un estudio de investigación sobre salud de la población china residente en Sevilla entre 19 y 44 años. A través de las redes sociales y contacto con academias, bazares, restaurantes, centro de cultura china, etc., intento conseguir la participación de las personas de origen chino. Es muy fácil; solo es necesario rellenar un cuestionario anónimo sobre salud disponible en chino mandarín y en castellano. Me encantaría saber si querías/podrías participar. Es muy importante para avanzar en la investigación en salud. Cualquier ayuda es buena! Mi e-mail es bbadanta@us.es. Podría dar más información así como los archivos del cuestionario a través de correo electrónico o bien en formato impreso según se prefiera.

ANEXO V a. Cuestionario sobre conductas de salud para población inmigrante china de la ciudad de Sevilla (castellano).

Nº Cuestionario

Fecha: / /201

CONDUCTAS DE SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE CHINA ADULTA DE LA CIUDAD DE SEVILLA

Buenos días/tardes, en primer lugar le agradecemos la participación en este Proyecto de Investigación implementado por la Universidad de Sevilla (Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería) mediante la respuesta a un cuestionario que es totalmente anónimo y le va a llevar unos minutos.

Estamos llevando a cabo un estudio para conocer los hábitos de las personas residentes en Sevilla, por lo que le plantearemos 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.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1. **Edad**..... **Fecha de nacimiento:**

2. **Sexo:** hombre mujer

3. **ESTADO CIVIL LEGAL:**

- 1. Soltero/a
- 2. Casado/a
- 3. Viudo/a
- 4. Vive en pareja sin estar casado/a
- 5. Separado/a legalmente
- 6. Divorciado/a

4. **Domicilio/dirección:** Calle.....Nº.....

- Casco Antiguo (1) Macarena(2) Nervión (3) Cerro-Amate(4)
- Sur (5) Triana (6) Macarena-Norte (7) San Pablo-Santa Justa (8)
- Este (9) Bellavista-La Palmera(10) Los Remedios(11)

5. **Lugar de nacimiento (ciudad)**

6. **TIEMPO DE RESIDENCIA:**

6.1. ¿Cuántos años lleva residiendo en España? Años..... Meses.....

6.2. ¿Cuántos años lleva residiendo en Sevilla? Años..... Meses.....

7. **MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS Y TERMINADOS:**

- 1. No escolarizado /Sin estudios 2. Enseñanza primaria obligatoria 3. E. secundaria de 1º ciclo 4. E. secundaria de 2º ciclo
- 5. E. profesional (no universitaria) 6. E. universitaria 7. E. de postgrado máster o doctorado)

8. ACTIVIDAD ECONÓMICA

8.1. Ocupación laboral actual:

- 1. Empleado por cuenta propia
- 2. Empleado por cuenta ajena
- 3. Pensionista/Jubilado
- 4. Ama de casa
- 5. Estudiante
- 6. Desempleado
- 7. Otros:

8.2. Ocupación laboral previa: ¿Ha trabajado antes? 1.Sí 2.No

8.3. ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo?

8.4. ¿Cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña actualmente en su empleo?.....

8.5. ¿Cuánto tiempo lleva en su empleo? Años Meses.....

8.6. ¿Qué tipo de jornada tiene habitualmente en su trabajo principal actual?

- 1.Jornada partida
- 2.J.Continua de mañana
- 3.J.Continua de tarde
- 5.Jornada reducida
- 6.J.irregular o variable según los días
- 7. Otra

“Las siguientes preguntas van dirigidas a conocer cuáles son las condiciones en que realiza su trabajo”.

8.7. Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante):

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8.8. Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida está satisfecho con su trabajo según una escala de 1 (nada satisfecho) a 7 (muy satisfecho):

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8.9. Si actualmente no tiene empleo, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?

<input type="checkbox"/> 1. Nunca he trabajado	<input type="checkbox"/> 2.Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 3.De 6 meses a menos de 1 año
<input type="checkbox"/> 4. De 1 año a menos de 2 años	<input type="checkbox"/> 5.Más de 2 años	<input type="checkbox"/> 6. Otros.....

9. INGRESOS

De los siguientes tipos de ingresos, ¿podría decirme cuáles reciben usted y los demás miembros de su hogar? (***no incluir residentes empleados en el hogar ni huéspedes***)

- 1.Ingresos del trabajo (por cuenta propia o ajena)
- 2.Prestaciones y subsidios por desempleo
- 3.Pensión por jubilación o viudedad / invalidez o discapacidad
- 4.Prestaciones económicas por hijo a cargo o ayuda a la familia/Subvenciones relacionadas con la vivienda/subvenciones relacionadas con la educación
- 5.Otros ingresos regulares
- 6.Ninguna fuente de ingresos

A continuación le haremos algunas preguntas sobre la vivienda donde reside actualmente

10. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

10.1. Vive en (***puede anotar varias***):

- Vivienda propia
- Vivienda alquilada
- Vivienda individual (unidad familiar)
- Vivienda compartida (con personas no familiares)

10.2. ¿De cuántos dormitorios dispone su hogar? N°..... ¿Y m² útiles?.....

10.3. ¿Cuántas personas viven en su vivienda junto con usted? N°.....

¿Con quién convive o comparte su casa? *(Puede marcar una o varias)*

- Padre
- Madre
- Hijo/a
- Pareja de tu padre/madre (si tu padre y tu madre no viven juntos)
- Hermanos/ Hermanas
- Hijos de la pareja de tu padre/ madre
- Abuelo/ Abuela
- Otros Familiares
- Pareja con la que convives (marido, mujer, novio/a, etc)
- Otras personas no familiares
- Vives en un centro educativo, de acogida o Institución
- Vives solo/sola

10.4. Indique en qué grado posee su vivienda actual las siguientes características:

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
Confort					
Luminosidad					
Humedad					
Ventilación					
El ruido procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto					
Sufre malos olores procedentes del exterior					
Calidad del agua de consumo					
Limpieza en las calles					
Contaminación del aire elevada					
Presencia de zonas verdes					
Presencia de animales que causan importantes molestias (gatos, perros, palomas, etc.)					
Delincuencia, violencia o vandalismo en su casa o barrio					
Otros (especificar):					

10.5. ¿Cree que las condiciones de su vivienda afectan negativamente a su salud?

1.Sí

2.No

10.6. Con respecto a su hogar y su situación económica actual ¿cuánto le preocupa?

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
Comprar alimentos					
Pago de hipoteca/alquiler					
Ropa y enseres					
Colegio, estudios					
Otros (especificar):					

11. CUIDADO DE LAS PERSONAS DEL HOGAR

Hay personas que proporcionan de forma habitual cuidados o asistencia a un amigo, familiar u otra persona con problemas de salud, enfermedad prolongada o discapacidad. **Por favor, responda si proporcionó alguno de estos cuidados o asistencia en el último mes. (Si no prestó cuidados, pase a la pregunta 12).**

11.1. Estos cuidados ¿le ocasionaron algún problema de salud? Si No

11.2. ¿Fueron remunerados? Si No

12. ACTITUD DE LAS PERSONAS HACIA LA ETNIA (características étnicas): *Ahora le preguntaremos cómo le identifican y tratan otras personas.*

12.1. En su empleo ¿trabaja con personas de otras etnias? Si No

12.2. En España ¿ha sentido que lo han tratado igual, mejor o peor que a personas de otras etnias?

1.Mejor 2.Peor 3.Igual

12.3. ¿Y cómo diría que los españoles, en general, tratan a los inmigrantes extranjeros?

1.Con indiferencia 2.Con amabilidad 3. Con desconfianza
 4.Con normalidad (igual que si fueran españoles) 5.Con desprecio 6.Con agresividad

12.4. ¿Qué influye más en el trato que se da a los inmigrantes en España?

1.Su nacionalidad 2.Su cultura 3.Su posición económica
 4.El color de la piel 5.Otras respuestas

13. ESTADO DE SALUD (últimos 12 meses)

13.1. ¿En qué Centro de Salud tiene su médico?.....

13.2. En los últimos **doce meses** ¿cómo diría que ha sido su salud?

1. Buena 2. Muy buena 3. Regular
 4. Mala 5. Muy mala

13.3. En los **últimos doce meses** ¿ha tenido alguna dolencia, enfermedad o problema de salud que le haya limitado su actividad habitual durante **más de 10 días seguidos**? Si No

13.4 A continuación le presentamos una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿le ha dicho su médico que padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas? Indique también si alguna de esas enfermedades ha durado o se espera que dure 6 meses o más.

	Enfermedades	SI		Enfermedades	SI
1	Tensión alta (Hipertensión)		18	Cirrosis, disfunción hepática	
2	Infarto de miocardio		19	Depresión crónica	
3	Otras enfermedades del corazón		20	Ansiedad crónica	
4	Varices en las piernas		21	Otros problemas mentales	
5	Artrosis, artritis o reumatismo		22	Problemas de tiroides	
6	Dolor de espalda crónico (cervical)		23	Migraña o dolor de cabeza frecuente	
7	Dolor de espalda crónico (lumbar)		24	Hemorroides	
8	Alergia crónica		25	Tumores malignos (cáncer)	
9	Asma		26	Osteoporosis	
10	Bronquitis crónica, enfisema, EPOC (enferm. pulmonar obstructiva crónica)		27	Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral	
11	Diabetes				
12	Úlcera de estómago o duodeno		28	Problemas de próstata	
13	Incontinencia urinaria		29	Problemas del período menopáusico	
14	Colesterol alto		30	Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	
15	Cataratas		31	Enfermedades infecciosas /Parasitosis	
16	Problemas crónicos de la piel		32	Tuberculosis	
17	Estreñimiento crónico		33	¿Ha padecido alguna vez otra enfermedad?.....	

14.1. RESTRICIÓN DE LA ACTIVIDAD (últimas 2 semanas) *A continuación vamos a preguntarle sobre restricciones en sus actividades habituales en las dos últimas semana debido a dolores o síntomas.*

Dos últimas semanas	SI	¿Cuántos días?	No
¿Ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día?			
¿Se ha visto obligado/a a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (si ha estado hospitalizado, considere también los días pasados en el hospital)			
¿Ha tenido que reducir o limitar las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.)?			

14.2 ¿Cuáles han sido esos dolores o síntomas que le han obligado a limitar o reducir su actividad principal al menos la mitad de una jornada laboral o las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre, al menos la mitad de un día?

ENFERMEDAD O PROBLEMA	Actividad principal	Actividad en el tiempo libre
1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones		
2. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir		
3. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe		
4. Dolor de cabeza		
5. Contusión, lesión o heridas		
6. Dolor de oídos, otitis		
7. Diarrea o problemas intestinales		
8. Ronchas, picor, alergias (problemas de la piel)		
9. Molestias de riñón o urinarias		
10. Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar		
11. Fiebre		
12. Problemas con los dientes o encías		

ENFERMEDAD O PROBLEMA	Actividad principal	Actividad en el tiempo libre
13. Mareos o vahídos		
14. Dolor en el pecho		
15. Tobillos hinchados		
16. Ahogo, dificultad para respirar		
17. Cansancio sin razón aparente		
18. Otros dolores o síntomas		

LIMITACION PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

14.3. Pensando ahora en los últimos **12 meses**, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las **actividades que la gente habitualmente hace**?

- 1.Gravemente limitado 2.Limitado, pero no gravemente 3.Nada limitado

(Si su respuesta es nada limitado, pase a la pregunta 15)

14.4. ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que habitualmente hace?

- 1.Físico 2.Mental 3.Ambos

14.5. Durante los últimos **6 meses**, esa/s enfermedades o problema/s de salud, ¿le han limitado de alguna forma sus actividades habituales?

- 1.Físico 2.Mental 3.Ambos

15. CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

15.1. Durante las últimas 2 semanas ¿ha consumido los siguientes medicamentos? Si ha consumido alguno, indique si le ha sido recetado por el médico y/o si son medicamentos homeopáticos o naturales.

	Consumido	Recetado o de Farmacia	Natural (sin receta)
	SI	SI	SI
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios (excepto ATB)			
2. Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre			
3. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos			
4. Laxantes			
5. Antibióticos (ATB)			
6. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir			
7. Medicamentos para la alergia			
8. Medicamentos para la diarrea			
9. Medicinas para el reuma			
10. Medicinas para el corazón			
11. Medicinas para la tensión arterial			
12. Medicinas para alteraciones digestivas			
13. Antidepresivos, estimulantes			
14. Píldoras para no quedar embarazada			
15. Medicamentos hormonales sustitutivos (tiroides, otros...)			
16. Medicamentos para adelgazar			
17. Medicamentos para bajar el colesterol			

VACUNAS	SI	NO	Lo indicó un profesional sanitario	Yo la solicité	Lo indicaron en la empresa, centro de estudio, etc	Lo indicaron otros
Tuberculosis						
Gripe						
Hepatitis (especificar) A , B						
Otras						

18.2. Ahora nos gustaría preguntarle sobre la tensión arterial y su nivel de colesterol:

	SI	NO	En los últimos 12 meses	Hace más de 1 año, pero menos de 2	Hace más de 2 años, pero menos de 5	Hace más de 5 años
¿Le ha tomado la tensión alguna vez un profesional sanitario? <i>(excluyendo mediciones de tensión en farmacias)</i>						
¿Le han medido alguna vez su nivel de colesterol ?						

19. PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LA MUJER *(Si es hombre, pase a la pregunta 20.1)*

19.1. ¿Ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología? Si No

(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 19.4)

19.2. ¿Cuándo ha efectuado la última visita a una consulta de ginecología por algún motivo distinto a los relacionados con el embarazo o parto?

- 1.Hace menos de 6 meses
- 2.Entre 6 meses y un año
- 3.Entre 1 año y 3 años
- 4.Hace más de tres años
- 5.Nunca he ido por motivos diferentes a un embarazo o parto

19.3. ¿Podría decirnos el motivo de su última consulta a ginecología?

- 1.Algún problema ginecológico
- 2.Orientación / planificación familiar
- 3.Revisión periódica
- 4.Otros motivos.....

19.4. ¿Le han realizado alguna mamografía? Si No *(Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 19.7)*

19.5. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía?

- En los últimos 12 meses
- Hace más de 2 años, pero menos de 3
- Hace más de 1 año, pero menos de 2
- Hace más de 3 años

19.6 ¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última mamografía?

- 1.Por algún problema, síntoma o enfermedad
- 2.Por consejo de su médico de Atención Primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema
- 3.Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer una prueba

4.Otras razones.....

19.7. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal? Si No *(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 20.1)*

19.8. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una citología vaginal?

- En los últimos 12 meses Hace más de 2 años, pero menos de 3
 Hace más de 1 año, pero menos de 2 Hace más de 3 años

19.9. ¿Cuál fue la principal razón por la que se hizo esta última citología?

- Por algún problema, síntoma o enfermedad
 Por consejo de su médico de Atención Primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema
 Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer una prueba
 Otras razones.....

20. ACCIDENTALIDAD

20.1. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo, incluido agresión, golpe, intoxicación o quemadura?*(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 21.1)* Si No

20.2. Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido ¿dónde tuvo lugar?

- En casa, escaleras, WC, portal, etc.
 En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico
 En la calle, pero no fue un accidente de tráfico
 En el trabajo o centro de estudio
 En otro lugar.....

20.3. ¿Hizo alguna de las siguientes cosas? / ¿Cómo actuó?:

- 1.Consultó a un médico 2.Acudió a un centro de urgencias 3.No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención
 4.Consultó a un/a enfermero/a 5.Ingresó en un hospital

20.4. ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente? *(anote dos respuestas como máximo)*

- 1.Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales
 2.Fracturas o heridas profundas
 3.Envenenamiento o intoxicación
 4.Quemaduras
 5. No le produjo daños
 6. Otros efectos.....

21.ASISTENCIA SANITARIA: *A continuación vamos a preguntarle sobre la utilización de los diferentes servicios sanitarios:*

21.1. ¿Cuánto tiempo hace que realizó la **última consulta médica / enfermera** (personalmente o por teléfono) por algún problema, molestia o enfermedad suya?

- Hace cuatro semanas o menos Hace más de cuatro semanas y menos de un año
 Hace un año o más Nunca ha ido al médico

21.2. Durante las últimas **cuatro semanas**, ¿ha consultado con un enfermero o médico de familia o especialista por algún problema, molestia o enfermedad suya?

- Si ¿Cuántas veces?..... No *(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 21.5)*
 Con un Enfermero. Motivo principal.....
 Con un médico

21.3. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas **cuatro semanas**?

- 1. Centro de Salud / Consultorio
- 2. Ambulatorio / Centro de Especialidades
- 3. Consulta externa de un hospital
- 4. Servicio de urgencias hospitalario / no hospitalario
- 5. Consulta de médico de una sociedad
- 6. Consulta de médico particular
- 7. Empresa o lugar de trabajo
- 8. Domicilio del entrevistado
- 9. Consulta telefónica
- 10. Otro lugar

21.4. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?

- 1. Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud
- 2. Revisión
- 3. Parte de baja, confirmación de alta
- 4. Un accidente o agresión
- 5. Solo dispensación de recetas
- 6. Otros motivos.....

21.5. Durante los últimos 12 meses, ¿ha utilizado para usted mismo alguno de los siguientes servicios asistenciales?

SERVICIOS ASISTENCIALES	SI
Atención domiciliaria prestada por una enfermera	
Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas	
Servicio especiales de transporte a domicilio para acudir a un servicio médico, o de rehabilitación	
Otros servicios de asistencia domiciliaria	

21.6. Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado para usted mismo a un.....?

	SI
Laboratorio de análisis	
Centro o servicio de radiología	
Fisioterapia	
Matrona	
Psicólogo o psiquiatra	
Dentista	
Homeópata	
Acupuntor	
Naturista	
Otros profesionales de medicina alternativa	

22. HOSPITALIZACIÓN

22.1. En los últimos 12 meses ¿Ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche? Si N° veces..... No *(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 22.4)*

22.2. En relación a su **último ingreso hospitalario** ocurrido en los **últimos 12 meses**, ¿cuántos días estuvo ingresado en el hospital?: **N° de días**.....

22.3. ¿Cuál fue el motivo de este último ingreso en el hospital?

- 1. Intervención quirúrgica
- 2. Tratamiento médico sin intervención quirúrgica
- 3. Estudio médico para diagnóstico
- 4. Parto /cesárea
- 5. Otros motivos

Para terminar este apartado, vamos a preguntarle ahora por la utilización de los servicios de urgencias

22.4. En estos últimos 12 meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Si nº veces.....
- No *(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 22.7)*

22.5. Esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en los doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

- Hospital de la Sanidad Pública (de la Seguridad Social)
- Centro o Servicio de urgencia no hospitalario (Centro de Salud, Ambulatorio, etc.)
- Sanatorio, hospital o clínica privada
- Servicio privado de urgencias
- Otro tipo de servicios.....

22.6. ¿Por qué fue a un servicio de urgencias?

- Porque el médico se lo mandó
- Porque usted, su familia u otras personas lo consideraron necesario

22.7. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez **no ha recibido asistencia médica a pesar de que la necesitaba?**

- Si
- No

22.8. ¿Cuál es la causa principal por la que no recibe asistencia?

- No me lo podía permitir (demasiado caro/no cubierto por el seguro)
- Había que esperar demasiado
- No disponía de tiempo debido al trabajo
- No disponía de tiempo debido al cuidado de los niños o de otras personas
- Demasiado lejos para viajar/sin medios de transporte
- Miedo al médico/hospitales/exploraciones médicas, tratamientos
- Quería esperar y ver si el problema mejoraba solo
- Otras razones

22.9. ¿Podría decirme ahora de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (público y/o privado) es usted titular o beneficiario/a?

(Anote como máximo dos respuestas)

- Sanidad Pública (Seguridad Social)
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social
- Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado
- Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.)
- Seguro médico concertado por la empresa
- No tengo seguro médico

23.1. PRÁCTICAS SEXUALES: *Ahora le vamos a hacer algunas preguntas relativas a la sexualidad. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que puede no contestar alguna, si lo desea.*

¿Ha mantenido relaciones sexuales en los últimos doce meses?	SI	NO	¿De qué sexo eran estas personas?	De su mismo sexo	De distinto sexo	Indistintamente

(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 23.3)

23.2 ¿Utiliza Ud. o su pareja métodos anticonceptivos o alguna protección para evitar la posible infección de transmisión sexual, VIH/SIDA o hepatitis o embarazo, y con qué frecuencia?

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	1.Nunca	2.Algunas veces	3.La mayoría de las veces	4.Siempre
Marcha atrás				
Preservativo masculino				
Preservativo femenino				
DIU				
Anticonceptivos orales				
Anillo vaginal				
Píldora postcoital* (del día después)				
Otro:				

23.3. ¿Ha padecido alguna infección de transmisión sexual (ITS)? Si ¿Cuál?..... No

23.4.¿Se ha hecho usted alguna vez la prueba del SIDA? *(incluya la prueba de saliva)*

- Si, una vez Si, varias veces No

(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 24.1)

23.5 ¿Cuánto hace que se hizo la prueba del SIDA por última vez?

- 1.Hace menos de 12 meses 3.Entre dos y cinco años
 2.Entre uno y dos años 4.Hace cinco años o más

23.6.¿Por qué se hizo la prueba del SIDA?

- 1.Estaba embarazada 4.Me lo indicó el médico
 2.Me lo pedían de una compañía de seguros para una hipoteca/ para un viaje 5.Me lo pidió mi pareja
 3. Había tenido relaciones sexuales con una pareja que no conocía y no usé preservativo 6.Otro motivo.....

23.7¿Dónde le realizaron esta última prueba del SIDA?

- Durante un ingreso en un hospital o clínica
 En un centro de planificación familiar
 En la consulta de un médico especialista
 En la consulta de su médico de cabecera/ centro de salud
 En la consulta de Enfermería
 En un laboratorio privado

- En la consulta ambulatoria o urgencias de un hospital o clínica
- En un centro de enfermedades de transmisión sexual o de diagnóstico de VIH/sida
- En un centro de atención a personas con problemas de drogas
- En otro sitio

23.8. ¿Llegó a saber los resultados de esta última prueba del SIDA? Si No

24.1. SEGURIDAD VIAL.

24.2. ¿Ha ido por la ciudad, carretera/autopista, como conductor o pasajero, durante el último mes? ¿Con qué frecuencia ha utilizado el cinturón de seguridad al viajar en coche y el casco al viajar en moto o bicicleta en el último mes?

	COCHE	MOTO	BICICLETA
Nunca			
Algunas veces			
La mayoría de las veces			
Solo por carretera			
Solo por ciudad			
Siempre			

24.3. Señale la casilla correspondiente si ha conducido ALGUNA VEZ durante el último mes en alguna de estas circunstancias:

	Bajo efectos de drogas	Sin seguro en regla	Sin carnet de conducir en regla	Nunca he conducido en estas circunstancias
Coche				
Moto				
Bicicleta				
Otros				

HÁBITOS DE VIDA:

25. CONSUMO DE TABACO

25.1 ¿Podría decirnos si actualmente fuma?

- Si fumo diariamente
- Si fumo, pero no diariamente
- No fumo actualmente, pero he fumado antes (*pasar a pregunta 25.3*)
- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual (*Pasar a pregunta 25.8*)

25.2 ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio al día?

- N° cigarrillos..... N° de pipas..... N° de puros.....

25.3 ¿A qué edad comenzó a fumar? años

25.4 ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más Menos Igual

25.5 ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar? Meses..... Años.....

25.6 ¿Cuáles fueron los **dos principales motivos** que le llevaron a dejar de fumar?

- Se lo aconsejó el médico
- Se lo aconsejó un enfermero
- Sentía molestias por causa del tabaco

- Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud)
- Por embarazo
- Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico, en general
- Lo decidió solo, por propia voluntad
- Otros motivos

25.7 ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

- N° cigarrillos N° de pipas..... N° de puros.....

25.8 ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco dentro de su casa? Considere solo aquellas situaciones en las que son otras personas las que están fumando.

1. Nunca o casi nunca 3. Entre 1 y 5 horas al día
 2. Menos de 1 hora al día 4. Más de 5 horas al día

26 CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL

26.1 Algunas personas tienen costumbre de tomar **vino, cerveza, o alguna copa**, bien sea en la comida, en el aperitivo, en celebraciones o en otras circunstancias. En relación al consumo de bebidas que contengan alcohol ¿podría decirnos si ha consumido durante los últimos 12 meses estas bebidas aunque sólo sea en situaciones excepcionales? Si No (*Si la respuesta es No, pasa a la pregunta 26.9*)

26.2 Cuando consumía bebidas con alcohol ¿con qué frecuencia lo hacía?

- Diariamente Una o varias veces por semana Menos de una vez por semana

26.3 ¿A qué edad comenzó a consumir estas bebidas? años

26.4 ¿Con qué frecuencia y qué tipo de bebidas que contengan alcohol consume actualmente?

<i>Bebidas con alcohol</i>	1	2	3	4	5	6	7
	Diariamente	De 4 a 6 días a la semana	De 2 a 3 días a la semana	1 día a la semana	1 día cada dos semanas	1 día al mes	Menos de 1 día al mes
Cerveza (botellines, latas, cañas)							
Copas de vino, champagne, sidra, jerez, vermut o aperitivo con alcohol							
Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.), vasos o copas de whisky							
Combinados (ron cola, gin tonic, vodka con naranja, etc.)							

<i>Bebidas con alcohol</i>	N° Vasos o copas en el último fin de semana (incluye viernes completo, sábado y domingo) (los datos se refieren al consumo de un solo día)	N° Vasos o copas en días laborables (de lunes a jueves) (los datos se refieren al consumo de un solo día)
Cerveza (botellines, latas, cañas)		
Copas de vino, o champagne, sidra, jerez, vermut o aperitivo con alcohol		
Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.), vasos o copas de whisky		
Combinados (ron cola, gin tonic, vodka con naranja, etc.)		
	<input type="checkbox"/> Nunca consumo los fines de semana	<input type="checkbox"/> Nunca consumo los días laborables

26.5 ¿Diría que ahora consume bebidas con alcohol más, menos o igual que hace 12 meses?
 Más Menos Igual

26.6 ¿A qué edad dejó de consumir bebidas con alcohol?: Edad:.....

26.7 ¿Cuál fue el principal motivo que lo 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.....

26.8 Para finalizar con este apartado de bebidas alcohólicas, ¿podría decirnos si alguna vez se le han planteado alguna de las siguientes situaciones?

	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos bebidas alcohólicas?		
¿Se ha sentido alguna vez criticado a causa del consumo de bebidas alcohólicas?		
¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		

OTRO TIPO DE DROGAS

26.9 ¿Ha consumido, alguna vez, alguna de estas sustancias? ¿Cuántas veces?

	¿Cuántas veces en su vida?	¿Veces en los últimos 12 meses?	¿Últimos 30 días?	Nunca he consumido
Heroína				
Hachís o marihuana				
Cocaína en polvo				
Éxtasis (pastillas, líquido...)				
Otras drogas.....				

26.10 ¿Considera que el consumo de sustancias tóxicas o drogas mejora el estado de salud y bienestar de una persona?

Sí No

27 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

27.1 Peso en kg (sin zapatos ni ropa).....

(Si está embarazada, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo)

27.2 Altura en cms (sin zapatos).....

27.3 Y, en relación a su estatura, diría que su peso es:

1.Normal 3. Bastante mayor de lo normal
 2.Algo mayor de lo normal 4.Menor de lo normal

28 **DESCANSO Y EJERCICIO** *A continuación vamos a preguntarle por el tiempo que pasa descansando o realizando diferentes tipos de actividad física. Le rogamos que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.*

28.1 ¿Podría indicarnos, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día?

28.2 ¿Considera que son suficientes, es decir, se levanta descansado/a?

- Si No

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

- Ninguno N° de días.....

28.4. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas), etc.? (últimos 30 días)

- Sentado la mayor parte de la jornada
 De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos
 Caminando de prisa, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes que no requieran gran esfuerzo físico
 Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico (levantar pesos, cavar o trabajos de construcción)

28.5. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna **actividad física en su tiempo libre?** (últimos 30 días)

- No realiza actividad física alguna
 Realiza alguna actividad física o deportiva menos de una vez al mes
 Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces al mes pero menos de una vez a la semana
 Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces a la semana

En las siguientes preguntas, nos gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al mercado, al lugar de culto, biblioteca, lugar de estudios...

28.6 ¿Cómo se desplaza habitualmente?

- 1.Caminando a ritmo lento 4.Transporte público (autobús, metro, tren...)
 2.Caminando a ritmo rápido
 3.En bicicleta 5.Coche
 6.Moto

28.7. Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los **últimos 7 días**.

TIEMPO QUE DESTINÓ A ESTAR ACTIVO/A EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS	Días por semana		Horas por día	Min. por día
1. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?		2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?		
3. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos hizo actividad física moderada como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar		4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?		
5. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?		6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo dedicó a caminar en uno de esos días?		
		7. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil (laborable)?		

- Ninguna actividad física

28.8. ¿Qué tipo de actividad realiza con más frecuencia en su tiempo libre?

ACTIVIDAD	Todos los días	Hasta 3 veces por semana	Más de 3 veces por semana	No
Camina a ritmo rápido, o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos				
Practica deportes/fitness intensos (correr, fútbol de competición, levantar pesos pesados...) que implican una aceleración importante del ritmo respiratorio o cardíaco durante al menos 10 min. consecutivos				
En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada (ir en bicicleta, nadar, jugar al volley ball, tenis, futbol, baloncesto, baile) en su tiempo libre?				

29 ALIMENTACIÓN

29.1 ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

COMIDA/BEBIDA	A diario	Tres o más veces a la semana	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Fruta fresca					
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc)					
Pescado					
Huevos					
Pasta, arroz, patatas					
Pan, cereales					
Aceite					
Mantequilla					
Verduras y hortalizas					
Legumbres					
Embutidos y fiambres					
Bacon o salchichas					
Productos lácteos, (yogur, queso)- excepto leche-					
Leche					
Dulces (galletas, mermeladas, pasteles, helados etc.)					
Otros alimentos (especificar):					
Zumos					
Refrescos					
Agua					
Infusiones, té					
Café					
Chocolate, cacao					
Otras bebidas (especificar):					

29.2 ¿Qué cantidad de agua bebe por día?

- Vasos...../Litros..... No bebo agua

30 DIETAS:

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

	SI	NO
Por un problema de salud		
Para adelgazar (no por problemas de salud)		
Por motivos religiosos, creencias...		
Otros (especificar).....		

31.1. APOYO EMOCIONAL Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA.

APOYO AFECTIVO	Sí. Más de lo que deseo	Tanto como deseo	Bastante, pero menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo	NO, Ninguno/a
1. Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas					
2. Recibe cariño y afecto					
3. Tiene posibilidad de hablar con alguien de sus problemas (personales, familiares, etc.) bien sea con amigos en su trabajo, en su casa, etc.					
4. Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede					
5. Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida					
Recibe ayuda cuando está enfermo/a en la cama					

31.2. ¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo emocional y social que necesita? Por favor, incluya el apoyo que recibe de cualquier fuente (pareja, familia, amigos, etc.)

FUENTE DE APOYO	Más de lo que deseo	Tanto como deseo	Bastante, pero menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo	Ninguno
Pareja					
Familia					
Amigos/as					
Otros					

31.3. En términos generales, ¿Cómo está de satisfecho con su vida?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

**HEMOS TERMINADO EL CUESTIONARIO.
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

ANEXO V b. Cuestionario sobre conductas de salud para población inmigrante china de la ciudad de Sevilla (chino mandarín).

关于居住在塞维利亚的中国人口(19-44岁之间)健康行为的调查研究

您好，首先，我非常感谢您参与本次由塞维利亚大学（护理、物理疗法和足部医疗部）所发起的调查。本次调查是匿名的并且只会占用您很短的时间。

本次调查的目的是了解关于居住在塞维利亚的居民的健康的。所以，我们将会问卷中询问您有关于健康的相关问题。本次调查非常重要，其旨在调查结束后也能进一步发展促进本市的市民的健康行为习惯并获取相关的信息。

个人信息统计

1. 年龄 出生日期 / /

2. 性别： 男 女

3. 婚姻状况:

1. 单身 2. 已婚 3. 丧偶
 4. 同居 5. 合法分居 6. 离婚

4. 地址: 街道名.....Nº.....

- Casco Antiguo (1) Macarena(2) Nervión (3) Cerro-Amate(4)
 Sur (5) Triana (6) Macarena-Norte (7) San Pablo-Santa Justa (8)
 Este (9) Bellavista-La Palmera(10) Los Remedios(11)

5. 籍贯(城市).....

6. 居住时间:

6.1. 您已经在西班牙生活了多久?年个月

6.2. 您已经在塞维利亚生活了多久?年.....个月

7. 所受到过的最高教育水平。

1. 从未上过学 2. 小学义务制教育 3. 初中教育 4. 高中教育
 5. 职业教育 6. 大学教育 7. 硕士或博士教育

8. 经济活动:

8.1.现在的职业:

- 1. 自营
- 2. 企业员工
- 3. 退休
- 4. 家庭职业
- 5. 学生
- 6. 无业
- 7. 其他

8.2. 您以前是否工作过？ 1. 是 2. 不是

8.3. 您的上一份工作是什么？

8.4. 您的现有职业是什么？

8.5. 您在现有职业下已经工作了多长时间？年个月

8.6. 您现在的工作时间表是怎样的？

- 1. 全日制
(8小时工作制，中午
午休)
- 2. 上午班
(8小时工作制上到中
午结束)
- 3. 下午班
(8小时工作制，从下
午开始)
- 4. 晚班
(8小时工作
制，从晚上开
始)
- 5. 非全日制
(一天工作不满8小
时或一周不满40小
时)
- 6. 非常规工作制 或 每
天工作时间不同
- 7. 另外的情况:

"以下的问题，是关于你通常的工作条件而提问的。"

8.7. 请根据您的日常工作状况对您在工作中感受到的压力进行评分 1分为最低 7分为最高:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8.8. 请根据您的日常工作状况评价您对本份工作的满意程度1分为最低 7分为最高:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8.9. 如果您阶段处于无业状态，请问这种状态持续了多久？

<input type="checkbox"/> 1.我从来没有工作过	<input type="checkbox"/> 2. 不到半年	<input type="checkbox"/> 3. 6个月到一年
<input type="checkbox"/> 4. 一到两年	<input type="checkbox"/> 5. 两年多	<input type="checkbox"/> 6. 其他

9. 收入

在收入调查中，请您告知您和其余家庭成员的收入状况 **(不包括家庭保洁人员和客人)**

- 1. 主要工作收入
- 2. 失业家庭成员的福利或津贴
- 3. 退休金，以及鳏寡或残障人士的补助
- 4. 受抚养子女的经济福利，或家庭补助，或房产相关的津贴，或助学金奖学金
- 5. 其他日常收入

6.没有收入来源

现在将询问一些关于您现在所居住的房屋的问题

10. 房屋类型

10.1. 您居住在一个..... (您可以选择一个或多个):

- 1.自己的房子
- 2. 租来的房子
- 1. 同家人居住在一起
- 2. 同他人合租

10.2. 您的房子有多少个房间? N°..... 房屋的实用面积是多少?

10.3. 您同多少人同住?

现有状况下, 您与同住人的关系是什么? (您可以选择一个或多个)

- 父亲
- 母亲
- 儿子/女儿
- 母亲/父亲的伴侣 (在您的父母离婚或分居的情况下)
- 兄弟/姐妹
- 母亲/父亲的伴侣的孩子
- 祖父/祖母
- 其他亲属
- 男朋友/女朋友
- 其余人 (非亲戚关系)
- 我住在学校或租用他人的房屋
- 独居

10.4. 请选出您对现住房条件的关注程度

	非常高	很高	有一点	不太高	没有
	5	4	3	2	1
舒适度					
采光					
潮湿度					
通风程度					
房屋周边受噪音影响					
房屋周边有难闻的气味					
家中饮用水的质量					
街道的清洁程度					
空气污染程度较高					
绿化(公园, 花园等)面积					
周围有很多动物出没, 影响正常生活(猫, 狗, 鸽子等等)					
家中或本街区有犯罪, 暴力或黑帮的现象					
其他(请注明):					

10.5. 您是否相信您的居住条件对您的健康产生了不良影响?

- 1. 是
- 2. 不是

10.6.根据您的收入状况, 您是否关心下列消费活动?	很关注	相当关注	一般关注	很少关注	不关注
日常食品支出					
支付抵押贷款/租金					
衣物购买以及房间必备品购买					
教育支出					
其他支出					

11.对于其他家庭成员的关注程度

有些人总会定时或定期的, 向朋友, 亲戚或其他健康存在问题, 长期受疾病折磨, 或残障人士, 提供帮助或资金补助。请你回答最近一个月以来, 你向其他人提供的关心或补助。

(如果你从不向他人提供帮助或关心, 请直接跳到第 12 题作答。)

- 11.1. 这些关心是否对你自身健康造成影响? 是 否
- 11.2. 你所提供的这些帮助关心, 是否有经济上的报答? 是 否

12.人们关于种族的態度: 接下来你将会被问到一些关于其他人如何看待你, 以及认同你的问题。

- 12.1.在工作中, 你有和其他民族的人一起工作吗? 是 否
- 12.2. 你觉得其他民族的人对待你的态度是平等的地位, 还是更好的对待, 或者较差的对待?
 1.更好 2. 更差 3. 平等
- 12.3. 如果让你回答, 西班牙人对待外来移民者的态度, 你觉得是?
 1.冷淡地 2.友好和蔼地 3.猜疑地
 4.正常的(就像对待其他西班牙人一样) 5.轻蔑地 6.有攻击性地
- 12.4. 在西班牙, 什么因素影响当地人对待外来移民者的态度?
 1.他们的国籍 2.他们的文化 3. 他们的经济状况
 4.他们的肤色 5.其他因素

13. 健康 (在过去十二个月)

- 13.1. 您在哪一家医疗机构或医院检查身体?
- 13.2. 在过去十二个月中, 您认为您的身体健康状况如何?
 1. 好 2. 很好 3. 一般 4. 坏 5. 很坏
- 13.3. 在过去的十二个月里, 您是否得过需要住院或静养或限制您自由活动超过十天的疾病?
 是 否

13.4 现在我们将展示一些疾病或健康问题。你的医生是否告诉过你曾患有以下的任何疾病? 请勾画出您在最近半年内所患有的或即将患有的疾病名称。

	疾病	患有		疾病	患有
1	高血压		18	肝硬化或肝功能异常	
2	心脏病发作		19	慢性抑郁症	
3	其他心脏疾病		20	慢性焦虑	
4	下肢静脉曲张		21	其他心理健康问题	
5	关节病，关节炎或风湿病		22	甲状腺问题	
6	颈部，腰背慢性疼痛		23	偏头痛或经常性头痛	
7	慢性腰背疼痛		24	痔疮	
8	慢性过敏		25	癌症	
9	哮喘		26	骨质疏松	
10	慢性支气管炎，肺气肿或		27	栓塞，脑梗塞，脑出血	
11	糖尿病		28	前列腺问题	
12	胃溃疡或十二指肠溃疡病		29	绝经期的问题	
13	尿失禁		30	意外性造成的损伤，或永久缺陷	
14	高胆固醇		31	传染性或病毒性疾病	
15	白内障		32	结核	
16	慢性皮肤问题		33	你是否还曾患有其他疾病？	
17	慢性便秘				

14.1.活动的限制（过去两周中） 接下来会问到一些因病痛或疾病造成的平日活动的限制情况。

过去两周	是	多少天？	否
至少半天内有减少或限制你的常规活动吗？			
曾因为健康原因超过半月卧床吗？（如果曾住院，住院的时间也包括在内）			
曾不得不减少或杜绝一些平日的休闲活动吗？（比如，娱乐，骑车，旅游，游戏等等）			

14.2 什么病痛或症状使你至少提前半天减少或限制一些平日的休闲活动？

疾病或身体问题	主要活动	休闲活动
1.骨疼，背疼或关节疼		
2. 神经系统问题，压力大或睡眠问题		
3.嗓子疼，咳嗽，感冒或流感		
4. 头痛		
5.挫伤·割伤或划伤		
6.耳痛或中耳炎		
7.腹泻或肠道问题		
8.荨麻疹·瘙痒·过敏（皮肤问题）		
9.肾虚或尿不适		
10. 胃病，消化问题或肝胆问题		
11. 发热		
12.牙齿或口腔问题		

疾病或身体问题	主要活动	休闲活动
13.头晕目眩		
14.胸痛		
15.脚踝肿胀		
16.呼吸短促或呼吸困难		
17.无明显理由的疲劳乏力		
18. 其他		

进行日常活动时的受到的限制

14.3. 回想一下，在过去十二个月中，您的健康问题对日常生活活动产生了何种程度的限制？

1. 严重限制 2. 受到限制，但不严重 3. 未受到一点限制

(如果您的答案是未受到一点限制，请跳到第15题)

14.4. 什么问题会对您的日常活动带来不便？

1. 身体上的 2. 心理上的 3. 两者都有

14.5. 在过去六个月中，以下疾病或健康问题曾给您的日常生活带来不便吗？

1. 身体上的 2. 心理上的 3. 两者都有

15. 过

去两

周内的药物使用情况

15.1. 在过去的两周中，您曾服用过以下药品吗？如果您用过以下药品，指明是在医生的指导下用药，家庭用药或自然药物。

	已有服用	处方药	非处方药
	是	是	是
1. 感冒，流感，咽喉炎，支气管炎的药物 (除开抗生素)			
2. 止痛片和/或者 退烧药			
3. 维他命，矿物质等补药			
4. 泻药			
5. 抗生素 (ATB)			
6. 镇静药，弛缓剂，安眠药			
7. 抗过敏药			
8. 止泻药			
9. 风湿药			
10. 心脏病药			
11. 血压药			
12. 消化系统用药 (抑酸药，护胃药等。)			
13. 抗抑郁剂, 兴奋剂			

18. 预防措施

18.1. 现在，我们来了解一下疫苗情况。如果您有注射过以下疫苗请告诉我们（过去十年里），以及您的注射人。

疫苗	是	没有	曾被卫生系统从业人员告知相关信息	我申请过	曾被企业或者研究中心告知相关信息	被其他方面告知相关信息
破伤风						
白喉						
肺结核						
流感						
肝炎：甲型，乙型						
其他						

18.2. 现在我们来了解一下您的血压和胆固醇含量。

	是	不是	过去十二个月	一到两年	两到五年	超过五年
您曾被专业人士测过血压吗？(包括在医院里测量血压)						
你曾经测过胆固醇含量吗？						

19. 女性预防措施 (如果您是男士，跳到20.1题)

19.1. 曾经去过妇科吗？ 是 不是

(如果您的答案是否，跳到19.4题)

19.2. 曾因为怀孕或生孩子除外的事去过妇科吗？

- 1. 少于六个月
- 2. 六个月到一年
- 3. 一年到三年
- 4. 超过三年
- 5. 从没因为怀孕或生孩子去妇科

19.3. 您最近一次去妇科的原因是？

- 1. 一些妇科问题
- 2. 定期检查 / 家庭计划
- 3. 周期性复查
- 4. 其他原因

19.4. 曾照过乳房x光检查吗？ 是的 没有

(如果您的答案是否，跳到19.7题)

19.5. 上一次照乳房x光检查是什么时候？

- 过去一年
- 一到两年
- 两到三年
- 超过三年

19.6 您最近一次去照乳房x光的主要原因是？

- 1. 一些健康问题或症状
- 2. 出于家庭医生的建议·本身并无不适
- 3. 因为收到来自健康中心的询问信或电话
- 4. 其他原因

19.7. 您做过细胞或子宫颈抹片吗？ 是的 没有 (如果您的答案是否，跳到20.1题)

19.8. 您最近一次做细胞或子宫颈抹片是什么时候？

- 过去一年 两到三年
- 一到两年 超过三年

19.9. 您最近一次做细胞或子宫颈抹片是出于什么原因？

- 因为某种问题，症状或疾病
- 因为初级护理医师或者专家的建议，虽然没有任何问题
- 因为收到一封信或是健康中心打电话询问是否愿意做检查
- 其他原因.....

20. 意外事故

20.1. 过去一年中，您曾发生过意外事故吗（包括侵犯，扰骚，中毒或烧伤）？ 是的 没有 (如果您的答案是否，跳到21.1题)

20.2. 您上一次事故是在哪儿发生的？

- 在家，楼梯，厕所等等。
- 是交通事故，发生在道路上
- 发生在大街上，非交通事故
- 在工作或学习中心
- 在其他地方.....

20.3. 你做过以下的事情吗？

- 1. 跟医生咨询 2. 我去过急救中心 3. 没有必要任何咨询或干预
- 4. 跟护士咨询 5. 我进过医院

20.4. 这次事故对您造成了什么伤害？ (最多选两项)

- 1. 挫伤·血肿·扭伤·脱位, 表皮伤
- 2. 挫伤或重伤
- 3. 中毒
- 4. 烧伤

- 5. 没造成伤害
- 6. 其他影响.....

21. 医疗健康： *我们会问一些关于不同健康服务作用的问题。*

21.1. 距您上一次因为健康问题或不适做医疗或护理咨询已经过了多长时间？（私人或是通过电话）

- 1. 少于四周
- 2. 超过四周，不到一年
- 3. 大于一年
- 4. 从未

21.2. 在过去四周中，您曾因为任何健康问题或不适咨询护士，家庭医生或医疗专家吗？

- 是的. 多少次.....
- 不是 *（如果您的答案是否，跳到 21.5 题）*

- 护士 主要原因.....
- 医生

21.3. 您在哪儿做的健康咨询？

- 1. 初级治疗健康中心
- 2. 专业健康中心
- 3. 医院对外设置的咨询处
- 4. 急诊部
- 5. 社会医生咨询
- 6. 私人医生咨询
- 7. 办公室或工作场合
- 8. 在家里
- 9. 电话咨询
- 10. 其他地方

21.4.

请问关于最近一次的健康咨询，主要原因是什么？

- 1. 察觉出疾病或者其他健康问题
- 2. 每年例行的身体检查
- 3. 为了得到一份证明，证实自己因病不能工作；或者证实自己完全健康，可以胜任该工作
- 4. 一场意外或遭遇袭击
- 5. 只是为了合法买到处方药
- 6. 其他原因.....

21.5. 请问，在过去的一年内，你自己曾经用过下面所说的几种康疗服务吗？

上门服务	是
护士上门护理	
家政服务	
上门接送就医或者接送去康复训练的服务	
其他的上门服务	

21.6. 请问，在过去一年内，你是否因为自己的健康问题，而去这些健康咨询处？

	是
化验室	
X光中心	
理疗	
助产士 (Matrona)	
心理学家或精神科医生	
牙科医生	
顺势疗法医师	
针灸医师	
中医	
替代疗法的专业人士	

22. 住院治疗

22.1. 在过去一年内，你是否曾作为病人去医院就医，并且因为疾病，在医院至少住过一晚？ 是的。
去过几次？ 没去过 (如果你的答案是否定的，请直接跳到第 22.4 题)

22.2. 根据你过去一年的住院治疗情况，曾在医院共计呆过多少天？

22.3. 请问，你上一次住院治疗的原因是什么？

1. 手术 2. 不用手术的药物治
 3. 医学诊断研究 4. 婴儿接生/剖腹产 5. 其他原因

为了完成以下问答，您将被问及一些关于急诊服务的使用情况。

22.4. 请问，在过去一年内，您是否因为疾病或其他原因，使用过急诊服务？
 使用过，多少次？ 没有用过 (如果你的答案是否定的，请直接跳到第 22.7 题)

22.5. 请问，在过去一年内您最后一次使用的急诊服务，属于什么类型？

- 公立医院(社会保障)
 非医院急诊中心(健康中心，急诊室等等)
 疗养院，医院，或私人药物中心
 私人急诊服务
 其他服务

22.6. 你为什么使用急救服务？

- 因为医生建议
 因为家人或其他人的想法，认为使用急救服务很有必要

22.7. 在过去一年内，在你曾需要这些医疗援助的时候，是否申请失败或者没有成功使用？

- 是的 没有过。

22.8. 请问，没有成功使用这些援助的最主要原因是什么？

- 我负担不起(太贵/或保险不涵盖)

- 我不得不等很长时间
- 因为工作，我自身时间不够
- 因为还要照顾孩子和其他人，没有充足时间
- 距离太远了/交通不便
- 害怕医生或医院或医疗检测或治疗
- 我更偏向选择等待，看身体是否好转
- 其他原因

22.9. 请问，下列哪种类型的社会保险(公立的或私人的)，你是作为持有人或者受益人使用的？

最多勾选两项

- 公共医疗(社会保障)
- 西班牙政府机构下(), 受益于社会安全保障的互惠群体(MUFACE, ISFAS, MUGEJU)
- 受益于私人保险的社会互惠群体
- 私人健康保险(社会医疗机构, 更专业的医疗机构)
- 公司涵盖的医疗保险
- 我没有医疗保险

23.1. 性生活健康问题: *现在您将会被问及一些性爱的相关问题。请放心，您的回答将会被严格保密，而且对于一些问题，您可以不回答。*

您在过去十二个月内有性生活吗？	有	没有	性伴侣的性别	同性	异性	同性异性都有

(如果你的答案是否定的，请直接跳到第 23.3 题)

23.2 你和你的伴侣会使用避孕或者一些保护措施来防止性传播疾病，如HIV/AIDS 或者是肝炎，或者是怀孕吗？如果有保护措施的话，多久一次？

避孕方式	1.从来没有	2.有时	3.大多数时候是	4.总是
体外射精				
男用避孕套				
女用避孕套				
宫内节育器				
口服避孕药				
阴道环				
紧急避孕药				
其他方式:				

23.3. 你曾经有过性传播疾病的病例吗？ 是的，是哪种疾病？ 没有过。

23.4. 你曾经做过关于VIH/SIDA 的测试吗？(包括唾液测试)
 测试过一次 测试过多次 没有测试过

(如果你的答案是否定的，请直接跳到第 24.1 题)

23.5 距离你上一次测试HIV病毒，直至目前，有多久了？

- 1. 少于一年
- 2. 一年至两年
- 3. 两年至五年
- 4. 五年甚至更多

23.6. 为什么你要去做HIV测验？

- 1. 我怀孕了
- 2. 因为抵押贷款和旅游，保险公司要求检测
- 3. 一夜情，而且我没有使用安全套
- 4. 医生告诉我的
- 5. 配偶要求我检测
- 6. 其他原因.....

23.7 你是在哪里做的AIDS 检测？

- 生病住院期间，或者是急诊室治疗期间
- 在一个计划生育中心
- 在一个专家医生会诊处
- 在一个家庭医生会诊期间/或者健康中心
- 护理会诊处
- 在一个私人实验室
- 门诊诊所/医院的急诊室
- 在一个性疾病预防中心/HIV或者AIDS诊断中心
- 在一个戒毒中心
- 其他地方

23.8. 你知道所做的AIDS检测结果吗？ 是的 不是

24.1. 道路安全

24.2. 上个月，你是以一个司机还是路人的身份，穿越城市街道或者高速公路？在你乘车去旅行时，或者在你骑摩托车或自行车时，你多久一次系安全带，或者戴安全帽？

	汽车	摩托车	自行车
从来没有			
有时			
频繁			
只在道路上			
只在城市里			
总是			

24.3. 上个月，在以下环境中，你是否开过车？

	受毒品影响	没有车辆保险	没有驾驶证	我从来没有在这样的情况下驾驶
汽车				
摩托车				
自行车				
其他				

生活习惯

25. 烟草消费

25.1. 你经常抽烟吗？

- 是的，我每天抽烟
- 是的，我抽烟，但并不是每天都抽
- 我现在不抽烟了，但之前抽过(如果是，请转到第25.3问题作答)
- 我不抽烟，而且我从不抽烟(如果是，请转到第25.8问题作答)

25.2. 平均每天，你抽什么样的烟草？总量多大？

- 香烟的数量.....
- 烟斗的数量.....
- 古巴雪茄的数量.....

25.3. 什么年龄什么时候开始抽烟？.....

25.4. 和你两年前的相比，你抽烟抽得多了？还是少了？还是相同数量？

- 多了
- 少了
- 总量不变

25.5. 距离你上次戒烟，多久了？年份 个月.....

25.6. 促使你戒烟的两个最主要的原因是？

- 医生建议
- 护士建议
- 因为烟草引发不适
- 对于烟草引发的健康问题，我的担忧增加了
- 因为怀孕
- 我觉得自己的精神状态/身体状态变差了
- 自我意志要求戒烟
- 其他原因

25.7. 平均每天，你使用哪种类型的烟草？总量多大？

- 香烟的数量.....
- 烟斗的数量.....
- 古巴雪茄的数量.....

25.8. 你的家中，多久一次会闻到烟草味？仅参考其他人在你家中抽烟的情况

- 1. 几乎从来没有过
- 2. 一天1至5小时
- 3. 少于一个小时或一天
- 4. 每天超过5小时

26. 酒精饮料的消费

26.1. 不管是在正餐还是开胃菜，在庆祝晚会或其他场合。有一些人习惯喝红酒，啤酒或其他酒精饮料。针对酒精饮料的消耗量，在过去一年里，你是否因为一些例外场合而喝酒？

- 是的
- 不是(如果你的答案是否定的，请直接跳到第26.9题)

26.2. 你多久喝一次酒精性饮料？

- 每天
- 每周一次或多次
- 每周少于一次

26.3. 你是从几岁就开始和这些酒精饮料的？

26.4. 最近，你多久喝一次酒精饮料？什么类型的？

酒精饮料	1	2	3	4	5	6	7
	每天	每周4至6天	每周2至3天	每周一次	两周一次	每月一次	每月少于一次
啤酒 (瓶装, 罐装, 杯装)							
红酒, 香槟酒, 苹果酒, 雪莉酒, 苦艾酒或其他佐餐酒。							
利口酒 (茴芹酒, 白兰地, 朗姆酒, 琴酒, 巴恰蓝等), 杯装威士忌							
混合酒 (可乐朗姆, 金汤力, 橘子伏特加等)							

酒精饮料	(包含周五六日),你上个周末喝了多少杯? (请提供每天的饮量)	在工作日(周一至周四), 在工作日喝了多少杯? (请提供每天的饮量)
啤酒 (瓶装, 罐装, 杯装)		
红酒, 香槟酒, 苹果酒, 雪莉酒, 苦艾酒或其他佐餐酒。		
利口酒 (茴芹酒, 白兰地, 朗姆酒, 琴酒, 巴恰蓝等), 杯装威士忌		
混合酒 (可乐朗姆, 金汤力, 橘子伏特加等)		
	<input type="checkbox"/> 我周末从不喝酒	<input type="checkbox"/> 我工作日从不喝酒

26.5. 和一年前的自己相比，你现在喝得多了？少了？还是酒量不变？

多了

少了

总量不变

26.6. 你从几岁开始戒酒的？

26.7. 促使你戒酒的最主要原因是？

- 医疗要求
- 仅仅是健康问题，没有医药警告
- 我害怕酒精的副作用
- 我整个人的状态不好了
- 我觉得我喝的太多了
- 其他原因.....

26.8. 为了完成这部分关于酒精性饮料的研究，请问，你是否遭遇过以下几种情况？

	是的	不是
你是否觉得少喝酒精性饮料是件好事？		
你是否曾因为酗酒问题，而遭到他人的指责		
在你喝完酒之后，是否觉得不适，或感到愧疚？		
你曾有过这种经历吗？早晨起床，第一件事是喝酒来使自己的精神放松，或者借此忘掉古巴雪茄的诱惑？		

其他种类的毒品

26.9. 你是否品尝过以下几种物质？多久一次？

	吸食过几次？	过去 12 个月中吸食过吗？	过去 30 天吸食多吗？	从未吸食过
海洛因				
大麻				
可卡因粉				
摇头丸（片状，液体）				
其他毒品.....				

26.10. 你觉得嗑药或毒品滥用，可以提升人的健康，并且使一个人感到幸福吗？
 是的 不是

27. 身体特征

27.1. 体重 (Kg) 公斤 (不穿鞋子和衣服).....
(如果你怀孕了，应该要指出你在怀孕之前的体重)

27.2. 身高 (cms) 公分 (不穿鞋子).....

27.3. 根据你的身高，你觉得你的体重？

- 1. 正常 2. 偏重
- 3. 与正常体重相比，一点点偏差 4. 偏瘦

28. 休息和锻炼 *接下来您将会被问及一些关于休息时间，或各种体育锻炼方式。即便您不是一个特别爱运动的人，请如实回答问题*

28.1. 您平均每天睡觉多少个小时？ 请写下数字.....

28.2. 您觉得睡眠时间充足吗？ 是的 不是

28.3. 在过去一个月内，有几天您认为自己没有得到充分的休息？
 没有 请写下数字

28.4. 在过去一个月内，在工作场合，在教育机构，以及在家里(包含家务劳动),哪种身体状态是您经常做的？

- 一天中的大部分时间都坐着
- 没有任何幅度大的肢体舒展运动，大部分时间站立着
- 走路很快，会拿一些重物，往返穿行，但都不费力
- 工作任务要求比较大的肢体运动(如举重，挖掘，以及一些建筑工地的施工任务等)

28.5. 在过去的一个月內，在您的业余时间，下列那种运动次数符合您的情况？

- 我不做任何健身运动
- 我会做一些运动，但每月少于一次
- 我会做一些运动，但每周少于一次
- 我会做一些运动，并且每周一次或者几次

接下来您将会被问及一些关于交通出行方式的问题，比如：你怎么去上班？逛街？去超级市场？去工作地点？图书馆？以及学习场所？

28.6 你平时选择怎样的方式出行？

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1.步调缓慢的步行 | <input type="checkbox"/> 4.公共交通(巴士，地铁或者火车) |
| <input type="checkbox"/> 2.步调加快的步行 | <input type="checkbox"/> 5.开车去 |
| <input type="checkbox"/> 3.骑自行车去 | <input type="checkbox"/> 6.骑摩托车去 |

28.7. 我们对于您每天生活里所做的健身运动很感兴趣，请根据您最近七天的身体锻炼情况回答问题。

过去七天之内的活动情况	天/每周		小时/每天	分钟/每天
1. 在过去 7 天之内，您有多少天做了强烈的体育运动？如举重，翻地松土等农事活动，有氧练习或者快速骑单车等		2.一般情况下，在这些天里的一天中，您总共用多少时间来做强烈的体育运动？		
3. 在过去 7 天之内，您有多少天做了有计划的体育运动？如举重，常速骑单车等。不包括步行。		4.一般情况下，在这些天里的一天中，您总共用多少时间来做这种计划性的运动？		
5. 在过去 7 天之内，您多少天内连续步行了 10 分钟以上？		6.一般情况下，在这些天里的一天中，您用多少时间来步行？		
<input type="checkbox"/> 从不做体育运动		7. 在过去的 7 天里，某一个工作日之内，您有多少时间是坐着的？		

28.8. 在你空闲时间你时常做什么活动？

活动	每天	最多每周 3 次	多于每周 3 次	没有
快步走，或者采用连续骑单车至少 10 分钟的方式到达目的地。				
强烈的锻炼/减重练习(跑步，足球，举重...), 即连续练习 10 分钟会造成呼吸或者心跳明显加速的运动。				
日常情况下，您每周有多少天在业余时间会进行计划性地强烈的体育运动(骑单车，游泳，玩排球，网球，足球，篮球，跳舞)？				

29. 膳食

29.1. 你多常吃这些东西？

食物/饮料	天天	每周 3 次及以上	每周 1-2 次	少于每周 1 次	从不或者几乎不	您早饭吃的是？
新鲜水果						
肉类(鸡肉, 牛肉, 猪肉, 羊肉, 等。)						
鱼肉						
鸡蛋						
面条, 米饭, 土豆						
面包, 谷类						
油						
黄油						
蔬菜						
豆类						
灌肠和午餐肉						
培根或者香肠						
乳制品 (酸奶, 奶酪)-除开牛奶-						
牛奶						
甜品 (饼干, 果酱, 蛋糕, 冰激凌等。)						
其他食品 (请注明):						
果汁						
冷饮						
水						
热饮, 茶						
咖啡						
巧克力, 热可可						
其他饮品 (请注明):						

29.2. 一天内喝多少水？

杯子..... / 升..... 我不喝水

30. 营养餐:

在最近的六个月里, 你经常食用某种营养餐吗?

	是	不是
因为身体健康问题		
因为减肥 (不是因为身体健康问题)		
因为宗教, 信仰原因...		
其他原因.....		

31.1. 情感支持和生活幸福感指数。

情感支持	是的，比我想要的还多	跟我想要的一样	很多，但是比我想要的少	比我想要的少很多	没有，没有人
1.会接受邀请和朋友出去放松					
2.会接受到爱情和亲情					
3.有机会和别人聊聊他们的问题（个人的，家庭的等等。）不管是在工作的时候还是在他们的家。					
4.可以指望关心自己的人					
5.能在生活中遇到重大事件时收到别人的实用劝告					
6.在你卧病在床的时候有人会来照顾你					

31.2. 你大概多久接受过一次你需要的情感和社会支持？请包括接受过任何形式的支持来源 (伴侣，家人，朋友，等等。)

支持来源	比我想要的还多	跟我想要的一样	很多，但是比我想要的少	比我想要的少很多	没有
伴侣					
家庭					
朋友					
其他					

31.3. 总体来说，你对你的生活的满意程度是多少？

1. 非常满意
 3. 不满意
 2. 满意
 4. 非常不满

我们已经完成了问卷. 感谢您的帮助.

ANEXO VI. Guion de entrevista en profundidad para informantes clave.

Buenos días/tardes, mi nombre es Bárbara Badanta Romero y estoy realizando mi tesis doctoral sobre “Conductas de salud en población inmigrante china adulta de la ciudad de Sevilla”. La realización de esta entrevista nos ayudará a comprender en profundidad las características, motivaciones y actitudes que sustentan las conductas de salud en dicha población. Las preguntas que le voy a realizar versarán sobre diversos temas (características de la población de origen chino que migra, desarrollo laboral, organización de la vivienda y en su vida diaria, actitud hacia la etnia, principales problemas de salud y uso de los servicios sanitarios, vivencia de la sexualidad y otros hábitos como el alimentario, el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias. Para su posterior análisis necesito que esta entrevista sea grabada, para lo que pido su consentimiento. Por supuesto, toda la información que nos aporte tendrá carácter confidencial y será empleada en el marco de esta investigación.

1. Migración de personas de origen chino a España y Sevilla:

Me gustaría saber desde tu perspectiva, cuál es el perfil de las personas que deciden migrar desde China a España y concretamente a Sevilla. Me refiero al sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupaciones, situación en el país de origen (en busca de empleo, etc.), redes existentes en el país de destino, motivaciones y expectativas sobre la migración...

Una vez asentados aquí, en general ¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos de sus estancias en España y Sevilla? ¿De qué tipo y quién proporciona el apoyo emocional que necesitan? ¿Cómo valoran las relaciones sociales y familiares? ¿El proceso de migración les suele generar alguna sensación de pérdida y de qué tipo? (familia, cultura, idioma, etc.).

2. Características del ámbito laboral de las personas de origen chino.

En relación al ámbito laboral, me gustaría saber cuál es la importancia que tiene el trabajo en sus vidas; qué aspectos consideran más importantes en el trabajo, cuales son las condiciones laborales y el tipo de empleo que ocupan.

¿A qué riesgos laborales están más expuestos?

¿Afecta el trabajo a su salud de manera positiva o negativa? ¿En qué medida? Ponga algunos ejemplos.

3. Sistema de organización-vivienda

¿Cómo encuentran vivienda? ¿Qué buscan o necesitan en la vivienda? ¿Cuánto tiempo pasan en ella? ¿Cómo organizan las tareas domésticas?

4. Actitud de las personas hacia la etnia

En general, ¿cómo se sienten dentro de la cultura española? ¿Qué aspectos les ha costado más asimilar, entender, aceptar? ¿Qué dificultades/barreras y que facilidades han encontrado en España que les hace más difícil adaptarse o sentirse bien aquí?

¿Cómo experimentan la convivencia en el trabajo, vivienda, etc. con las personas españolas en Sevilla? ¿Algún problema a resaltar? ¿Y con personas de otra nacionalidad, grupo étnico o cultura diferente?

¿Cómo se sienten tratados por los/as españoles/as? ¿Se sienten respetados/as?

Esteriotipos/ Prejuicios que las personas de origen chino perciben.

5. Prevalencia de enfermedades y otros problemas de salud (patologías y dolencias):

¿Cuáles piensas que son los principales problemas de salud entre las personas de origen chino?

¿Cómo afectan sus dolencias a su vida diaria?

En cuanto al uso de remedios, medicamentos, ¿qué tipo de elementos suelen usar? ¿En qué ocasiones?

¿Qué importancia tiene la salud para las personas de origen chino? ¿Qué es necesario para estar sano?

¿Realizan revisiones preventivas (p.ej. ginecológicas, vacunas, embarazo y postparto, seguimiento infantil, etc.)?

6. Uso de los servicios sanitarios

¿Saben dónde deben acudir cuando tienen un problema de salud? ¿Suelen acudir a los servicios sanitarios españoles? ¿Para qué?

¿Qué servicios suelen emplear? ¿A quién suelen consultar?

Motivos para acudir o no al sistema de salud local.

¿Cómo definiría la sanidad en China, y los servicios y recursos que tienen? ¿Qué diferencias existen entre la atención en China y en España?

¿Se usa la MTC? ¿Se dispone de ella en Sevilla? ¿Cómo se organiza?

¿Cómo cree que se podría adaptar el sistema de salud local a las necesidades de la comunidad china?

7. Sexualidad

Uno de los temas en los que he percibido mayor dificultad en la recogida de datos ha sido en la sexualidad. Me gustaría saber, según tu opinión y experiencia en el contacto con población de origen chino ¿Cómo se vive este tema? ¿Es algo que se hable en la pareja, familia o amigos?

Cuando tienen dudas, ¿qué fuente de información utilizan? ¿Reciben algún tipo de información sexual en la escuela? ¿Qué educación sexual reciben en general?

En cuanto a la prevención de embarazos no deseados e ITS, ¿realizan conductas de prevención en este sentido? ¿Conocen y emplean métodos anticonceptivos? ¿Cuáles? ¿Son fáciles de conseguir? ¿Tienen conocimientos sobre su uso?

¿Se escogen los métodos anticonceptivos entre la pareja? En general, ¿experimentan hombres y mujeres la sexualidad de forma diferente? ¿Tiene la opinión del hombre más peso en el aspecto de la sexualidad, reproducción y prevención de embarazos e ITS?? ¿Podría poner algunos ejemplos?

Tabús y mitos existentes

8. Hábitos

En relación a la seguridad vial me gustaría saber ¿Qué tipo de vehículos suelen conducir con mayor frecuencia? ¿Conocen la normativa? ¿Son respetuosos con la misma? ¿Emplean elementos protectores: casco, cinturón, etc.?

¿Qué tipo de bebidas alcohólicas consume la población de origen chino? ¿Fuman tabaco? ¿Consumen algún otro tipo de sustancias como por ejemplo el cannabis?

En relación al ejercicio físico ¿Practican? ¿Qué perfil es más habitual y por qué? ¿Qué tipo de actividad física o deporte se practica?

¿Qué suelen hacer en su tiempo libre o de ocio?

¿Qué tipo de religión suelen practicar? ¿Encuentran apoyo, recursos y lugares donde acudir y compartir con otras personas de su misma religión? ¿Cómo la practican?

Alimentación: ¿Cómo es un día cualquiera en la alimentación de una persona de origen chino: horarios, qué desayuna, come o cena, si come solo o en compañía, dónde encuentra y compra estos productos? ¿Cómo debe ser la dieta para ser saludable? ¿Qué tipo de líquidos ingieren (incluido el agua)?

ANEXO VII. Informe del Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

**Informe Dictamen Modificación Favorable
Proyecto Investigación Biomédica**

C.P. SALUDCHINA - C.I. 0873-N-16

17 de mayo de 2017

CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío

Dr. Víctor Sánchez Margalet
Presidente del CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío

CERTIFICA

1º. Que el CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío en su reunión del día 28/04/2017, acta 04/2017 ha evaluado la propuesta del promotor para que se realice la **Modificación relevante 1: ampliación población de estudio al rango de edad 19-44 años** en el estudio:

Título: Conductas de salud en población inmigrante china adulta entre 19-44 años de la ciudad de Sevilla

Código Promotor: SALUDCHINA **Código Interno:** 0873-N-16
Promotor: Investigador

2º. La **Modificación relevante 1: ampliación población de estudio al rango de edad 19-44 años**, de tipo **Relevante**, con fecha de registro **17/04/2017**

3º. Considera que

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

4º. Por lo que este CEI emite un **DICTAMEN FAVORABLE A LA MODIFICACIÓN.**

5º. Este CEI acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEI/Centros por los Investigadores:

CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío

Barbara Badanta Romero
Universidad de Sevilla

Lo que firmo en Sevilla, a 17 de mayo de 2017

Fdo:

NOMBRE
SANCHEZ
MARGALET
VICTOR MANUEL
- NIF 28691159Q

Firmado digitalmente
por NOMBRE SANCHEZ
MARGALET VICTOR
MANUEL - NIF
28691159Q
Fecha: 2017.05.17
11:04:31 +02'00'

Dr. Víctor Sánchez Margalet
Presidente del CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío