

CONSUMO DE ALIMENTOS EN INMIGRANTES DE ELDA Y COMARCA

Manuel Gallar^{1,2}, Juan Maestre¹, Manuel Lillo²,
Isabel Casabona², Juan Mario Domínguez²

¹*Departamento de Sanidad. Instituto La Melva. Elda (Alicante).*

²*Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.*



FOOD CONSUMPTION OF IMMIGRANTS IN ELDA COUNTY

SUMMARY

In Spain, immigration is a recent and exponentially increasing phenomenon. In the geographical area corresponding to the department of health no.18, most immigrants come from South America, Morocco and Rumania. The feeding patterns of these people have a strategic value regarding culture and health. We present a work in which 170 immigrants have been interviewed, with the aim of assessing one of the main aspects: food consumption. The results indicate that immigrants maintain a balanced consumption of immediate principles, although some basic foods groups are insufficiently consumed by them. In addition, the length of their stay could be considered a crucial factor towards the assimilation of the currently unbalanced nutritional pattern of Spanish people.

KEY WORDS: Eating habits, immigrants, communitarian nutrition.

RESUMEN

En España, la inmigración es un fenómeno reciente y creciente exponencialmente. En la zona geográfica correspondiente al departamento de salud 18, la mayor parte es de procedencia sudamericana, marroquí y rumana. La alimentación de estos colectivos posee un estratégico valor cultural y sanitario. Presentamos un estudio en el que se ha entrevistado a un total de 170 inmigrantes, que tiene por objetivo valorar uno de los aspectos clave de la alimentación: el consumo de alimentos. Los resultados apuntan a que los inmigrantes mantienen un consumo equilibrado de principios inmediatos, si bien algunos grupos alimentarios básicos son consumidos insuficientemente. Además, el tiempo de estancia parece ser un factor de adaptación al patrón nutricional desequilibrado propio de los españoles.

PALABRAS CLAVE: Hábitos alimentarios, inmigrantes, nutrición comunitaria.

INTRODUCCIÓN

En España, la inmigración es un fenómeno reciente y creciente. Los últimos datos del padrón municipal publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2007), correspondientes a 2005 revelan que en nuestro país residen cerca de 4 millones de extranjeros, unas 4 veces más que en 2000. A estas cifras habría que añadir los inmigrantes sin papeles, que aún no existiendo datos reales se estiman en más de 600.000 personas según fuentes distintas a las de organismos oficiales del Estado.

Por áreas geográficas de procedencia, son los magrebíes, subsaharianos y latinoamericanos los más numerosos, seguidos de chinos y originarios de países del Este europeo. Según el INE, el núcleo

de inmigrantes procedentes de América del Central y del Sur son principalmente ecuatorianos y colombianos, siendo los marroquíes la mayor parte de los inmigrantes procedentes del continente africano. En cuanto a Europa, los principales países de procedencia son Rumanía, Bulgaria, Ucrania, Rusia y Polonia.

La concentración de inmigrantes en nuestro país es desigual: sólo las comunidades de Madrid, Cataluña y Valencia, concentran el 60% de la población extranjera (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2004).

En el área geográfica correspondiente al Departamento de Salud 18, el fenómeno de la inmigración es especialmente significativo en las décadas de los 60 y 70 con la llegada de andaluces y manchegos, que conllevó un espectacular incremento demográfico de nuestra población y a la llegada de costumbres y tradiciones que con el paso de los años se han hecho autóctonas, valgan como ejemplo el gazpacho manchego o la gachamiga, tan apreciados en todo el Alto Vinalopó.

En los últimos años, el Departamento de Salud 18 está experimentando flujos emigratorios hacia poblaciones vecinas debido fundamentalmente al precio de la vivienda, y de igual forma flujos inmigratorios de población extranjera que de alguna forma han frenado el descenso de población, reflejándose en los censos de los últimos años.

Como ejemplo, en Elda habían 2305 inmigrantes censados cuando se comenzó el estudio, lo que representaba aproximadamente el 5% del total de la población, sin tener en cuenta aquellos que no estaban censados. Por países de origen los colombianos son la comunidad más numerosa (50%), seguido de ecuatorianos (18%) y con bastante diferencia conforman el resto de población inmigrante, los asiáticos, africanos, resto de sudamericanos y originarios de países del Este europeo. Estos datos son extrapolables al resto de las poblaciones del Departamento de Salud 18 según los censos recogidos de los distintos ayuntamientos.

Existen muchos datos que reconocen que el crecimiento económico actual no sería posible sin la aportación de los inmigrantes que representan actualmente el 5% de los cotizantes a la seguridad social, siendo éstos en parte los responsables del actual superávit de la Seguridad Social.

Por otra parte, los inmigrantes van a cubrir puestos de trabajo que muchos españoles ya no quieren, por ser excesivamente duros y/o precarios, como el cuidado de ancianos, servicio doméstico o en sectores como la construcción o agricultura.

Otro hecho a destacar es que la inmigración experimentada en los últimos años es la responsable de que España no entrara en "crecimiento negativo" (mayor número de defunciones que de nacimientos), según datos del INE y que la balanza demográfica a la que contribuyen los inmigrantes sea muy satisfactoria y necesaria para España.

No obstante, el fenómeno de la inmigración no es del todo positivo, ya que, a diferencia de los inmigrantes legales regularizados con contratos relativamente estables, derechos a la Seguridad Social, a la escolarización de sus hijos, etc., los "sin papeles" no solamente carecen de documentos sino muchas veces también de derechos, trabajando a menudo a cambio de salarios miserables y malviviendo en lamentables viviendas, siempre con el miedo de ser detenidos o de caer en redes de tráfico de drogas y de prostitución, por no hablar también de la marginación, rechazo social y racismo (contra parte de la población inmigrante), así como de los problemas sociales que generan.

A los problemas por falta de acceso a un trabajo normalizado, a la situación irregular de residencia, al hecho de vivir en zonas de riesgo social ele-



vado, y a los problemas relacionados con el lenguaje y del acceso a la red sanitaria pública, hay que sumar los problemas de importación de enfermedades típicas de los países de origen tales como tuberculosis, SIDA, paludismo, etc. (Guerrero y Colomina, 2004) y las enfermedades reactivas o de adaptación a que se ven expuestos debido a los estilos de vida en nuestro país (enfermedades cardiovasculares, asma, algunos cánceres...) lo que genera problemas importantes en el orden de la salud pública (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001).

La alimentación es uno de los factores más enraizados en la cultura de los pueblos y que a los inmigrantes genera conflictos en el momento de asentarse en España, viéndose atrapados entre el patrón alimentario de sus países y las costumbres dietéticas nuestras; si a esto añadimos la desestructuración familiar en la que viven muchos y la falta de recursos económicos, se entiende que su situación les conduzca en muchas ocasiones a un cierto riesgo implícito de nutrición deficiente (malnutrición en niños, anemias ferropénicas y pautas dietéticas poco adecuadas en mujeres gestantes) o a dietas desequilibradas en adultos (Instituto de Salud Pública de Madrid, 2003).

Los inmigrantes tienden a adaptarse progresivamente al patrón dietético del país de residencia, lo que forma parte del proceso de aculturación; sin embargo, dicha adaptación podría devenir trastornos metabólicos diversos, amén de la sustitución de una dieta saludable por otra –la occidental– causante de patologías de alta prevalencia, tales como la obesidad, la diabetes, los trastornos cardiovasculares o el cáncer (Harrison, 2005).

Por todo ello consideramos imprescindible que se realicen estudios epidemiológicos sobre esta población emergente, lo que justifica el presente estudio, en el que pretendemos dar respuestas a los problemas y necesidades alimentarios y nutricionales que presentan el colectivo de inmigrantes residentes en el Departamento de Salud 18.

OBJETIVOS

a) Objetivo general: Estimar el consumo de alimentos, energía y macronutrientes de personas inmigrantes del área geográfica correspondiente al Departamento de Salud 18.

b) Objetivos específicos:

- Estimar las ingestas de energía y macronutrientes.
- Estimar y comparar la ingesta de alimentos con las recomendaciones para la población española.
- Comparar dichas ingestas con las recomendaciones para una dieta equilibrada.
- Estimar el consumo de tabaco, alcohol, bebidas refrescantes, zumos y suplementos.

MÉTODO

Tipo de estudio

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de diseño transversal.

Muestra

Población muestral: Todos los inmigrantes mayores de edad residentes en el área geográfica correspondiente al Departamento de Salud 18.

Tamaño de la muestra teórica: El tamaño de la muestra teórica quedó fijada en 100 encuestas de un total de 1581 censados, lo que supone un coeficiente de elevación de 1:16, pretendiéndose estimar con un margen de confianza del 95% y un 10% de error en las medidas de proporciones para los parámetros más desfavorables.

Se establecieron dos grupos de inmigrantes en función del país de origen, calculándose el tamaño de la muestra teórica para cada grupo por afijación proporcional.

Tamaño de la muestra real: Al comienzo de la realización del estudio se determinó ampliar la muestra de encuestados para asegurar una mayor fiabilidad, quedando como muestra real un número total de 170 personas. La selección de la muestra se llevó a cabo mediante método opinático por cuotas en centros de reunión de inmigrantes: cáritas, cruz roja, locutorios, etc.

Instrumentos

Cuestionarios

Se diseñó un cuestionario ad hoc, como entrevista estructurada que formada por varias partes: una parte consta de preguntas sobre hábitos alimentarios; otra corresponde a un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos semicuantitativo, y por último se incluye un recordatorio de 24 horas, completándose el cuestionario con datos de

filiación, edad, género, origen, lugar de residencia y tiempo de estancia.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de Enero y Febrero (2004), realizándose las encuestas con carácter de entrevista unipersonal en los talleres de Cáritas Interparroquial, Cruz Roja, locutorios telefónicos y en la sede de asociaciones de inmigrantes de las distintas localidades del área geográfica a estudio. Los entrevistadores entrenados fueron alumnos de último curso del Ciclo Formativo Superior de Dietética del Instituto La Melva (Elda).

Procesamiento de la información

- Base de datos: la información se almacenó en formato ACCES.
- Análisis de composición de los alimentos: la conversión del consumo de alimentos a ingestas de energía y macronutrientes se llevó a cabo mediante la base de datos del programa DIET-SOURCE, versión 1.2, de Novartis. El consumo de alimentos viene referido en gramos-mililitros-unidades/día-semana. Las recomendaciones en la ingesta diaria de alimentos establecidas fueron las propuestas por el Ministerio de Sanidad y Consumo Español. Los datos de ingesta de alimentos de la población española fueron obtenidos de la encuesta anual del Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación.
- Análisis estadístico: los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS, versión

11. Para variables de distribución continua, se estimó la media y mediana como índices de tendencia central y desviación típica como índice de variabilidad. Para las variables categóricas se estimó la distribución de frecuencia relativa y se presentarán los datos en tablas y gráficos tipo sectores o barras.

RESULTADOS

- Género: el 59% de las personas entrevistadas fueron mujeres, y el 41% hombres.
- Media de edad de los inmigrantes encuestados: 31,1 años (30,9 años en hombres y 31,2 en mujeres).
- Países de origen: principalmente Colombia (53%) y Ecuador (36%).
- Lugar de residencia: la mayor parte de los encuestados residían en Elda (94%), correspondiendo el 6% restante a otras localidades cercanas tales como Petrer, Monóver, Novelda, Aspe, Pinoso o Villena.
- Tiempo de estancia: casi la mitad de los inmigrantes entrevistados (47%) llevaba residiendo entre 12 y 24 meses; el 24% superaba este tiempo, y sólo el 14% llevaba menos de 6 meses residiendo en la zona.
- Consumo de alimentos: se refleja en la tabla I, en la que se compara el consumo de los inmigrantes con el consumo promedio de la población española y con el consumo recomendado por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

Tabla I. Consumo alimentario de inmigrantes, españoles en 2004 y consumo recomendado.

Grupo alimentario	Consumo inmigrantes (gramos o unidades/día)	Consumo en España (gramos o unidades/día)	Consumo recomendado (gramos o unidades/día)
Carne y derivados	101	145.3	50-65
Huevos	3.5	6.3	0-5
Pescado y derivados	31.4	78.2	70-90
Leche y derivados	396	337.3	400-600
Cereales	256.2	185	400
Legumbres	31.3	10	25-30
Patatas	134	73	250
Verduras	218	206.6	400
Frutas	180	255.5	250-300
Bebidas alcohólicas	85	77.8	-
Zumos de frutas	286	31.8	-
Refrescos	208	114.4	-

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$) en las siguientes variables:

- Por sexos: sobre el consumo de alcohol, los hombres consumían una media de 8,8 g/día de etanol, en tanto que las mujeres una media de 2,5 g/día.
- Por edades: se detectó en los jóvenes un menor consumo de legumbres, patatas, frutas, pescado y verduras, y un mayor consumo de alcohol, pasta, refrescos y zumos.
- Por tiempo de estancia en España: en personas con mayor tiempo de estancia se aprecia un mayor consumo de carne, lácteos y pescado, así como un menor consumo de cereales.
- Por país de origen: en los sudamericanos hay diferencias estadísticas en cuanto a un mayor consumo de arroz, huevos, legumbres, refrescos, verduras y zumos, así como un menor consumo de pan, patatas y alcohol.

Balace nutricional

La tabla II muestra el consumo medio diario de energía, proteínas, lípidos y glúcidos de los inmigrantes, así como el consumo medio de los españoles y el recomendado.

Tabla II. Consumo medio diario de energía, proteínas, lípidos y glúcidos de los inmigrantes.

NUTRIENTES	Ingesta Media Inmigrantes	Consumo Español	Ingesta Recomendada
KCALORÍAS	2129	2862	2500
PROTEÍNAS	15.8%	14.2%	10-12%
LÍPIDOS	31.7%	45.4%	30-35%
GLÚCIDOS	52.5%	40.4%	55-60%

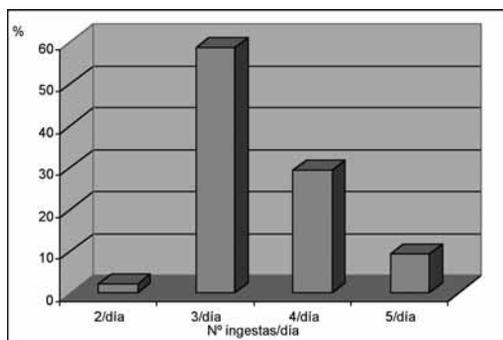


Figura 1. Distribución de frecuencias del patrón de ingesta diaria.

Patrón de ingesta diaria

La mayor parte de los entrevistados tenía un patrón de 3 ingestas (figura 1); un 30% hacía 4 ingestas/día, y apenas el 10% de los encuestados realizaba 5 ingestas diarias.

Útiles de cocina

Los entrevistados destacaron la necesidad de útiles de cocina que no encontraban en el actual lugar de residencia; algunos de los cuales se mencionan en la tabla III.

Tabla III. Algunos útiles de cocina no encontrados en España.

- Chocolatera.
- Arrocera.
- Molinillo.
- Jarra aguapanela.
- Batidor de madera (hacer sopa).
- Molinillo para maíz y para chocolate.

Alimentos autóctonos

Así mismo, los inmigrantes declararon una amplia serie de alimentos no encontrados en su actual lugar de residencia y que formaba parte de su despensa habitual; la mayoría son frutas tropicales y hortalizas: sarcocho, maracuyá, yulo, guanábana, plátano macho, arepas, papas criollas, mufén, mango pequeño, coladas, tomate de árbol, moras, papaya, arracacha (como yuca, verdura), lulo, naranjilla, sapote, patata blanca china, chontaduro, chiles serranos, maiz mote, mazamorra, limoncitos, granadilla, curaba, carne de res, yuca y guayaba.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Son numerosos los estudios publicados sobre hábitos alimentarios de inmigrantes. Uno de los más completos e interesantes metodológicamente es el de Desai et al (1990), ya que valora aspectos antropométricos, creencias y tabúes alimentarios, incluyendo un diario dietético y un programa de educación nutricional dirigido a inmigrantes del que a su vez se valora su eficacia. Otro completo análisis es el llevado a cabo por el ministerio español de agricultura, pesca y alimentación (2004), ya que dicho estudio incluye una investigación cuan-



titativa y cualitativa, estrategia que no se ha observado en otras publicaciones recientes.

También, desde el punto de vista metodológico, algunos autores se plantean la necesidad de una adaptación transcultural de los métodos de entrevista, lo que es especialmente necesario cuando el cambio cultural es intenso, como sucede, por ejemplo en inmigrantes africanos residentes en Norteamérica, Alemania o Reino Unido. Sharma et al (1996) llevaron a cabo un estudio basado en un cuestionario estandarizado de frecuencia de consumo de alimentos adaptado a la población a estudio, lo que implica el previo conocimiento de los alimentos de consumo habitual en cada uno de los países de origen. Por su parte, Sahar et al (2005) han desarrollado un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos destinado a la valoración de la ingesta dietética de grupos multiétnicos. La adaptación transcultural de cuestionarios y otros métodos de estudio de grupos culturales requiere un procedimiento complejo y especialmente necesario cuando existen grandes diferencias entre las sociedades de procedencia y destino.

El estudio de Pardo et al (2007) sobre factores condicionantes de salud en inmigrantes de origen subsahariano revela que para éstos, los principales factores que pueden influir en el paso de salud a enfermedad son, por este orden de valoración: la situación económica, la separación de la familia, la alimentación, la vivienda, la red de apoyo social, la situación legal y las condiciones de trabajo. La alimentación se presenta, pues, como uno de los principales moduladores de la salud, especialmente considerado así entre las mujeres, siempre más atentas al estado nutricional de los suyos.

Los resultados del presente estudio nos permiten obtener las siguientes conclusiones:

- a) Los inmigrantes entrevistados realizan un consumo de huevos, lácteos y legumbres acorde con las recomendaciones del ministerio de agricultura, pesca y alimentación.
- b) Por el contrario, fue insuficiente el consumo de cereales, patata, verdura y fruta, aunque comparativamente consumen más verdura que los españoles. Sólo el 17% consumieron fruta en cantidad suficiente.
- c) Si se compara con los patrones de consumo de los españoles, destacan los siguientes hallazgos positivos:
 - Más adecuado consumo de carne.
 - Mayor consumo de cereales.
 - Mayor consumo de verduras.
 - Mayor consumo de legumbres.
- d) Si se compara con los patrones de consumo de los españoles, destacan los siguientes hallazgos negativos:
 - Menor consumo de pescado.
 - Menor consumo de fruta.
 - Mayor consumo de refrescos.
- e) Merece destacarse el elevado consumo de refrescos que presenta la población inmigrante, como igualmente muestran los datos del estudio del Ministerio de Agricultura (2004), atribuible a unas necesidades de líquidos y electrolitos, posiblemente elevadas ante unas condiciones de trabajo físicamente más exigentes que las de la media española. Así mismo, destaca un menor consumo de bebidas alcohólicas, lo que podría atribuirse a una situación social y laboral menos propicia para el consumo de este tipo de bebidas.
- f) Destaca también el hecho de que el tiempo de residencia parece favorecer la asunción de patrones de consumo propios de la población española, como revelan un mayor consumo de carne, pescado y lácteos, y un menor consumo de cereales, probablemente debido a que se imitan progresivamente las costumbres del entorno en el que viven, con los inconvenientes que esto supone con respecto al mantenimiento de la alimentación equilibrada que actualmente presentan. Este hallazgo reafirma el obtenido en estudios similares (Pardo et al, 2007)

g) Por su parte, los inmigrantes sudamericanos destacaron por un mayor consumo de arroz, legumbres, verduras, huevos, refrescos y zumos; así como por un menor consumo de pan, patata y bebidas alcohólicas.

h) Finalmente, deseamos destacar lo que podría resultar el más trascendente de los hallazgos de este estudio: el hecho de que en estos momentos, a diferencia de los españoles, los inmigrantes presentan un patrón de alimentación equilibrada que sin embargo con el tiempo parece evolucionar al que es propio de la población española, desequilibrado en detrimento de los hidratos de carbono y a favor de los lípidos y las proteínas. Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores (Casares, 2005).

El presente estudio se centra en el consumo de alimentos en el país de destino, por lo que no se incluye un análisis comparativo con respecto a los países de origen de los inmigrantes estudiados, tal como hacen otros autores como Papadaki y Scott (2002), que permite elucidar las causas de los hábitos adquiridos: elevado coste de los alimentos, dificultad para hallar alimentos propios de su país, lo que impide mantener un patrón saludable de dieta mediterránea a quienes emigran a ciudades anglosajonas. Estos cambios dietéticos perniciosos suponen la emergencia de secuelas en la salud de los inmigrantes, como se ha documentado bien en Estados Unidos, donde muchos aborígenes indios han enfermado de obesidad, diabetes y otras afecciones a consecuencia de la adopción de hábitos alimentario propios de la sociedad occidental norteamericana, en la que es típico el consumo de comida rápida, grasas saturadas o azúcares refinados. Similares consecuencias se han descrito en otros países occidentales, como Reino Unido, con respecto a inmigrantes de origen africano y caribeño (Meneen et al, 2001), indio (Heald et al, 2005; Patel et al, 2006) o con inmigrantes griegos en Australia (Kouris-Blazos et al, 1996).

A menudo los inmigrantes son conscientes de que el abuso de determinados alimentos propios de Occidente son nocivos para la salud a largo plazo, como muestra el trabajo de Harrison et al (2005) en el que entrevistó a un amplio grupo de inmigrantes asiáticos en USA.

Edmonds (2005) llevó a cabo una investigación cualitativa sobre inmigrantes procedentes de Honduras en New Orleans, mediante cinco grupos de discusión sobre una muestra de 23 mujeres hondureñas. Constató una serie de cambios positivos y negativos; entre los positivos destaca un mayor consumo de frutas y verduras, y un menor abuso de la grasa de adición, y entre los negativos, un creciente consumo de comida rápida y un patrón de ingesta irregular. Nuestros resultados son parcialmente consistentes con dicho estudio.

Compartimos con Sati-Abouta et al (2002) la necesidad de un adecuado asesoramiento nutricional a los inmigrantes que les permita la asimilación de patrones de alimentación y de consumo alimentario propios del país de destino, pero evitando en todo momento una nutrición desequilibrada. De igual manera merece advertirse que la constancia de una menor incidencia de cáncer en colectivos inmigrantes que conservan costumbres autóctonas saludables en su alimentación nos recuerda que los países de destino también deben aprender de los inmigrantes: Jones et al (1997) siguieron una cohorte de mujeres inmigrantes hispanoamericanas y detectaron una menor incidencia de cáncer de mama con respecto a la población general.

Merecen destacarse algunos hechos socio-culturales que condicionan la calidad dietética de la alimentación de los inmigrantes y que son coherentes con los resultados del presente estudio: por un lado, sus modestos recursos económicos les obligan a realizar una alimentación a base de productos naturales, evitando el abuso de los productos industriales, perjudiciales realmente para la salud. Por otro lado, las creencias religiosas no sólo suponen la limitación de ciertos alimentos tabú, sino el hecho de que muchos hijos de inmigrantes no acudan a comedores escolares por miedo a que no se respeten los preceptos religiosos en materia de alimentación (Montoya et al, 2001). En la población pediátrica, las consecuencias de una dieta desequilibrada devienen problemas de malnutrición, talla baja y obesidad, según un estudio sobre 50 familias inmigrantes llevado a cabo por especialistas del hospital Miguel Servet de Zaragoza (Ros et al, 2005). Todos estos resultados apuntan la necesidad de una intervención nutricional en estos colectivos.

De todas estas conclusiones y perspectivas deducimos que los profesionales de Enfermería y Nutrición podrían ejercer una importante labor al menos en dos líneas: educación nutricional y control epidemiológico. La investigación cualitativa de estos problemas en España sigue siendo escasa, por lo que consideramos necesario ampliar líneas de investigación en este sentido. Finalmente, suscribimos la necesidad que destaca Fernández Molina (2006) de que los profesionales de la salud adquieran competencia cultural para lograr no sólo un mejor servicio a la población inmigrante, sino también para eliminar las desigualdades en salud de grupos étnicos diversos.

AGRADECIMIENTOS

A Miguel Ángel Tortosa Romero, M^a Dolores Vilchez García, Manuel Ferrández Ferrández y Vanesa Lorca Barchín, por su participación en el procesamiento de datos recabados en esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Casares J.(2005). Los hábitos de compra de los inmigrantes españoles. Distribución y Consumo 5. Marzo-abril.
- Censo de población de los Excmo. Ayuntamientos de Elda, Petrer, Pinoso, Novelda, Villena, Monóver y Asp.
- Desai ID, Doell AM, Officiati SA, Bianco AM, Van Severen Y, Desai MI, Jansen E, de Oliveira JE (1990). Nutritional needs assessment of rural agricultural migrants of southern Brazil: designing, implementing and evaluating a nutrition education program. *World Rev Nutr Diet*, 61: 64-131.
- Edmonds VM (2005). The nutritional patterns of recently immigrated Honduran women. *J Transcult Nurs*. Jul; 16 (3): 226-235.
- Fernández Molina M (2006). Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la enfermería transcultural. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad valenciana.
- Ferreira SR, Lerario DD, Gimeno SG, Sanudo A, Franco LJ (2002). Obesity and central adiposity in japanese inmigrants: role of the western dietary pattern. *J Epidemiol*, Nov; 12 (6): 431-438.
- Fuertes C, Martín Laso M. A.(2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 29-supl 1: 9-26.
- Guerrero A, Colomina J (2004). Población inmigrante y enfermedades infecciosas. *Rev Esp Salud Pública*, 78: 565-570.
- Harrison GG, Kagawa-Singer M, Foerster SB, Lee H, Pham Kim L, Nguyen TU, Fernández-Ami A, Quinn V, Bal DG (2005). Seizing the moment: California's opportunity to prevent nutrition-related health disparities in low-income Asian American population. *Cancer*, Dec 15; 104 (supl. 12): 2962-8.
- Heald AH et al. (2005) Dietary intake and the insulin-like growth factor system: effects of migration in two related populations in India and Britain with markedly different dietary intake. *Public Health Nutr*, Sep; 8 (6): 620-627.
- Instituto de Salud Pública de Madrid, (2003). Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (2007) Datos sobre Inmigración. Disponible en <http://www.ine.es> [última consulta: 25-05-2007].
- Jones LA et al (1997). Dietary fiber, Hispanics and breast cancer risk? *Ann N Y Acad Sci*, Dec 26; 837: 524-536.
- Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, Trichopoulos A, Polychronopoulos E, Trichopoulos D. (1996). Health and nutritional status of elderly Greek migrants to Melbourne, Australia. *Age Ageing*, May; 25 (3): 177-189.
- Meneen LI et al (2001). Habitual diet for populations of African origin: a descriptive paper on nutrient intakes in rural and urban Cameroon, Jamaica and Caribbean migrants in Britain. *Public Health Nutr*, Jun; 4 (3): 765-772.
- Ministerio de Agricultura, pesca y alimentación (2004). Hábitos alimentarios de los inmigrantes en España.
- Montoya PP, Torres AM, Torija ME (2001). La alimentación de los inmigrantes marroquíes de la Comunidad de Madrid: factores que influyen en la selección de los alimentos. *Atención Primaria* 27:264-270.
- Papadaki A, Scott JA (2002). The impact on eating habits of temporary translocation from a mediterranea to a Northern European environment. *Eur J Clin Nutr*, 56 (5): 455-461.
- Pardo G, Engel JL, Agudo S.(2007). Factores condicionantes de salud en población inmigrante procedente de África subsahariana. *Semergen*; 33(1):3-8.
- Patel JV et al (2006). Impact of migration on coronary Heart disease risk factors: comparison of Gujaratis in Britain and their contemporaries in villages of origin in India. *Atherosclerosis*, Apr; 185 (2): 297-306.
- Ros Arnal I, et al (2005). Análisis de la alimentación complementaria en inmigrantes en nuestro medio. XII Congreso de la SEGHN. Zaragoza. Comunicación.
- Ros Arnal I, et al (2005). Hábitos alimentarios de niños y adolescentes inmigrantes. XII Congreso de la SEGHN. Zaragoza. Comunicación.
- Satia-Abouta J, Patterson RE, Neuhous ML, Elder J (2002). Dietary acculturation: applications to nutrition research and dietetics. *J Am Diet Assoc*, Aug; 102 (8): 1105-1118.
- Shahar D, Shai I, Vardi H, Brener-Azrad A, Fraser D. (2003). Development of a semi-quantitative food frequency questionnaire (FFQ) to assess dietary intake of multiethnic populations. *Eur J Epidemiol*, 18 (9): 855-861.
- Sharma S et al (1996). Development of food frequency questionnaires in three population samples of African origin from Cameroon, Jamaica and Caribbean migrants to the UK. *Eur J Clin Nutr*, Jul; 50 (7): 479-486.
- Skreblin L, Sujoldic A. (2003) Acculturation process and its effects on dietary habits, nutritional behavior and body-image in adolescents. *Coll Antropol*. Dec; 27 (2): 469-477.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2001). Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de Atención Primaria. Barcelona: semFYC. Disponible en <http://www.semfyces.es>. [última consulta: 25-05-2007].