

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIOCULTURALES DE UNA MUESTRA DE MIGRANTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO DEL CSM PUENTE VALLECAS

Jáñez-Álvarez, M.^a; García-Laredo, E.^b; Álvarez-Cotoli, P.^a; Sánchez-Peña, J. F.^a

a. Centro de Salud Mental Puente de Vallecas. Madrid
b. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional a Distancia. Madrid.

INTRODUCCIÓN: En la etiopatogenia de las adicciones en inmigración destacan sobre todo factores sociales y psicológicos derivados del proceso de adaptación cultural. El reto de la asimilación de roles de género distintos, la falta de valoración de cualificación profesional y la integración de los nuevos modelos sociales, suponen un estrés adaptativo (1, 2).

MATERIAL Y MÉTODO: El objetivo de este trabajo es analizar las variables sociodemográficas de pacientes alcohólicos migrantes del Programa de Alcoholismo (PA) del Centro de Salud Mental (CSM) Puente Vallecas, en seguimiento durante 1 año tras iniciar el PA. Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo de seguimiento de 388 pacientes migrantes en el PA en seguimiento cada 3 meses. Tras muestreo consecutivo desde 2000 a 2016, se realizó entrevista estructurada (3) para detectar variables sociodemográficas y clínicas. Una vez iniciados los grupos, se realizó registro de la evolución (*abstinencia, recaída o abandono*). Una vez analizadas las características socioculturales, valoramos su relación con la evolución en PA empleando el programa SPSS versión 24.

RESULTADOS: Edad media de 43 años ($Sx=11,56$. El más joven tiene 18 años y el mayor 74). Predominan los varones (73 %), casados (50 %) o solteros (24%), con estudios primarios (40%) o básicos (30%) y en situación laboral activa (47%) o desempleo (25%). El 55% son de origen americano, el 33 % europeo, el 1 % asiáticos y el 11 % africanos; siendo de cultura árabe el 11,6%.

Presentamos a continuación varias figuras que resumen la distribución de estas variables sociales:

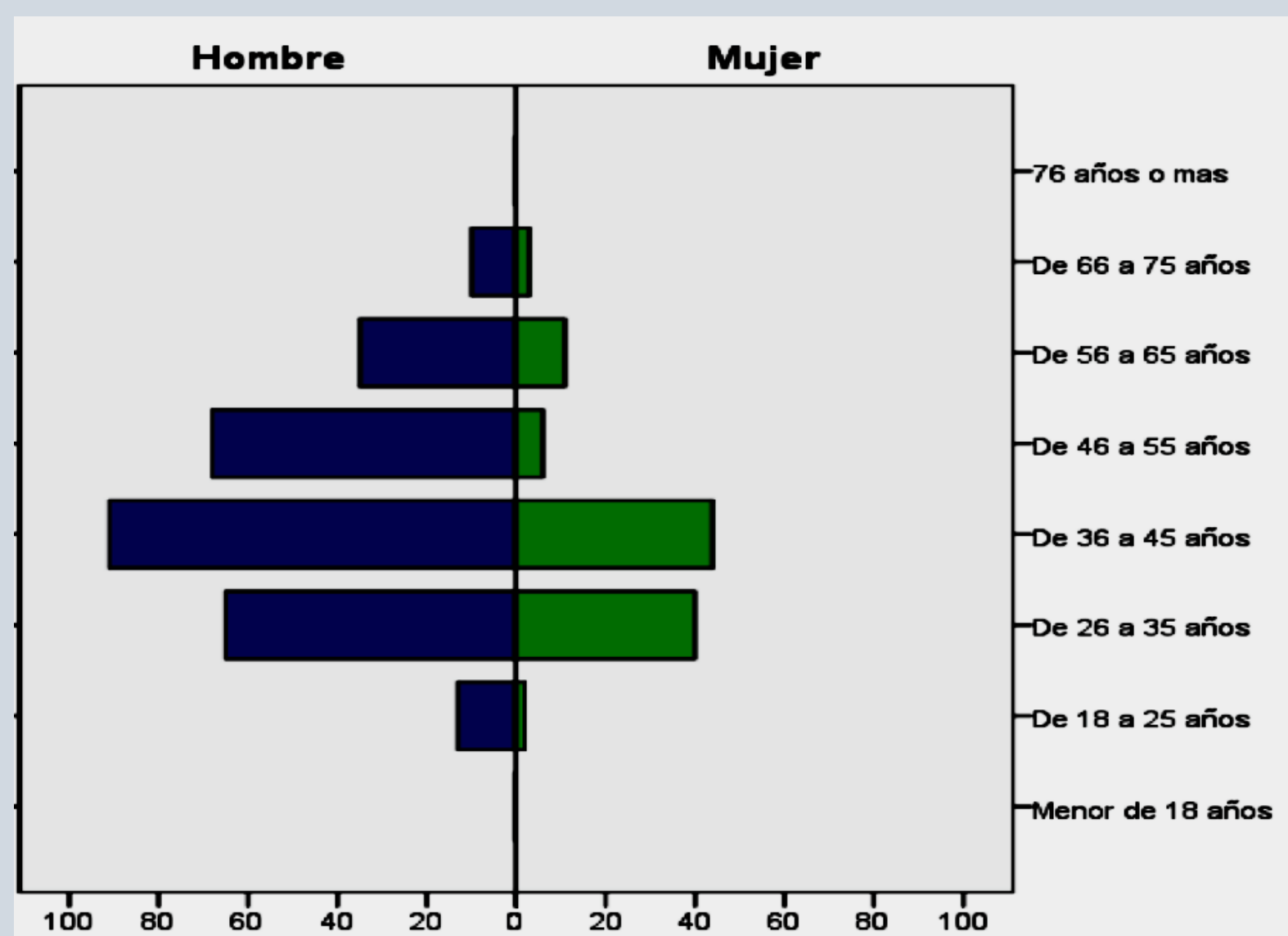


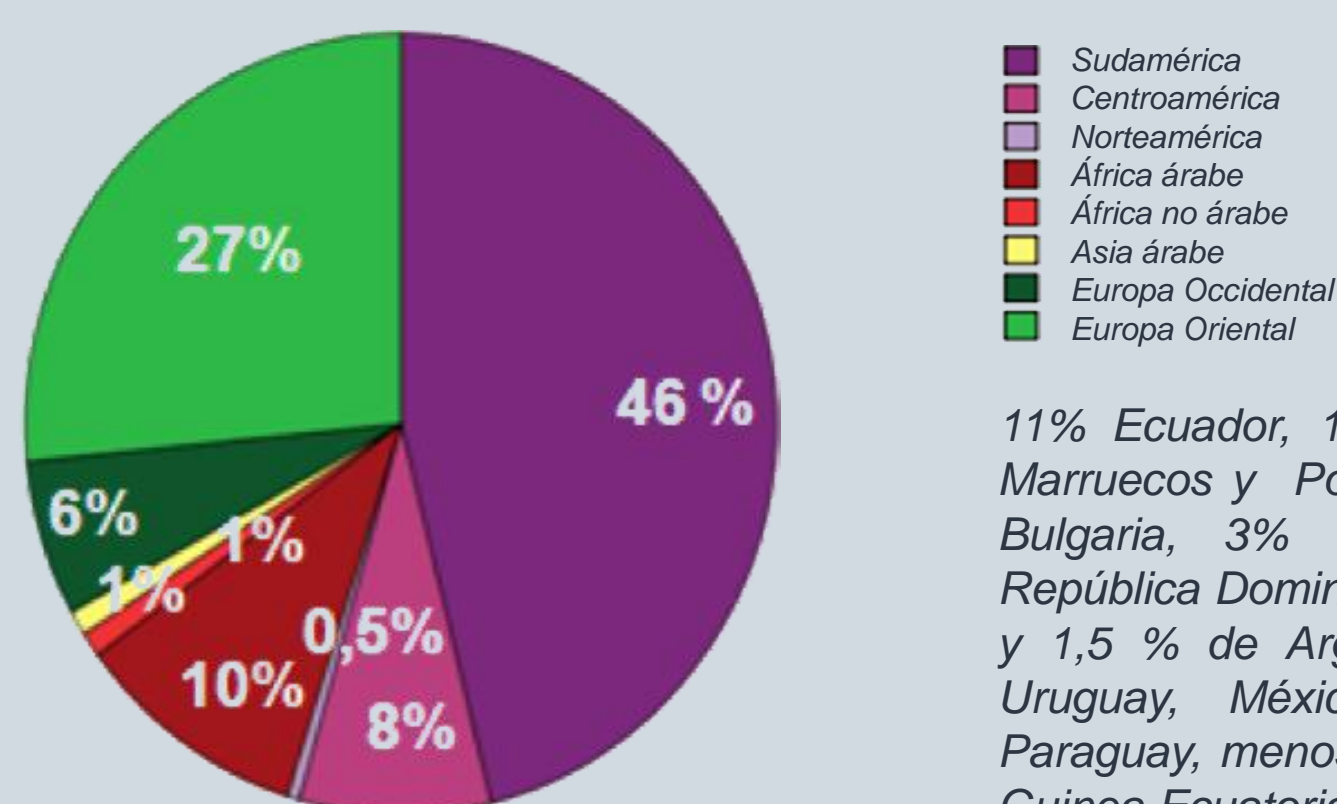
Fig 1. Distribución de edad de los migrantes en PA.

Siendo la media de llegada a España de 30 ($Sx=8,4$) (mínimo 12 y máximo 49) y la media de inicio del consumo 16 años ($Sx=6,8$), su mínimo 11 y máximo 49.

Tabla 1. Resumen antecedentes sociales

Antecedentes	En el momento en que consultan
SOCIO-FAMILIARES	86% discusiones familiares/ 60% situación de crisis por separación/ 25% separado/ 39 % de los casos existe situación de violencia física (puntuaciones más altas en la población de Sudamérica y Este de Europa).
LABORALES	55% bajo rendimiento laboral/ 40% amonestaciones/ 35% despidos y bajas.
PROBLEMAS SOCIALES	47% ha sufrido agresiones asociadas al consumo/ 46% ha dormido en la calle tras intoxicación/ 77% ha sido llevado a casa por terceros/ 19% ha realizado delitos intoxicado, que han causado un 17% de encarcelamientos/ 30% reconoce estar en situación de aislamiento agravada por el consumo.

El 72% inicia consumo en país natal (salvo los de origen árabe, que en un 89% refiere primera embriaguez en España). Se muestra a continuación distribución según continente de origen:



11% Ecuador, 10% Perú, 7% Rumanía, 6% Marruecos y Polonia, 5 % Bolivia, 4% Chile y Bulgaria, 3% Ucrania, Cuba, Colombia y República Dominicana, 2,5 % Argentina, entre 2 y 1,5 % de Argelia, Italia, Francia, Portugal, Uruguay, México, Venezuela, Honduras y Paraguay, menos de 1 % Egipto, Líbano, Siria, Guinea Ecuatorial y Palestina.

Fig. 2. Diagrama de zona de procedencia.

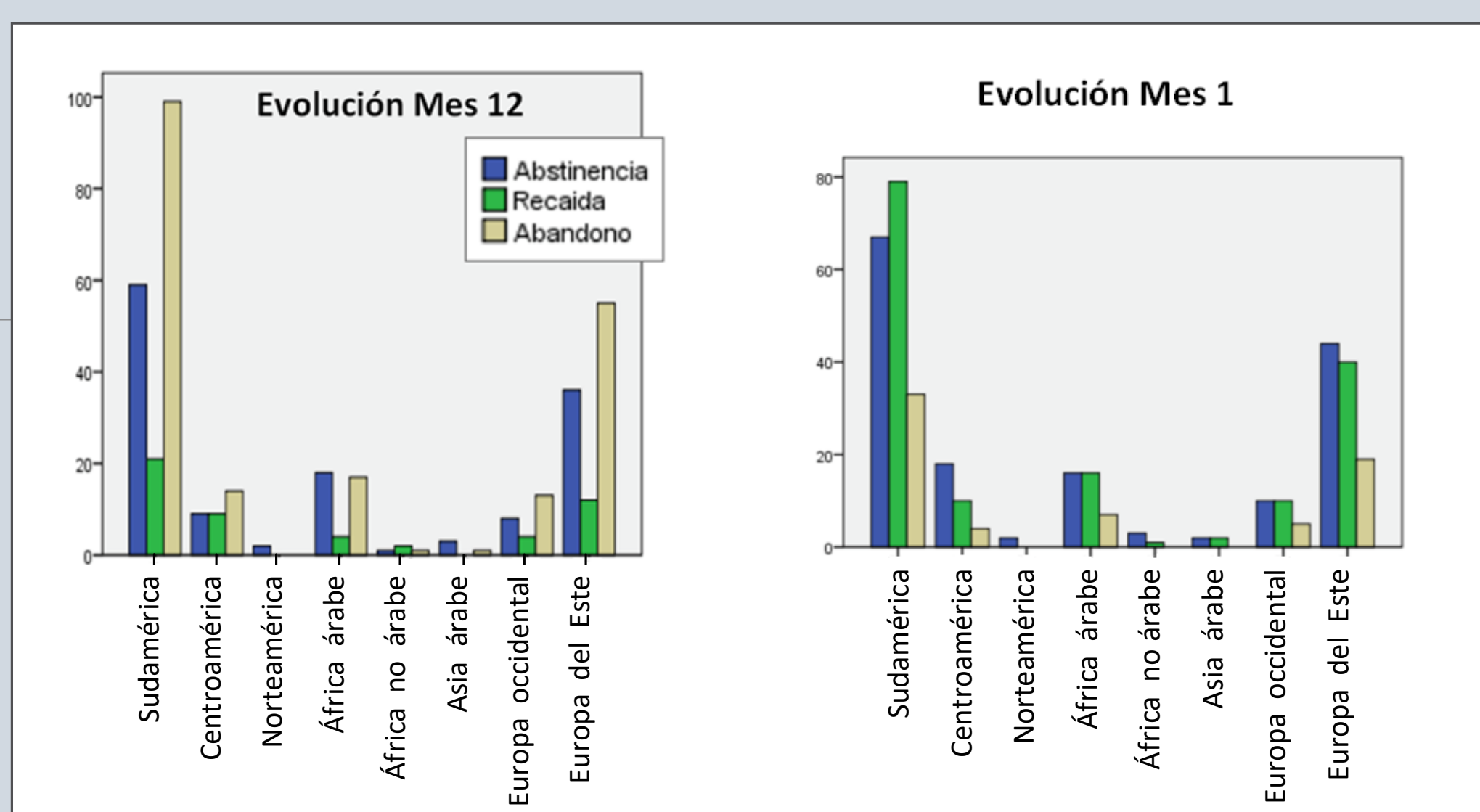


Fig.3. Patrón de respuestas al PA (abandono, recaída, abstinencia): evolución del mes 1 al 12 según origen.

CONCLUSIONES: Los migrantes de este PA son una muestra con características y necesidades heterogéneas, en la que los factores precipitantes se confunden con los resultantes del consumo. La muestra que más consulta por problemas de alcohol en el CSM Puente de Vallecas es la sudamericana (sobre todo de Ecuador, Perú y Bolivia), seguida de europeos del este (de Rumanía y Polonia) y norteafricanos (de Marruecos). En el análisis exploratorio de la evolución de estos pacientes sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas asociadas a *edad*, no tanto a las variables *origen* y *sexo*. La tasa más alta de abandono es la de países de Sudamérica. Dados los resultados y la mala adherencia de este subgrupo al programa (4), sería preciso adaptar este dispositivo a estas particularidades muestrales y disponer de programas preventivos específicos implementados desde recursos comunitarios.

BIBLIOGRAFÍA:

- Forcada, R., Ferrer, M.J., Ochando, B., & del Arco, M.J., (2008). Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española. *Rev Española Drogodependencias*, 31 (1), 168-179.
- Zhang, X. *et al.* (2016). Substance Use Across Different Phases of the Migration Process: A survey of Mexican Migrants Flows. *J. Inmigr. Minor. Health*, 1-20.
- Sánchez, J.F., & Olmeda, M.S. (2003). Entrevista de Valoración de Alcoholismo en Salud Mental. *Anales Psiquiatría*, 19 (9), 9-14.
- García-Laredo, E., Jáñez-Álvarez, M., Álvarez-Cotoli, P., & Sánchez-Peña, J.F. (*en prensa*). Comparación de respuesta de pacientes migrantes y españoles al Programa del Alcoholismo (CSM Puente Vallecas). En: *XX Congreso Virtual en Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*. Interpsiquis