

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I
TRACTAMENT PSICOLÒGICS

FACTORES ASOCIADOS CON LA DISMINUCIÓN,
AUMENTO Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE
ALCOHOL PERJUDICIAL O DE RIESGO EN INMIGRANTES
LATINOAMERICANOS RESIDIENDO EN LA COMUNIDAD
VALENCIANA.

CLAUDIA CRISTINA MORALES MANRIQUE

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2010

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 8 de juliol de 2010 davant un tribunal format per:

- Dr. José Miñarro López
- Dr. Rafael Alexandre Benavent
- Dr. Francisco Jesús Bueno Cañigral
- Dr. Francisco Javier Álvarez González
- Dra. Josefa Gómez Moya

Va ser dirigida per:

Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián

©Copyright: Servei de Publicacions
Claudia Cristina Morales Manrique

Dipòsit legal: V-3500-2011

I.S.B.N.: 978-84-370-7950-9

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Arts Gràfiques, 13 baix
46010 València
Spain
Telèfon:(0034)963864115

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics



**FACTORES ASOCIADOS CON LA DISMINUCIÓN,
AUMENTO Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE
ALCOHOL PERJUDICIAL O DE RIESGO EN
INMIGRANTES LATINOAMERICANOS RESIDIENDO
EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.**

TESIS DOCTORAL

Presentada por: Claudia Cristina Morales Manrique.

Dirigida por: Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián.

Valencia, Mayo de 2010

AGRADECIMIENTOS

A mi padre (Carlos), por ser luz en mi vida y guía en mi camino, desde que nací hasta el presente. Mami (Ingrid), gracias por tu entusiasmo por la vida, y haber sido también guía en mi camino. De tí aprendí y de papi a ver las cosas positivas de la vida. Los amo. A Kunta (Carlos), Caro (Ingrid Carolina) y Diana, doy gracias a la vida por tenerlos como hermanos; Caro, gracias por ayudarme en la fase final del trabajo. Los amo a todos.

A mis angeles: Carlos, Javier, Samantha y Elena; enternecen mi vida, y me hacen la tía más dichosa. A Celita y Goico (mis cuñados), gracias por ser también como unos hermanos.

A Juan Carlos Valderrama Zurián, quien ha sido mi mentor durante todos estos años en mi carrera de investigación; gracias por la profesionalidad, unida a la amistad y familiaridad; sin tí mi historia en Valencia hubiera sido muy diferente. Rafael Aleixandre, gracias también por estar allí, con tu cariño y profesionalidad en mi sitio de trabajo; de tí también he aprendido y observado tanto sobre los valores humanos. Francisco Bueno, gracias por tu presencia durante estos últimos meses, y decirme la metáfora del “invento de la pólvora”; me inspiraste a culminar de forma más rápida el trabajo. Los aprecio mucho.

A mis compañeros de trabajo, “Familia Palacio Cerveró”, gracias por ser como una segunda familia para mí. Más paz, armonía y familiaridad no puede haber en un sitio de trabajo. Y de nuevo gracias a Juan Carlos y Rafael, por haber contribuido a ello. Me he sentido con mucha suerte de trabajar con ustedes.

Al Dr. Antonio Capafons, gracias por ser un amigo y tutor de esta tesis; y un gran profesor durante mi curso de doctorado; aprendí mucho de tí. Y Amparo Bonilla, que siempre me mostraste una disponibilidad y calidez humana inolvidable.

A mis compañeros de piso, que me proporcionaron la tranquilidad y armonía que era necesario que viviera en mi hogar aquí en Valencia. Y a mis queridos amigos/as, extranjeros y no extranjeros que residen en Valencia; gracias por los momentos felices.

Finalmente, a la ciudad de Valencia, con su brisa, sus parques, y su mar. Y especialmente a la calle Guardia Civil, con su luz, sus árboles, sus niños jugando y perros paseando; me proporcionó tanta tranquilidad y alegría cuando necesitaba tener un descanso mientras realizaba este trabajo.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.	7
II. MARCO TEÓRICO.	9
CAPITULO 1: CONSUMO DE ALCOHOL: PROBLEMAS ASOCIADOS Y FACTORES DE RIESGO.	11
1.1 Consumo abusivo o dependencia al alcohol, y consumo de riesgo. Definición.	11
1.2 El consumo de alcohol en España.	13
1.3 Problemas derivados o asociados al consumo de alcohol.	14
1.4 El proceso de cambio de la conducta adictiva.	15
1.5 Factores de riesgo o protectores para el consumo de alcohol.	22
1.6 Factores asociados a la reducción del consumo de alcohol y otras sustancias.	26
CAPITULO 2: LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA Y PROCESOS RELACIONADOS CON LA INMIGRACIÓN.	29
2.1 Cifras y datos de la inmigración en España.	29
2.2 Procesos relacionados con la inmigración.	30
CAPÍTULO 3: INMIGRANTES LATINOAMERICANOS Y CONSUMO DE SUSTANCIAS: FACTORES DE RIESGO.	37
3.1 Factores culturales.	38
3.2 Factores sociodemográficos.	44
3.3 Factores individuales/subjetivos.	46
3.4 Factores interpersonales/sociales.	49
3.5 Factores ambientales o contextuales.	53
CAPÍTULO 4: JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.	55
III MARCO METODOLÓGICO.	57
CAPÍTULO 1: OBJETIVOS E HIPÓTESIS.	59

1.1 Objetivo general.	59
1.2 Objetivos específicos.	59
1.3 Hipótesis.	60
CAPÍTULO 2: PROCEDIMIENTO.	61
CAPÍTULO 3: INSTRUMENTOS.	63
CAPÍTULO 4: MUESTRA.	65
4.1 Muestra considerada para los análisis cuantitativos.	65
4.2 Muestra de entrevistados personalmente.	65
CAPÍTULO 5: ANALISIS DE LOS DATOS.	67
5.1 Análisis cuantitativo.	67
5.2 Análisis cualitativo.	69
IV. RESULTADOS	71
CAPÍTULO 1: RESULTADOS CUANTITATIVOS.	73
1.1 Análisis descriptivo de indicadores de satisfacción y adaptación en España, y percepción de discriminación o trato injusto.	73
1.2 Consumo de alcohol.	73
1.3 Consumo de tabaco y otras sustancias.	83
CAPÍTULO 2: RESULTADOS DE ANÁLISIS CUALITATIVO.	87
2.1 Datos sociodemográficos y de consumo de los entrevistados.	87
2.2 Categorías emergentes de las entrevistas.	88
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	163
CAPÍTULO 1: FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO.	165
1.1 Factores protectores.	165
1.1 Factores de riesgo.	177

CAPÍTULO 2: MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS.	187
CAPÍTULO 3: LA ASISTENCIA SANITARIA EN LATINOAMERICANOS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA AL ALCOHOL.	195
CAPÍTULO 4: PROPUESTAS EN EL ÁMBITO PREVENTIVO Y ASISTENCIAL.	199
CAPÍTULO 5: LIMITACIONES, Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	201
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES.	205
VI. ANEXOS.	207
ANEXO 1: GUIÓN PARA EL PRIMER CONTACTO TELEFÓNICO.	209
ANEXO 2: CUESTIONARIO INICIAL.	211
ANEXO 3: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT).	212
ANEXO 4: GUIÓN DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.	213
ANEXO 5: TABLAS.	220
VII. BIBLIOGRAFIA.	273

I. INTRODUCCIÓN

El estudio tiene como objetivo principal explorar los factores individuales, interpersonales y ambientales asociados con la reducción, aumento o mantenimiento del consumo de alcohol en la población inmigrante latinoamericana residente en la Ciudad de Valencia, en España. Específicamente, se determinan factores de riesgo o protectores para el consumo de alcohol perjudicial medido con el *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* (Saunders et al., 1993), y aquellos relacionados con el cambio en el consumo de alcohol (aumento, reducción), y mantenimiento del tipo de consumo (perjudicial, no perjudicial y abstinencia). Es un estudio con diseño longitudinal de dos años, en donde 113 inmigrantes latinoamericanos han sido entrevistados a través de llamada telefónica, y 27 de ellos entrevistados personalmente con una entrevista semi-estructurada. Se utiliza metodología cualitativa y cuantitativa en los análisis de los datos. En los apartados de resultados y discusión de resultados, se especifican los factores pronósticos -de riesgo o protección- para el consumo de alcohol perjudicial, y para el cambio o mantenimiento en el tipo de consumo posterior a los dos años. Adicionalmente, se exponen opiniones y sugerencias por parte de los entrevistados de medidas o programas efectivos para la prevención o reducción del consumo de alcohol y otras drogas ilegales -tanto en población inmigrante latinoamericana como en población general- y sobre la facilidad para solicitar o asistir a tratamiento por consumo de alcohol perjudicial o alcoholismo. En base a los resultados obtenidos, se realizan propuestas de estrategias para la prevención y asistencia que son sensibles culturalmente y adaptadas al contexto español; y propuestas de estudios relevantes a realizar en esta área. En los apéndices se exponen las tablas de los resultados de los análisis cuantitativos y cualitativos realizados, y los instrumentos de recolección de datos utilizados.



II. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1
CONSUMO DE ALCOHOL: PROBLEMAS ASOCIADOS Y FACTORES
DE RIESGO.

1.1 CONSUMO ABUSIVO O DEPENDENCIA AL ALCOHOL, Y CONSUMO DE RIESGO. DEFINICIÓN.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión cuatro revisada (DSM-IV-TR), de la American Psychiatric Association (1994), dentro del apartado de los Trastornos relacionados con sustancias, señala criterios para el diagnóstico de abuso de sustancias (**cuadro 1**), para la dependencia a sustancias (**cuadro 2**), y se especifica la categorización para el Abuso de alcohol (*F10.1*) y la Dependencia de alcohol (*F10.2x*). Según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades -CIE 10, publicada por la Organización Mundial de la Salud (1992), entre los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol (F10), tenemos el *Consumo perjudicial* y el *Síndrome de Dependencia* (que serían los equivalentes al Abuso de sustancias, y Dependencia de sustancias del DSM-IV).

El *consumo perjudicial de alcohol*, en líneas generales, se define como aquel consumo que conlleva consecuencias para la salud física y mental, y que también puede incluir consecuencias sociales entre los daños causados por el consumo (Babor, Campbell, Room, & Saunders, 1994; World Health Organization, 1992). La *dependencia al alcohol*, se define como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol, y que típicamente incluyen un deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo aún cuando existen consecuencias perjudiciales, prioridad del consumo ante actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol, y abstinencia física cuando se interrumpe el consumo (World Health Organization, 1992).

Recientemente se ha documentado la necesidad de incluir una nueva categoría diagnóstica complementaria, a saber: el “consumo de riesgo” o “hazardous drinking”, que excluiría a los dependientes al alcohol y los que tienen consumo abusivo (consumo

perjudicial de alcohol), refiriéndose que es oportuna su inclusión dado que es bien conocido el efecto de la intervención breve en «consumidores de riesgo» (Álvarez, 2008; Halme et al., 2008; Rodríguez-Martos & Rosón, 2008). Se define el *consumo de riesgo* como un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas, tanto para el bebedor como para las personas del entorno social del bebedor; teniendo el consumo de riesgo importantes repercusiones en la salud pública, aún cuando el individuo no haya experimentado ningún trastorno (Babor et al., 1994; Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001).

Cuadro 1: Criterios de Abuso de sustancias del DSM-IV-TR.

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en la casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil u operar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Cuadro 2: Criterios de Dependencia de sustancias del DSM-IV-TR.

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
- (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

1.2 EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA.

España es uno de los países donde el consumo de alcohol y los problemas asociados a ello adquieren una gran importancia, no solo por el alto nivel de producción de algunos tipos de bebidas alcohólicas (tercer país en producción mundial de vino, y el décimo en producción de cerveza), sino también por la elevada prevalencia de su consumo, y el amplio arraigo social que este hábito tiene en la comunidad (World Health Organization, 2008; Robledo, 2002).

Los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España 2007/08, en población de 15-64 años de edad, residente en hogares familiares (Observatorio Español sobre Drogas, 2008), muestra que el consumo de alcohol es casi universal en la

sociedad española: 88% de la población lo ha tomado alguna vez; 72.9% lo ha hecho algún día durante el último año; 60% en algún día durante el último mes, y 10.2% a diario durante el último mes. Y respecto a los consumos intensivos (excesivos), 19.1% refirió haberse emborrachado en alguna ocasión durante los últimos doce meses, y un 12.6% haber ingerido 5 o más copas/vasos en la misma ocasión, en un plazo de un par de horas, durante los últimos 30 días. Se muestra una prevalencia de 3.4% de “bebedores de riesgo”.

1.3 PROBLEMAS DERIVADOS O ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.

Existe diversidad de problemas asociados al consumo de alcohol, con repercusiones negativas tanto para el consumidor -a nivel físico o mental- como para el entorno social del mismo. Se asocia con una variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como con múltiples problemas legales (Anderson, Cremona, Paton, Turner, & Wallace, 1993; Edwards et al., 1994; World Health Organization, 1980). Aún cuando las consecuencias médicas tienden a estar concentradas en personas con una dependencia grave, incluso el consumo en el margen de 20-40 gramos al día de alcohol puro es un factor de riesgo para los accidentes, las lesiones y múltiples problemas sociales (Anderson et al., 1993; Edwards et al., 1994).

Existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol, y la frecuencia y gravedad de numerosas enfermedades. A mayores niveles de consumo corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas de cirrosis hepática, úlcera, determinados cánceres (ej. de pecho, garganta, boca, esófago, laringe), insuficiencia cardíaca, debilidad del músculo cardíaco, y anemia. En las mujeres, el riesgo a tener bebés con malformaciones, bajo peso al nacer y retraso mental; y en los hombres pérdida de la potencia sexual. A nivel cognitivo o de salud mental, se encuentra asociado con conductas agresivas, conducta irracional, violencia, depresión, nerviosismo, y pérdida de la memoria (Anderson et al., 1993; Edwards et al., 1994; Leifman & Romelsjö, 1997; Smart, Mann, & Suurvali, 1998).

La probabilidad de sufrir problemas familiares se incrementa con la cantidad de alcohol consumida y con la frecuencia de intoxicaciones ; y el consumo de bebidas alcohólicas tiene una implicación importante en diversos problemas sociales, como son accidentes de tráfico, crímenes violentos, violencia doméstica, abuso de niños y abandono escolar (Arellano, Chavez, & Deffenbacher, 1998; Caetano, Ramisetty-Mikler, Caetano Vaeth, & Harris, 2007; National Institutes of Health, 1994; Observatorio Español sobre Drogas, 2004). Del mismo modo, es uno de los factores de riesgo más importantes de minusvalía a escala mundial, siendo gran parte de las discapacidades atribuidas al alcohol debidas tanto a lesiones intencionadas como no intencionadas (Rehm et al., 2003).

Otro elemento asociado al consumo de alcohol, y no menos relevante de señalar, es el hecho de que la mayoría de los estudios muestran que los individuos que alguna vez han utilizado sustancias ilícitas han seguido un patrón típico de consumo, donde el uso del alcohol o tabaco es “la puerta de entrada” para el uso o dependencia de sustancias ilegales (Kandel, 2002).

1.4. EL PROCESO DE CAMBIO DE LA CONDUCTA ADICTIVA.

Actualmente, un tema de gran debate y que requiere investigación adicional en el área de drogodependencia es el referente a un modelo explicativo y predictivo del cambio de la conducta adictiva. El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, del National Institute of Health de los Estados Unidos, en una comunicación sobre los avances recientes en la comprensión y tratamiento de los trastornos por abuso de alcohol, ha enfatizado la necesidad de investigar el proceso de cambio en pacientes que asisten a tratamiento por adicción, debido a que los hallazgos encontrados hasta los momentos muestran que todas las aproximaciones de tratamiento parecen igualmente efectivas. Adicionalmente, indican que las intervenciones breves parecen ser tan buenas como las más extensas para la mayoría de los pacientes, además que la mayor parte del cambio ocurre mientras existe una conducta de búsqueda de tratamiento sin importar que intervención es utilizada (Willenbring, 1995).

El modelo explicativo y más utilizado internacionalmente en el área de adicción es el Transtheoretical Model of Change (TM) –conocido como Stages of Change Model (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska, DiClemente, Velicer, Ginpil, & Norcross, 1985; Prochaska & Prochaska, 1999; Prochaska & Velicer, 1997). Sin embargo, se debate activamente su validez. Una de las principales críticas realizadas es que el modelo se enfoca en procesos de decisión y planificación conscientes, y deja de prestar atención sobre otros factores que son conocidos como importantes en la motivación humana. En esta línea, se ha referido la conveniencia de la creación de un modelo que describa cómo las personas pueden cambiar con aparente rapidez, aún en presencia de pequeños estímulos detonadores de respuesta; que vaya más allá de un simple modelo de toma de decisión conductual y que produzca verdadero “insight” (toma de conciencia). Un modelo de cambio que pueda describir qué circunstancias existen para que los deseos y creencias relacionadas con el cambio puedan emerger; y cómo los deseos y valores se forman y cambian (West, 2005).

Considerando las deficiencias del TM, se publica una “Teoría de la Adicción”(West, 2006), que el autor lo describe como una teoría sintética, y que logra el objetivo de incorporar elementos de otras teorías e intenta responder a las principales preguntas que según West deben ser respondidas por una teoría de la adicción. Sin embargo, es necesario confirmación o aportación teórica con otros estudios.

1.4.1 Teoría de la Adicción.

Se resumen a continuación algunos postulados de la Teoría de la Adicción (West, 2006), que define lo que es la conducta adictiva y los procesos relacionados con su inicio, mantenimiento y cambio, y que son oportunos presentar como marco teórico para el presente estudio.

- La adicción puede ser vista como una condición crónica del sistema motivacional en donde la conducta de búsqueda de recompensa se ha vuelto “fuera de control”.

- Las patologías subyacentes a la adicción incluye tres tipos principales de anormalidad: i) Anormalidades en el sistema motivacional del individuo que existe independientemente de la conducta adictiva, tal como es la propensión a la ansiedad,

depresión o impulsividad; ii) Anormalidades en el sistema motivacional que provienen de la conducta adictiva en sí misma; y iii) Anormalidades en el ambiente social y físico del individuo, tal como es la presencia de una fuerte presión social o de otro tipo, para comprometerse en la actividad.

- Diferentes condiciones ambientales son más o menos conducentes a desarrollar o mantener las conductas adictivas. Variables críticas son: la magnitud de oportunidades para comprometerse en la actividad, el precio de la actividad, otras sanciones y premios relacionados con la actividad, estresores ambientales, oportunidades para lograr objetivos personales de otra manera, y normas sociales y macroculturales acerca de la actividad (Vuchinich & Heather, 2003).

- Si cualquier actividad es vista como normal dentro del grupo social con el cual la persona se identifica, ese grupo social inmediato tenderá a ser más influyente que la sociedad más extensa.

- La escasez de oportunidades de otras fuentes de bienestar desequilibrarán al sistema motivacional hacia cualquier recompensa que esté disponible, incluyendo fuentes confiables de recompensa tales como las drogas adictivas.

- Las condiciones ambientales que crean malestar promocionarán conductas adictivas que proporcionan escape, o reducen los recursos mentales disponibles para el ejercicio del autocontrol.

- Las condiciones que reducen el sentimiento de auto-valía promoverán la adicción. También promoverá formas de comprometerse en conductas adictivas que son más dañinas (tales como el intercambio de jeringuillas).

- La iniciación de una conducta que tiene potencial adictivo, y la transición de una conducta no adictiva a una adictiva, es más probable en individuos que experimentan eventos adversos tales como la ruptura de una relación o la pérdida de un trabajo de forma involuntaria (Gorelick, 1992).

- El desarrollo de la adicción sigue un *patrón caótico*, donde en algunos casos, un evento que en el momento puede parecer insignificante, puede inducir al individuo hacia un tipo de consumo en particular, o establecer una susceptibilidad en donde otros estímulos son necesarios para que el patrón de conducta se desarrolle. La trayectoria particular dependerá en una multitud de factores y oportunidad de eventos.

- Los intentos para superar las conductas adictivas varían ampliamente. Estos intentos son frecuentemente incitados por la experiencia de efectos dañinos o miedo de efectos dañinos de la actividad o consumo en el futuro (Hanninen & Koski-Jannes, 1999), o por otros diversos factores, entre ellos que nuevas circunstancias hagan que la conducta sea menos atractiva o necesaria, o sea incompatible con otras conductas. La presión social y cambio en el auto-concepto pueden ser también incitadores para los intentos de restricción del consumo. Sin embargo, es raro que los intentos de superar la adicción se hagan efectivos la primera vez (Lader & Goddard, 2004).

- La transición del estado de adicto a no adicto varía ampliamente. En algunos casos involucra una no muy clara decisión y un proceso más o menos al azar, que involucra un intento de reducir o controlar la actividad, o de abstenerse del consumo; y en otras ocasiones, un evento puede inducir una firme decisión de cambiar, y hace que se implemente inmediatamente esta decisión sin que haya existido ninguna planificación (Larabie, 2005).

- Una vez que el intento de controlar o parar una actividad es más o menos definitiva, su progreso es también sujeto a una amplia variación. En una pequeña minoría de los casos la actividad cesa y no vuelve a ocurrir después, al menos por varios meses o años; o sucede que hay lapsos de abstinencia que son seguidos después de mucho tiempo por la reanudación de la conducta adictiva (Marlatt, 1996).

- La prevalencia de las adicciones es reducida por medidas de la población que reducen la oportunidad de su consumo o el consumo continuado de ellas, o que incrementan su costo a nivel financiero y social, entre otros (Grossman, Chaloupka, & Shim, 2002; Jamrozik, 2004). Sin embargo, la magnitud del efecto de estas medidas varía ampliamente.

1.4.2 Teoría Sintética de la Motivación.

Dado que la Teoría de la Adicción de West (West, 2006) reconoce que la adicción puede involucrar cualquiera o todos los aspectos del sistema motivacional, y como señala el autor “la teoría de la adicción es en sí una teoría de la motivación y de cómo el sistema motivacional está distorsionado en el caso de la adicción”, es por ello necesario

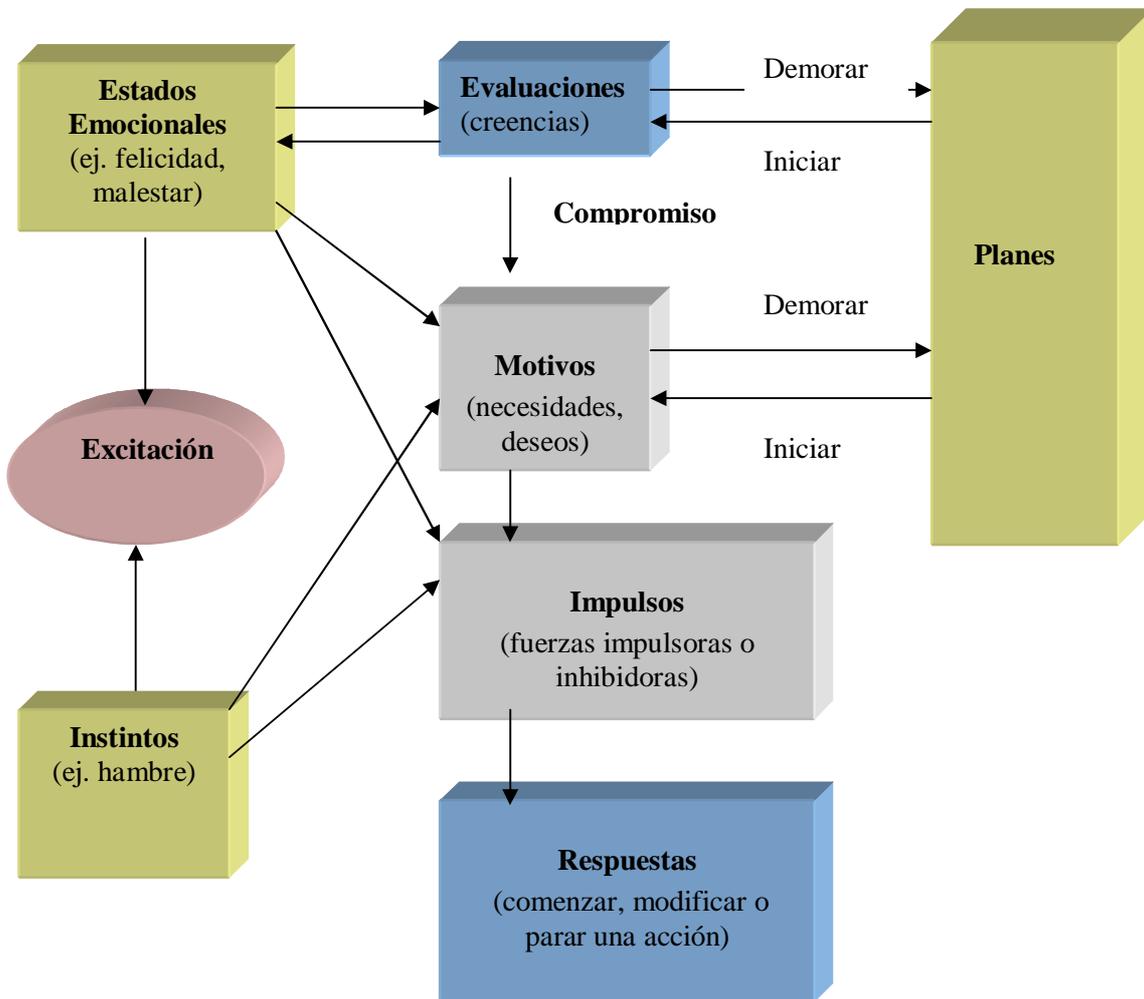
hacer una breve descripción de cómo el autor define el sistema motivacional humano, a través de su Teoría Sintética de la Motivación (West, 2006).

El autor postula que el sistema motivacional humano opera en cinco niveles de complejidad, y cualquiera de estos niveles puede funcionar anormalmente en la adicción. El sistema se ha resumido con el acrónimo P.R.I.M.E, que indica: Planes, Respuestas, Impulsos, Motivos y Evaluaciones.

- P: Planes (representaciones mentales conscientes de futuras acciones, más compromiso).
- R: Respuestas (comenzar, restringir, o modificar acciones).
- I: Impulsos, o fuerzas impulsoras/inhedoras (experimentados conscientemente como impulsos).
- M: Motivos (experimentados conscientemente como deseos).
- E: Evaluaciones (creencias evaluadoras).

El sistema motivacional, que se ha esquematizado en la **figura 1**, muestra que existen determinadas oportunidades para los niveles de influenciarse los unos a otros. Por ejemplo: los “motivos” pueden ejercer influencia en las respuestas a través de los impulsos; y las “evaluaciones” solo pueden influir en las “respuestas” a través de los “motivos” y luego por los “impulsos”. Los “planes” proveen una estructura a nuestras “acciones”, pero solo pueden influenciarlas a través de los “motivos”, y las “evaluaciones” que operan al momento en que van a ser ejecutados los planes. Los estímulos e informaciones que vienen de nuestros sentidos y de nuestra memoria tienen una influencia directa en los cinco niveles de la motivación, y nuestro estado general de excitación similarmente afecta la operación de todo el sistema y de todos sus elementos.

Figura 1: Principales elementos y medios de influencia de la Teoría de la Motivación P.R.I.M.E.



En este estudio, es de particular importancia considerar como es definido los motivos y las evaluaciones dentro de la teoría de la motivación.

1. *Los Motivos:*

- Pueden llegar a ser conscientes debido a factores que llevan a la persona a focalizar su atención en ellos; y cuando esto sucede, los motivos son experimentados como sentimientos de “desear”, “querer” o “necesitar”.
- Los motivos vienen unidos a una representación mental de algo, y un grado de atracción o repulsión que viene unido a ello.
- Los motivos son generados por los instintos, estados emocionales y evaluaciones. Y las experiencias pasadas juegan un rol central en su generación. Las

experiencias generan representaciones mentales que están unidas a estados emocionales, y cuando estas representaciones mentales son recordadas, conlleva a que surjan los motivos (ej. recordando algo que nos resultó placentero nos lleva a quererlo).

- La intensidad del motivo es dependiente de la intensidad del estado emocional al que está unido la representación mental.

2. Las Evaluaciones.

- Las evaluaciones están formadas por *creencias*, que son representaciones mentales concientes que pueden ser expresadas en el lenguaje (ej. proposiciones). Hay proposiciones acerca de qué es verdadero o no, o de lo que puede ser verdadero, con variedad de grados de probabilidad. Al mismo tiempo, las creencias vienen unidas con un sentimiento de mayor o menor “confianza” o “fe” en esa creencia.

- Las evaluaciones influyen en los motivos directamente, al generar representaciones de cosas que encontramos atractivas o repulsivas; e indirectamente, al generar estados emocionales (haciendo sentir bien o mal acerca de cosas) lo cual genera los motivos.

- Las evaluaciones influyen en los motivos, moderados por un sentimiento de “compromiso”. Y en algunos casos, el compromiso es influido por la “identidad” de la persona. Ej. si una persona crea la visión de que beber alcohol es moralmente erróneo, se sentirá motivado, o no, a beber alcohol y a tomar acciones para prevenir el consumo en otros dependiendo en que medida la moralidad forma parte de su sentido de “identidad”.

1.5 FACTORES DE RIESGO O PROTECTORES PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Los factores de riesgo para el consumo de alcohol pueden ser agrupados en diferentes categorías. Wallace (1999) ha realizado una categorización de los factores de riesgo en tres dominios: individuales, interpersonales, y contextuales. Los factores de riesgo a nivel individual incluirían la predisposición genética, el temperamento o características de la personalidad, y las actitudes y creencias que tiene el individuo sobre el uso de sustancias. Los factores interpersonales incluiría el uso de sustancias y el tipo de relación existente entre miembros de la familia y amigos; y entre los factores contextuales se incluirían las leyes y normas favorables hacia el uso de sustancias, disponibilidad de las sustancias, entre otros (Wallace & Bachman, 1991).

Entre los marcos teóricos contemporáneos para el estudio de los factores de riesgo asociados al consumo, está la “Ecodevelopmental Theory” (Szapocznik & Coatsworth, 1999), extraída de los trabajos de Bronfenbrenner (1979; 1986) sobre la Ecología Social en el desarrollo humano. Es un modelo conceptual que describe las interconexiones entre varios factores de riesgo y protección (Prado et al., 2009), tomando en consideración el complejo conjunto de contextos, sus interacciones, y la trayectoria del desarrollo de estos procesos en el tiempo; se destaca la cultura entre los muchos contextos que considera la teoría (Szapocznik, Prado, Burlew, Williams, & Santisteban, 2007). Es conocido que el consumo de alcohol varía entre países y culturas, y entre grupos étnicos dentro de un país, siendo por ello que ciertos factores asociados con la etnicidad son factores de riesgo o de resiliencia para el uso o abuso de alcohol, y la cultura un factor prominente (Caetano & Clark, 1998; Schiff, Rahav, & Teichman, 2005). Por ejemplo, el consumo de alcohol es determinado, entre otros factores, por la percepción de la comunidad respecto a esta conducta (Perez-Arce, 1994).

En jóvenes adolescentes se ha estimado que además de los factores individuales que predisponen el consumo (ej. actitudes hacia el consumo), los microsistemas (terminología utilizada por la Ecodevelopmental Theory, que representa los contextos en donde el adolescente participa directamente, tal como es la familia, la escuela, y grupo de pares) tienen los mayores efectos en el desarrollo de conductas relacionadas con el consumo de alcohol y otras sustancias (Coatsworth et al., 2002) ; y entre los

diversos microsistemas, se considera la familia como la más influyente (Perrino, Gonzalez Soldevilla, Pantin, & Szapocznik, 2000). Variables que considera la Ecodevelopmental theory como parte del microsistema de la familia, y que pueden considerarse como factores de riesgo o protectores para el consumo de sustancias son: la comunicación padre-adolescente, la involucración parental, la crianza de los hijos positiva, y el apoyo familiar (Prado et al., 2009).

Se han propuesto dos categorías de situaciones que predisponen al consumo de alcohol: situaciones sociales y estresores. Entre las *situaciones sociales* tenemos: consumo de pares (que incluye beber con amigos y compañeros de trabajo), consumo de la pareja, y cambios en el tiempo de ocio, al incrementar o decrecer el tiempo libre. Respecto a los *estresores* tenemos: problemas familiares o interpersonales, problemas financieros/legales, problemas de trabajo, problemas de salud, muerte de alguien cercano, y malestar emocional (tristeza o ansiedad) (Lemke, Brennan, Schutte, & Moos, 2007).

Así mismo, algunos estudios han mostrado el efecto moderador de las variables de *exposición y reactividad* ante situaciones sociales o estresores. Por ejemplo, el estudio longitudinal de Leonard y Mudar (2004) muestra que el consumo de bebidas alcohólicas promedio del marido en el matrimonio, predice el consumo de bebidas alcohólicas de la mujer un año después, pero que algunas mujeres son más reactivas al consumo del marido comparadas con otras; y el estudio de Abbey y cols., (1993) muestra que el consumo de alcohol tiende a ser mayor para aquellos expuestos a amigos que beben más, pero que de igual forma, la reactividad varía: algunos eran más probables de beber más si sus amigos bebían más, y otros bebían los mismos niveles de alcohol independientemente del nivel de consumición de los amigos. Y respecto a los estresores, individuos expuestos a mayor estrés percibido generalmente beben más, existiendo un rango de reactividad para un nivel dado de exposición al estresor (Abbey et al., 1993; Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995; Rutledge & Sher, 2001). Y el consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol han sido asociados con altos niveles de exposición a estresores en general, particularmente estresores crónicos (Dawson, Grant, & Ruan, 2005; Hill & Angel, 2005; Moos, Fenn, Billings, & Moos, 1989; Mulia, Schmidt, Bond, Jacobs, & Korcha, 2008; Windle, 1992).

Cabe destacar así mismo el efecto de la edad. Se encuentra la edad de inicio del consumo antes de los 21 años asociado con una mayor probabilidad de abuso o dependencia de alcohol (Caetano, Ramisetty-Mikler, & Rodriguez, 2008; Grant, Stinson, & Harford, 2001). Y las situaciones asociadas al incremento del consumo de alcohol varían según etapas de la vida; en particular, la exposición a situaciones cambian cuando las personas adquieren o dejan roles (ej. de estudiante, trabajador, esposo/a, padre), y a medida que envejecen (ej. por cambios en la salud o en el tiempo de ocio). Similarmente, la reactividad puede cambiar según la etapa de la vida y madurez: jóvenes adultos tienden a ser más reactivos a la influencias sociales que a los estresores, mientras esta situación suele ser inversa después en la edad adulta (Lemke et al., 2007).

El estudio de Lemke y cols., (2007) que tenía como objeto identificar las situaciones más comúnmente asociadas con el incremento del alcohol, considerando el efecto de la edad de los participantes, y si estos tenían consumo de alcohol problemático o no, señala entre sus resultados que:

a) En general, la reactividad a consumir alcohol es mayor en las situaciones de consumo de pares; y moderadamente alta para situaciones de consumo de pareja, cambios en el tiempo de ocio, problemas interpersonales familiares, problemas de trabajo y estrés emocional.

b) Comparando la reactividad por edad, sugiere que la reactividad era relativamente similar en todas las edades para las situaciones de problemas en el trabajo, problemas de salud, y muerte de alguien cercano. Y para las situaciones de consumo de pareja, cambios en el tiempo libre, problemas interpersonales familiares y trastorno emocional (ansiedad o depresión), la reactividad era generalmente más alta en la edad adulta temprana y en la edad media temprana, pero menor en la edad media tardía. Por contraste, la reactividad al consumo de pares, era mayor en la edad adulta temprana, menor en la edad media temprana, y mucho menor en la edad media tardía.

c) Los consumidores de alcohol problemáticos, respecto a los no problemáticos, reportan significativamente mayores niveles de exposición a las influencias sociales y estresores, y son también mucho más reactivos a ellos.

Así mismo, se ha determinado que la exposición acumulativa durante la vida, tanto a adversidades distantes en el tiempo (que han ocurrido hace más de un año) como recientes (durante el año previo), predicen el riesgo de una posterior drogodependencia, controlando otras variables como son trastornos de la conducta durante la niñez y trastornos psiquiátricos previos; sin embargo, esto no permite explicar diferencias en el riesgo que existe entre diferentes grupos étnicos (Turner & Lloyd, 2003).

Otros factores encontrados como asociados al consumo de alcohol abusivo o dependiente son el nivel educativo y el ingreso económico. Aquellos con mayor nivel educativo y mayor ingreso económico se encuentran con menos riesgo (Grant & Dawson, 1997; Grant & Harford, 1990; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2007) Particularmente, el ingreso económico bajo se encuentra asociado con elevadas tasas de bebida excesiva (Karlamañgla, Zhou, Reuben, Greendale, & Moore, 2006; Midanik & Clark, 1994). Esto podría ser debido a patrones de bebida, con una mayor prevalencia de consumo de cinco o más bebidas en una ocasión en estratos socioeconómicos bajos, o también debido a que personas del estrato socioeconómico bajo tienen pocos recursos para responder personalmente a problemas asociados con la bebida excesiva, por lo cual entonces se presentan los problemas (ej. de trabajo, legales, familiares) de forma más manifiesta, conllevando a un estado de dependencia de forma más rápida (Caetano, Ramisetty-Mikler, & Rodriguez, 2008).

Sin embargo, es necesario considerar que los factores de riesgo y protectores para el consumo de sustancias no necesariamente son los mismos para el abuso o dependencia (Warner et al., 2006). En general, los factores situacionales y ambientales son más probables de influir en el uso inicial de sustancias (U.S Congress, Office of Technology Assessment, 1994), mientras que la desregulación o alteraciones a nivel afectivo, cognitivas y conductuales están implicadas en la progresión del consumo, al abuso o dependencia (Dawes et al., 2000).

1.6 FACTORES ASOCIADOS A LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS.

Los factores asociados con la reducción del consumo que han sido documentados, se pueden resumir en las siguientes dimensiones: factores individuales, interpersonales, ambientales.

➤ **Individuales:**

- Las **creencias** que se tiene sobre la adicción se correlaciona con respuestas del consumo de drogas (Crits-Christoph et al., 2003). Algunos autores la señalan como un factor clave especialmente para el abandono o reducción del consumo espontáneo. Por ejemplo, la evaluación de los pros y los contras del uso continuo de cocaína se encontró más frecuentemente relacionada con la recuperación natural (sin tratamiento) en población usuaria de cocaína, que eventos de vida discretos que activaban la renuncia al consumo, (Toneatto, Sobell, Sobell, & Rubel, 1999). Adicionalmente, estudios de análisis de contenido que evaluaba las razones del abandono del consumo espontáneo de drogas legales e ilegales en dos poblaciones (canadiense y suiza) confirman la influencia del proceso cognitivo, indiferente del ambiente cultural o tipo de sustancia (Sobell et al., 2001).

- **Percepción de autoeficacia**, como predictor de la recuperación en tratamiento (McKay et al., 2005).

- **Realizar atribuciones internas, estables y globales**, respecto a la abstinencia o proceso de recuperación, como crucial para el mantenimiento de la recuperación o mantenimiento del tipo de consumo (Walton, Castro, & Barrington, 1994).

- **Expectativa de éxito de dejar el consumo**, con el objetivo de una abstinencia absoluta, como predictor de la abstinencia. (Hall, Havassy, & Wasserman, 1991).

- **Habilidades de afrontamiento afectivo**, para la reducción del consumo (Nyamathi, Bennett, & Leake, 1995).

- **Motivación y deseo de cambio**: la motivación para el cambio de la conducta de consumo se encuentra asociada con retención en tratamiento, tasas más altas de abstinencia durante y posterior al tratamiento, y con la prevención de recaídas (Flynn, Joe, Broome, Simpson, & Brown, 2003; Washton & Stone-Washton, 1990); y el deseo

de cambiar se ha señalado como factor determinante para el proceso de recuperación (Brown, Hill, & Giroux, 2004; Hall et al., 1991).

- **Religión y espiritualidad.** Existe una relación entre las practicas espirituales y recuperación a largo plazo en el consumo de sustancias (Carter, 1998). La fuerza de la religión y espiritualidad se encuentra entre una de las mayores razones citadas para las mejoras en la recuperación (Flynn et al., 2003).

➤ **Interpersonales.**

- El **Apoyo Social y Familiar** se encuentra asociado con la abstinencia o reducción del consumo de sustancias legales e ilegales (Brown et al., 2004; Nyamathi et al., 1995), y como una de las principales razones citadas para la recuperación (Flynn et al., 2003). Además, las mujeres con bajo ingreso están más sujetas a la influencia del apoyo social para mantener su recuperación (Gregoire & Snively, 2001).

- **Ausencia de consumo de drogas en la red social.** La influencia de pares, y las normas y conductas percibidas por los pares, son fuertes predictores del uso de drogas en poblaciones adolescentes y jóvenes adultos (Dielman, Butchart, Shope, & Miller, 1990; Kandel, 1980). El abstenerse del consumo de drogas está asociado con una menor proporción de familiares y amigos en la red social de consumo (Latkin, Knowlton, Hoover, & Mandell, 1999); y el vivir en ambientes sociales libres de drogas se asocia con mayores tasas de abstinencia y mejor funcionamiento en general de personas en tratamiento por consumo de sustancias (Gregoire & Snively, 2001). Especialmente en las mujeres, la influencia de los compañeros hombres en la iniciación y continuación del uso o abuso de drogas ha sido ampliamente documentado (Amaro & Hardy-Fanta, 1995; Anglin, Booth, Kao, Harlow, & Peters, 1987; Hser, Anglin, & McGlothlin, 1987).

➤ **Ambientales o contextuales.**

- **Empleo/independencia económica.** Datos de estudios longitudinales señalan, que al año de seguimiento, las puntuaciones de severidad de la adicción disminuyen, entre pacientes que participan en tratamientos por abuso o dependencia de sustancias que incluyen proporcionar empleo (Room, 1998). Así mismo, reducciones en el uso de sustancias se encuentra asociado con un incremento en la autonomía económica, así como en la mejora de otras áreas de vida, por lo cual eliminar servicios de asistencia de

empleo puede impactar negativamente en las respuestas de reducción o abstinencia de consumo entre los pacientes más vulnerables (Gregoire & Snively, 2001).

CAPITULO 2
LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA Y PROCESOS RELACIONADOS CON
LA INMIGRACIÓN.

2.1 CIFRAS Y DATOS DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA.

Durante los últimos años se ha invertido la tendencia de España de ser un país de emigrantes a ser un país con un aumento rápido e importante de la inmigración (O’Ferral, Crespo, Gavira, & Crespo, 2003). Sin duda, los períodos más significativos del fenómeno migratorio en España son los más recientes (1997-2001 y 2002-2007). (Instituto Nacional de Estadística, 2009). Y considerando los cambios medidos a través de las cifras de inmigrantes proporcionadas por los padrones de todos los municipios, se destaca igualmente el notable aumento de los flujos migratorios, lo cual denota un fenómeno sin precedentes en cuanto a la llegada de población inmigrante (Arango Vila-Belda, 2004; Domingo i Valls & Recaño Valverde, 2007; Tezanos & Tezanos Vázquez, 2006).

En el 2005, los inmigrantes en España representaban el 8.5% de la población (Instituto Nacional de Estadística, 2005); y en el 2007 se incrementó a 11.6%, siendo un 36.5% de ellos latinoamericanos (Instituto Nacional de Estadística, 2007).⁴⁰

Es importante considerar que a estas cifras se suman los llamados inmigrantes irregulares, que no disponen de permiso de residencia.

La Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007 (Instituto Nacional de Estadística, 2009), presenta datos de personas nacidas fuera de España y sin nacionalidad española (78% de los entrevistados), y personas que han llegado al país y gozan de la nacionalidad española (ya sea como única o doble nacionalidad). Dicha encuesta, respecto a las características sociodemográficas de la población inmigrante en España, muestra que la mayor parte de la inmigración viene protagonizada por individuos procedentes de países con un menor nivel de desarrollo social y económico, destacando entre ellos la inmigración originaria de América Latina, junto con los provenientes del continente africano y de los países del este europeo. La población venida de América Latina, de África y del resto de Europa-Mundo llega a España en edad fundamentalmente activa (edad media de 29 años), lo cual muestra claramente la

importancia de la naturaleza económica del fenómeno migratorio. Los africanos son los que llegan con una edad más baja, y los procedentes del resto de América Latina con edad un poco más elevada. Respecto al nivel educativo, el colectivo con mayor nivel de estudios es el de los países desarrollados, seguidos de aquellos provenientes del resto de América Latina.

2.2 PROCESOS RELACIONADOS CON LA INMIGRACIÓN.

2.2.1 La aculturación y el estrés de aculturación.

La aculturación puede ser definida como un proceso de cambios sociales y psicológicos que tiene lugar cuando existen un encuentro entre individuos de diferentes culturas, existiendo cambios en cualquiera de los dos grupos (Redfield, Linton, & Herskovits, 1936). Esta definición se deriva de la antropología en el trabajo con los pueblos indígenas, y fue posteriormente refinado en la investigación sociológica sobre los inmigrantes. Los antropólogos, sin embargo, vieron la asimilación como una sola posible respuesta de la aculturación y desarrollaron otros términos para describir este proceso, tales como "biculturalismo", e "integración" (Sam, 2006). Este marco conceptual derivó en dos teorías distintas sobre aculturación (Caplan, 2007).

Actualmente, el uso y aplicación del concepto de aculturación incluye tanto un modelo unidimensional, como bidimensional. En el *modelo unidimensional*, se asume que la experiencia de aculturación ocurre a lo largo de un continuo desde no aculturado (total inmersión en la cultura de origen), a completamente aculturado (total inmersión en la cultura dominante o de acogida), definiendo así que el individuo que se acultura en la cultura dominante pierde su paradigma cultural (Cabassa, 2003; Cuellar, Arnold, & Maldonado, 1995; Marín, 1992). El *modelo bidimensional*, por otro lado, asume que la adquisición o adhesión a la nueva cultura dominante es independiente de mantener la cultura original (Berry, 2003; Cabassa, 2003; Lara, Gamboa, Kahramanian, Morales, & Bautista, 2005; Magaña et al., 1996; Marín & Gamba, 1996; Ryder, Alden, & Paulhus, 2000); por lo cual va desde la plena participación al pleno el rechazo de cualquiera de

las dos culturas, respecto a sus valores, comportamientos y actitudes (Berry, 2003; Cabassa, 2003).

El proceso de aculturación ocurre a través de los contactos con padres, grupos de pares, educación formal (especialmente en los jóvenes), y exposición a medios de comunicación, tales como películas y revistas. (Gfroerer & Tan, 2003).

Un concepto estrechamente relacionado con el de aculturación es el de “*estrés de aculturación*” o “*estrés de adaptación*”. Este concepto viene a simbolizar las pérdidas que se producen a la hora de adaptarse o integrarse a un nuevo sistema de creencias, rutinas y roles sociales (Hovey, 2000; Salgado de Snyder, Cervantes, & Padilla, 1990). Otros lo definen como el estrés que ocurre cuando el proceso de aculturación causa problemas; problemas derivados de los conflictos entre la cultura del inmigrante y la cultura de la sociedad de acogida (Berry, 2003; Born, 1970).

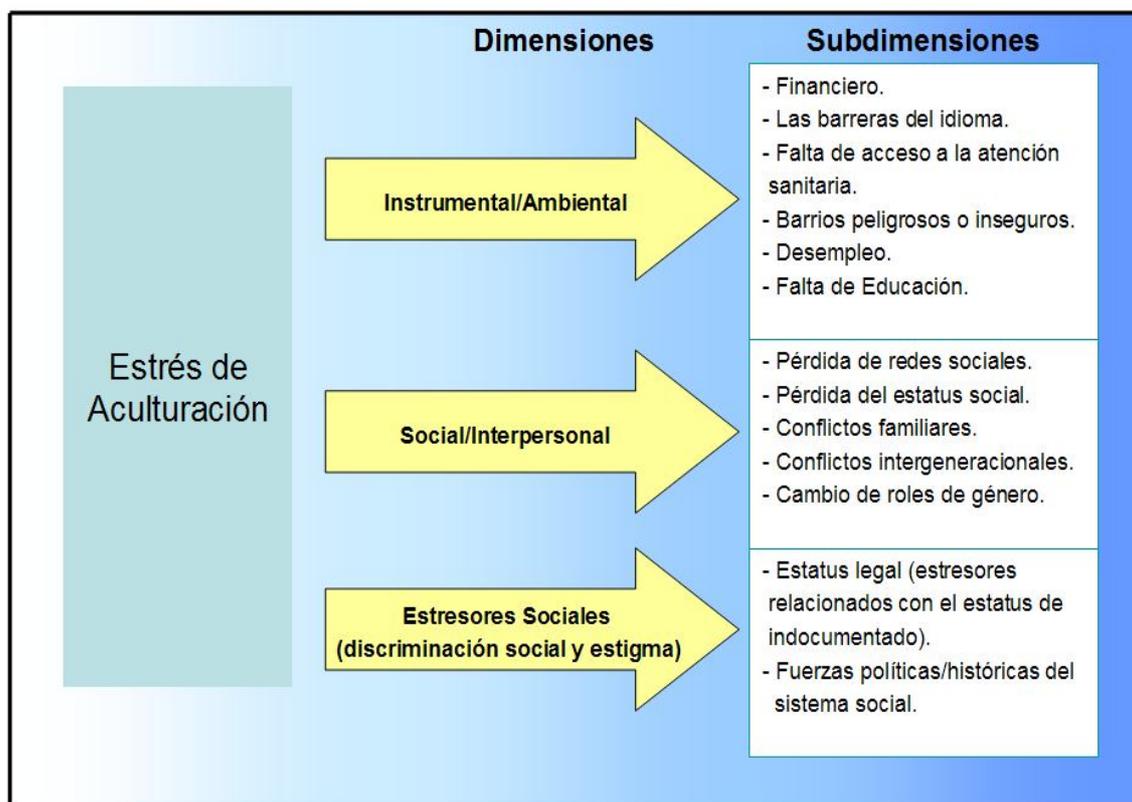
La definición de estrés de aculturación varía de acuerdo con el marco teórico en que se basa el investigador. En una aproximación unidimensional de la aculturación, el estrés de aculturación es definido principalmente por los estresores instrumentales y ambientales que un inmigrante experimenta cuando ha llegado recientemente al país de acogida; siendo así que el nivel de aculturación está inversamente correlacionado con el grado de estrés de aculturación. Sin embargo, bajo una perspectiva bidimensional, otras facetas de la experiencia del inmigrante se subsumen al estrés, tales como las experiencias de discriminación y pérdida de valores culturales (Caplan, 2007). Bajo el supuesto de que el estrés de aculturación disminuye a mayor tiempo de permanencia en el país de acogida, algunos investigadores empezaron a evaluar los niveles de aculturación como una medida del estrés de aculturación; sin embargo, estudios han identificado que el estrés de aculturación es un constructo relacionado pero distinto (ej. en un estudio con mexicanos americanos adolescentes, el nivel de aculturación no correspondía con su nivel de estrés de aculturación) (Caplan, 2007; Hovey & King, 1996).

Independientemente del marco teórico utilizado, en la población latinoamericana inmigrante, las redes sociales y la familia sirven como un amortiguador que moderan el estrés de aculturación, y son vistos como los mayores estresores cuando éstos están ausentes (Caplan, 2007). Existen escalas, como por ejemplo, el Hispanic Stress Inventory (Cervantes, Padilla, & Salgado de Snyder, 1990), que miden el estrés de

aculturación en inmigrantes y captura la importancia que tiene los estresores sociales. De sus cinco subescalas, tres miden aspectos psicosociales (estrés matrimonial, estrés parental, y estrés cultural y/o conflicto familiar).

Se han propuesto tres dimensiones del estrés de aculturación (Caplan, 2007), que incluyen estresores instrumentales y/o ambientales, sociales y/o interpersonales, y estresores de la sociedad. Estas dimensiones se encuentran generalmente interrelacionadas, afectándose unas a otras. En la **figura 2** se esquematizan cada una de las dimensiones y subdimensiones.

Figura 2: Dimensiones y subdimensiones del estrés de aculturación.



Fuente: Caplan (2007).

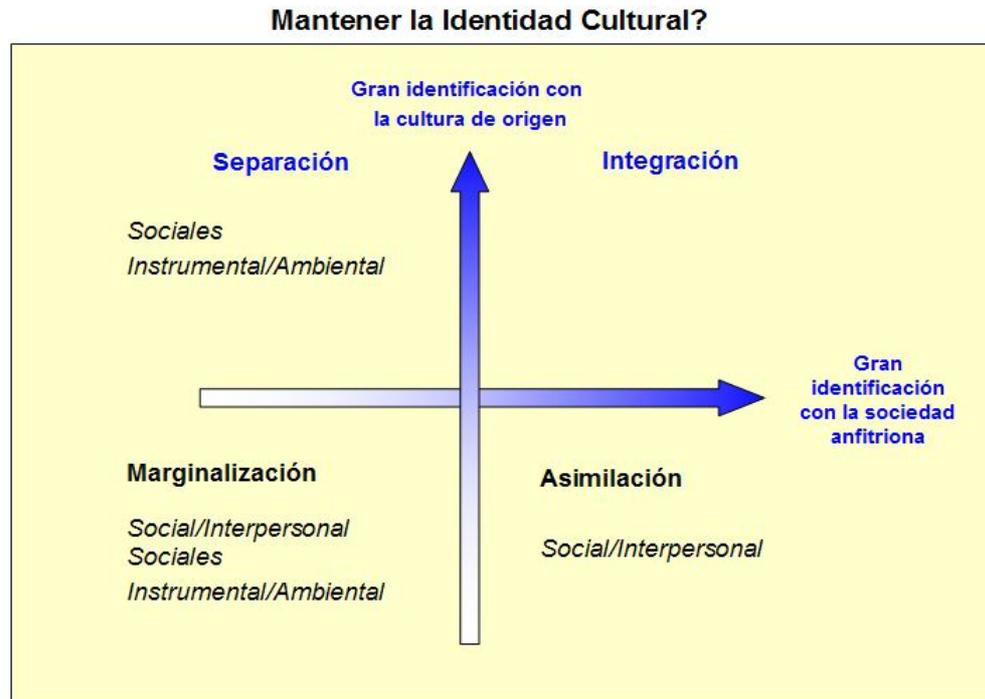
Además de las dimensiones y subdimensiones del estrés de aculturación, otras variables moderan la influencia de estas dimensiones, como son características psicológicas del individuo y sus mecanismos de adaptación, el estatus de indocumentado, el estatus socioeconómico, y el nivel de aculturación (Caplan, 2007).

Entre las características psicológicas y los mecanismos de adaptación del individuo, tenemos que el funcionamiento adaptativo, autoestima, y capacidad de afrontamiento, determinan si el estrés de aculturación es percibido como una oportunidad para el crecimiento o como una experiencia negativa (Hovey, 2000). Mas aún, los sentimientos de logro, de realización personal, y el éxito asociado a la experiencia de inmigración, mitigan el estrés de aculturación (Cuellar, Bastida, & Braccio, 2004). Así mismo, los inmigrantes con un sentido de control sobre sus vidas tienen mayor resistencia al estrés (Zuniga, 2002).

Otros factores cognitivos que moderan el efecto, son la percepción de tener elección o no en el proceso migratorio (migración forzada versus no forzada); y las expectativas, tanto en las condiciones como en las capacidades propias de adaptación (Quintero & Clavel, 2005). Así mismo, el estrés de adaptación se hace más marcado cuando la migración sucede a un país con diferencias económicas bruscas (Cuellar, 2002).

El marco conceptual bidimensional de Berry y Sam (1997) permite clarificar el proceso de aculturación y estrés de aculturación. Se describen cuatro estrategias de aculturación: a) integración (individuos que desean mantener su cultura de origen y además formar parte de una nueva cultura), b) asimilación (no se mantiene la cultura original por deseo o por otras razones); c) separación (tener interés en mantener los vínculos con el país de origen, a través del rechazo o evitación de la nueva cultura), y d) marginalización (no llegar a formar parte de la nueva cultura, junto con no recibir el apoyo para mantener los lazos con la cultura de origen). Se considera la estrategia de integración como aquella relacionada con los ajustes más sanos y con el menor grado de estrés de aculturación. El modelo (**figura 3**), permite ilustrar como la percepción de estrés de aculturación y los estresores objetivos varían de acuerdo a la experiencia de aculturación del individuo. Por ejemplo, los latinoamericanos en la categoría de “separación”, solo experimentan estresores sociales, e instrumentales y/o materiales; aquellos en la categoría de asimilación, experimentan estresores sociales y/o interpersonales; y los que son marginalizados, experimentan las tres dimensiones de estrés de aculturación (Caplan, 2007).

Figura 3: Marco conceptual bidimensional de Berry y Sam (1997)



Fuente: Adaptado de Berry y Sam (1997) p.296.

A efectos de medir la aculturación, diversas escalas unidimensionales y bidimensionales se han desarrollado y publicado. Sin embargo, algunos investigadores han utilizado algunos constructos para medir indirectamente el fenómeno de la aculturación: además del lenguaje (especialmente para estudios con inmigrantes en Estados Unidos), algunas medidas indirectas son el estatus generacional (primera, segunda o tercera generación de inmigrantes), edad al momento de inmigrar, lugar de nacimiento, y lugar en que ha sido educado, asumiendo que la aculturación es influida por la cantidad de exposición que ha tenido el individuo con la cultura de acogida (Cabassa, 2003; Lara et al., 2005; Ryder et al., 2000).

2.2.2 El duelo migratorio, y el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (*Síndrome de Ulises*).

Un proceso psicológico del cual se ha hecho referencia en el área investigación con inmigrantes es el referente al *Duelo Migratorio*. Se define como “el duelo que surge de la vivencia de las separaciones que tiene lugar en la migración”, siendo más un duelo por una separación que por una pérdida, aún cuando se refiere que no es fácil de resolver. Implica diversos tipos de separación o pérdidas, entre ellos el de la familia y amigos, de la lengua, de la cultura, de la tierra, del estatus social, y del contacto con el grupo étnico y/o nacional. Se especifica que existen dos tipos de duelo: uno simple, que tiene lugar cuando la persona emigra en óptimas condiciones personales y se encuentra en un ámbito social acogedor que facilita el proyecto migratorio; y un duelo complicado, en el que circunstancias personales y sociales adversas dificultan el proceso de elaboración del duelo, poniendo en peligro el equilibrio psíquico del sujeto (Atxotegui, 2003).

Del mismo modo, se ha hecho referencia a *El Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)*, definido como una patología específica vinculada a la intensidad del estrés y el duelo que padece el inmigrante. Entre los estresores están los problemas para obtener papeles de residencia o trabajo, peligros en el viaje migratorio, dificultades para la reagrupación familiar, etc. Es un estrés que se caracteriza por ser crónico (soportándose durante largos períodos de tiempo), múltiple (debido a que afecta a diversas áreas del individuo), que el individuo no puede controlar, y que se vive con muy poco apoyo social (debido a que se tiene menos red social que los autóctonos). Se ha denominado Síndrome de Ulises debido a que refleja las innumerables dificultades y peligros, que lejos de la familia tuvo que afrontar el héroe de la mitología griega. Sus síntomas son depresión (tristeza, llanto), ansiedad (preocupaciones excesivas, insomnio), síntomas de tipo somatomorfo (cefaleas, fatiga, molestias osteoarticulares) y síntomas de tipo disociativo (confusión temporoespacial, despersonalización, desrealización); existiendo en algunos casos una interpretación cultural de la sintomatología, en el que se le otorga un sentido mágico: se piensa que le han echado el mal de ojo, o le han hecho brujería (Atxotegui, 2003).

CAPÍTULO 3
INMIGRANTES LATINOAMERICANOS Y CONSUMO DE
SUSTANCIAS: FACTORES DE RIESGO.

Se ha documentado ampliamente que el ser inmigrante se encuentra asociado con un elevado riesgo para los problemas de salud mental y consumo de sustancias (Turner, Lloyd, & Taylor, 2006). Este tipo de hallazgos se ha observado entre inmigrantes de diversas nacionalidades, y en diversos países de acogida, como Canadá (Amaral-Dias, Vicente, Cabrita, & de Mendon, 1984; Morgan, Wingard, & Felice, 1984), Bélgica (Gailly, 1997), Israel (Schiff et al., 2005), Australia (Kahn & Fua, 1995) y Suecia (Anders, 2001).

A continuación se detallan aquellos factores asociados al consumo de alcohol y/o otras drogas, legales e ilegales, en población latinoamericana inmigrante. Es importante señalar que los estudios sobre inmigración y consumo de sustancias legales e ilegales en población latinoamericana a nivel internacional se han llevado a cabo principalmente en Estados Unidos. La importancia otorgada al estudio de esta minoría étnica en esta área, es debido a que además de ser los latinoamericanos -usualmente denominados hispanics, por tener orígenes hispanos-, el grupo minoritario más grande de ese país, representando el 14.4% de la población, y pronosticándose una representación del 25% de la población para el año 2050 (Caplan, 2007; Bureau of the Census, 2004). Se ha reconocido la importancia de la implementación de centros de atención para la salud competente a nivel cultural, con el fin de eliminar disparidades en la atención sanitaria (United States Department of Health and Human Services, 2000); siendo para ello necesario educar en formación cultural a profesionales de la asistencia médica (Institute of Medicine, 2003). Además de ello, la competencia cultural ha sido reconocida en este país desde los años cincuenta, con los trabajos de Madeline Leininger (entre sus libros: *Transcultural Nursing*), que provee un marco teórico para el cuidado de personas de diversas culturas (Leininger, 1995).

Los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y/o otras drogas encontrados en la revisión bibliográfica se presentan categorizados en cinco áreas: 1) factores culturales; 2) factores sociodemográficos, 3) factores individuales/subjetivos; 4) factores ambientales o del contexto; y 5) Factores Interpersonales/sociales.

3.1 FACTORES CULTURALES.

3.1.1 Patrón de consumo de alcohol y otras drogas en población latinoamericana.

Se ha documentado que en los latinoamericanos existen “dos mundos” respecto al uso de alcohol: un grupo de abstinentes o que consumen de forma leve, y otro grupo, de bebedores con consumo excesivo que implica un riesgo significativo para las lesiones físicas fuera o dentro del trabajo (Grzywacz, Quandt, Isom, & Arcury, 2007; Wallace, Jr., 1999).

Los latinoamericanos, comparados con otros grupos étnicos, consumen con mayor intensidad o de forma excesiva (5 o más bebidas alcohólicas en una ocasión). Entre estudiantes universitarios se ha mostrado que los latinoamericanos consumen alcohol de forma menos frecuente que los no latinoamericanos blancos, pero se emborrachan de forma más frecuente (Swaim, Wayman, & Chen, 2004), y personas latinoamericanas que entran en tratamiento por dependencia son los que muestran mayor consumo excesivo (Arroyo, Miller, & Tonigan, 2003). Se ha determinado que las tasas de prevalencia de consumo excesivo pasado, entre hombres latinoamericanos (mexicanos americanos y puertorriqueños) es aproximadamente tres veces más alto que aquellas tasas reportadas por poblaciones masculinas no latinoamericanas (Lee, Markides, & Ray, 1997).

El consumo excesivo recreacional se ha mostrado como un patrón común entre inmigrantes latinoamericanos que son trabajadores agrícolas (Grzywacz et al., 2007; Trotter, 1985), y entre ellos, la mayoría de los traumatismos que los afectan no son directamente ocupacionales, sino que ocurren en conjunción con la actividad recreacional donde el alcohol es un factor de riesgo importante (Steinhorst, Dolezal, Jenkins, Snyder, & Rotondo, 2006).

Existe así mismo una estabilidad de la frecuencia del consumo excesivo entre algunos grupos latinoamericanos, en donde a diferencia de otros grupos étnicos, como son los blancos, el consumo excesivo no es solo parte del estilo de vida juvenil (Caetano, 1984; Caetano & Kaskutas, 1995), lo que puede explicar en parte las altas tasas de prevalencia de dependencia en grupos de edad mayor, y que no declinan tan

rápidamente como sucede en el resto de la población de los Estados Unidos (Caetano, Ramisetty-Mikler, & Rodriguez, 2008).

Respecto al consumo de otras sustancias, los latinoamericanos adolescentes inmigrantes tienen menor probabilidad de tener conductas relacionados con el consumo de drogas o presentan menor prevalencia de consumo de sustancias, comparados con los blancos no latinoamericanos o latinoamericanos nacidos en Estados Unidos (Gfroerer & Tan, 2003; Harris, 1999; Khoury, Warheit, Zimmerman, Vega, & Gil, 1996). Datos sobre la edad de inicio del consumo muestran que los latinoamericanos residiendo en Estados Unidos, pero nacidos en el extranjero, son menos probables de haber usado drogas antes de salir de su país de origen (Vega et al., 2002). En esta línea, cabe mencionar la paradoja de salud del inmigrante, en inglés: “immigrant paradox” (Burnam, Hough, Karno, Escobar, & Telles, 1987), que se refiere al hecho de que grupos de inmigrantes, entre ellos los latinoamericanos, presumiblemente más afectados por estresores sociales y el estrés de aculturación, y que por estar en una situación desaventajada pueden experimentar un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias, presentan sin embargo, paradójicamente, menores tasas de trastornos por abuso o dependencia de sustancias y problemas psiquiátricos, que sus compatriotas nacidos en los Estados Unidos (Turner et al., 2006). Sin embargo, se ha señalado la importancia de no generalizar la paradoja de salud del inmigrante en todos los grupos de latinoamericanos, al menos respecto a los trastornos psiquiátricos, dado que se ha mostrado que el efecto protector de la natividad varía de acuerdo al tipo de trastorno psiquiátrico y grupo étnico (Alegria et al., 2008).

3.1.2. Nivel de aculturación.

Aun cuando los patrones de consumo de alcohol entre los inmigrantes se asemeja a los patrones de consumo de su país de origen, más que a los patrones del país de acogida; con el tiempo, sus patrones de bebida tienden a converger con el de las personas nativas (Adrian, 2002; Blake, Ledsky, Goodenow, & O'Donnell, 2001; Gil, Wagner, & Vega, 2000). La asimilación cultural y social, y estancias prolongadas en culturas con altas tasas de uso de drogas, aumentan las tasas de trastornos por abuso de sustancias en grupos de inmigrantes provenientes de países con tasas más bajas de estos

trastornos (Vega et al., 2002). El cambio cultural puede influir en los valores, preferencias y actitudes acerca de la normativa de la conducta de consumo que se ha asimilado en el país de origen (Betancourt & Lopez, 1993).

En este sentido, se ha documentado en una gran variedad de estudios con población latinoamericana en Estados Unidos, incluyendo adolescentes, adultos y mujeres embarazadas, que un alto nivel de aculturación se ha asociado con un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas, uso de drogas, problemas relacionados con el alcohol, y otros trastornos psiquiátricos, tales como la depresión (Amaro, Whitaker, Coffman, & Heeren, 1990; Balls-Organista, Organista, & Kurasaki, 2002; Caetano & Mora, 1988; Gfroerer & De La Rosa, 1993; J.C. Gfroerer & L.L. Tan, 2003; Markides, Ray, Stroup-Benham, & Trevino, 1990; W. A. Vega, Alderete, Kolody, & Aguilar-Gaxiola, 1998). Sin embargo, los efectos negativos de la aculturación en el abuso de sustancias parece tener un efecto más negativo en las mujeres respecto a los hombres (Vega et al., 1998; Velez & Ungemack, 1989). Específicamente sobre la bebida, las mujeres inmigrantes parecen ser más afectadas por la aculturación que los hombres: las mujeres con altas puntuaciones en las escalas de aculturación son más probables de ser bebedoras, tomar con mayor frecuencia, y consumir grandes cantidades de alcohol por ocasión que aquellas mujeres menos aculturadas (Alaniz, Treno, & Saltz, 1999; Caetano & Mora, 1988; Lovato et al., 1994; Marin & Marin, 1991; Markides et al., 1990). Entre los hombres, sin embargo, la evidencia es contradictoria o ambigua, mostrando algunos estudios una asociación positiva entre la aculturación y el consumo de bebidas alcohólicas, y otros una asociación negativa (Lovato et al., 1994; Marin & Marin, 1991; Neff, Hoppe, & Perea, 1987; Neff, Prihoda, & Hoppe, 1991). Del mismo modo, la aculturación se ha asociado con un incremento de la prevalencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol, entre ellos problemas sociales y legales, en población mexicana americana Burnam (Burnam et al., 1987; Caetano & Mora, 1988). Resalta en un estudio llevado a cabo por Caetano y cols., (2008) que los efectos de la aculturación en la conducta de bebida no es uniforme, y que el efecto parece depender del género, el sitio y otros factores, tal como es la prescripción normativa de la conducta de bebida en la cultura original y de aquella en donde se acultura. En este estudio, las mujeres latinoamericanas hacen un cambio de los estándares de abstinencia de consumo de alcohol predominantes

en México, hacia un mayor consumo y mayores episodios de consumo excesivo; y por el contrario, en los hombres, el proceso los lleva a consumir menos alcohol respecto a lo que los hombres mexicanos tienen permitido consumir, llevándolos hacia un modelo más « puritano » de menor consumo y menores episodios de consumo excesivo. Es importante considerar que el grado y rapidez con que se asimilan los valores y prácticas de una cultura diferente se ven influidos por algunas características individuales del inmigrante, como son la edad, fase de desarrollo, bienestar emocional, y habilidades cognitivas; y que a su vez éstas influyen en la vulnerabilidad para el abuso de sustancias (Volkow, 2006).

Específicamente en población adolescente latinoamericana, una revisión de la literatura sobre los factores de riesgo y protección en esta población, señala que son consistentes los hallazgos sobre la relación entre el uso de drogas y procesos de aculturación. Los estudios realizados hasta los momentos señala que la población latinoamericana adolescente en Estados Unidos presenta las tasas más altas de uso de drogas cuando: a) han nacido en Estados Unidos, b) han vivido por más tiempo en Estados Unidos, y c) tienen los mayores niveles de aculturación (Szapocznik et al., 2007). Se ha señalado además que en población latinoamericana adolescente, la asimilación a las normas de conductas de riesgo de Estados Unidos ocurren rápidamente, pero que es evidente en la segunda generación de inmigrantes (Hussey et al., 2007).

Es por ello que se ha señalado que los programas de prevención y tratamiento en el área de abuso de sustancias (tanto del alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas), deben ser adaptados al nivel de aculturación que tiene el individuo y a su género; que las jóvenes/mujeres latinas aculturadas es el grupo que más se beneficiaría de las intervenciones para la reducción de los riesgos, dado que los efectos que tiene la aculturación en conductas no saludables y de consumo son mayores en este grupo comparadas con los hombres latinos (Lara et al., 2005).

3.1.3 Grupo étnico o país de origen.

Otras variables que se han señalado como importantes de considerar en la investigación con población latinoamericana, es la referente al grupo étnico y grupo

según el país de origen o nacionalidad. Aún cuando la comunidad latinoamericana comparte una lengua en común, está constituida por grupos diversos a nivel étnico y cultural. Por lo cual, es importante investigar a nivel de subpoblaciones, realizando análisis para cada grupo en específico según el país de origen y etnicidad, además de considerar los niveles de aculturación y patrones de emigración (Caetano, Ramisetty-Mikler, & Rodriguez, 2008; Volkow, 2006). La cultura racial étnica es uno de los más importantes contextos que influyen en el desarrollo de las conductas prosociales (Szapocznik et al., 2007). Existen similitudes y diferencias entre los latinoamericanos y entre diferentes grupos étnicos respecto a factores biológicos relacionados con el abuso de drogas y adicción; sin embargo, los estudios han fallado en reconocer la complejidad y heterogeneidad de la población latinoamericana en los Estados Unidos y alrededor del mundo (Trujillo, Castaneda, Martinez, & Gonzalez, 2006).

Existen diferencias en los patrones de consumo de drogas a través de diversos subgrupos latinoamericanos como son mexicanos, cubanos, puertorriqueños, y nativos de centro o suramerica (Warner et al., 2006); y existe considerable heterogeneidad entre diferentes grupos según el país de origen respecto a tasas de abuso o dependencia de alcohol, mostrando, por ejemplo, los hombres mexicanos americanos y puertorriqueños tasas más altas respecto a los cubanos americanos y los de centro/suramerica (Caetano, Ramisetty-Mikler, & Rodriguez, 2008). Así mismo, en grupos de adolescentes, también se ha señalado la importancia de considerar el país de origen además del género; como ejemplo, los dominicanos adolescentes generalmente se comprometen en mayor uso de alcohol que los puertorriqueños adolescentes, y que los chicos dominicanos reportan mayor uso de alcohol que las niñas, pero el patrón es similar en ambos sexos entre puertorriqueños adolescentes (Epstein, Botvin, & Diaz, 2001).

Sin embargo, recientemente se han propuesto otras formas de categorizar a los latinoamericanos, especialmente a los adolescentes. Además de utilizar la variable de la nacionalidad o país de nacimiento, categorizar basándose en procesos intrapersonales y procesos del ecodearrollo, que pueden ser cambiados a través de la intervención (Prado et al., 2009).

3.1.4 Generación de inmigrante.

El tipo de generación de inmigrante al cual pertenece el individuo se encuentra asociado con la probabilidad de presentar abuso o dependencia a sustancias. El estudio reciente de Pena y cols., (2008) muestra que los latinoamericanos nacidos en Estados Unidos con padres inmigrantes (segunda generación de inmigrantes), tienen más probabilidad de tener consumo problemático de alcohol, de tener más uso repetido de marihuana, y mayor probabilidad de utilizar de forma repetida otras sustancias, que aquellos jóvenes nacidos fuera del país (primera generación de inmigrantes). Y, generaciones más tardías de latinoamericanos nacidos en Estados Unidos, con padres nacidos en Estados Unidos, son mucho más probables que la segunda generación, de tener conductas de consumo respecto a la primera generación. El país de origen es un fuerte determinante para los trastornos relacionados con el consumo de alcohol en la primera generación de inmigrantes, pero los patrones en la segunda generación de inmigrantes es influido tanto por los patrones de consumo de los países de origen de los padres, como por los patrones de consumo de la mayoría de la población (Hjern & Allebeck, 2004). Tienen también un efecto moderador el número de padres (uno o dos padres inmigrantes) (Acevedo-Garcia, Pan, Jun, Osypuk, & Emmons, 2005; Leao, Johansson, & Sundquist, 2006); y el género, donde el estatus generacional muestra mayor efecto en las mujeres, respecto a los hombres, en el consumo de alcohol y otras sustancias, como son el tabaco y la marihuana (McQueen, Getz, & Bray, 2003).

3.1.5 Discrepancias en la Aculturación entre padres e hijos

Las discrepancias en la aculturación, entre padres e hijos de inmigrantes latinoamericanos, se ha encontrado relacionado con el consumo de sustancias (Szapocznik et al., 2007). Esta discrepancia en la aculturación (en inglés: *acculturation gap*, o *differential acculturation*) tiende a ocurrir cuando los adolescentes de familias inmigrantes adoptan de forma más rápida, que sus padres u otros miembros de su familia, las conductas y valores del país de acogida (Szapocznik & Kurtines, 1993). La aculturación diferencial promueve el riesgo de abuso de drogas y otros problemas de conducta, dado que crea conflictos familiares adicionales que socava o erosiona la

vinculación a la familia, por parte de los adolescentes, y la autoridad que ejercen los progenitores en sus hijos (M. De la Rosa, Vega, & Radisch, 2000; Szapocznik & Kurtines, 1993). Por lo tanto, son beneficiosas las intervenciones para minimizar esta discrepancia en la aculturación entre las generaciones de inmigrantes; sin embargo, se debe tener cautela si los padres incrementan su consumo de sustancias como efecto de la aculturación (Warner et al., 2006).

3.1.6 Conflicto de valores entre las dos culturas.

Otro aspecto que se ha encontrado asociado al consumo de drogas entre latinoamericanos inmigrantes es el conflicto de valores que puede tener el individuo, entre aquellos valores culturales de su país de origen y los del país de acogida (Strait, 1999). Sin embargo, la relación entre esta discrepancia y el riesgo al consumo es mediado por otros factores; en adolescentes latinoamericanos, como son el estrés familiar y las prácticas parentales (Martinez, 2006).

3.1.7 Identidad étnica, orgullo étnico, y desconfianza cultural.

Asociados con el consumo de alcohol y otras drogas legales e ilegales en población latinoamericana, están la identidad étnica o cultural débil (Brook, Duan, Brook, & Ning, 2007; Marsiglia, Kulis, Hecht, & Sills, 2004; Vega et al., 2002), bajos niveles de orgullo étnico (Felix-Ortiz, Fernandez, & Newcomb, 1998; Gil, Wagner, & Tubman, 2004; Marsiglia et al., 2004), y desconfianza o recelo hacia la propia cultura (Gil et al., 2004).

3.2 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

3.2.1 Género.

Tasas altas de abstención del consumo de alcohol, un patrón de bebida ligero infrecuente, y una baja prevalencia de tasas de alcoholismo, es usualmente observado en la mayoría de los grupos de mujeres latinoamericanas; influyendo en este aspecto las

costumbres sociales, donde la cultura configura estos patrones (Canino, 1994). Datos analizados en Estados Unidos a nivel nacional muestran que en mexicanos americanos, cubanos y puertorriqueños, los hombres en promedio, comparado con las mujeres, tienen más del doble de probabilidad de consumir alcohol (ej. 77.4% en mexicanos hombres, y 34.7% en mujeres mexicanas) (Marks, Garcia, & Solis, 1990). Así mismo, en población latinoamericana viviendo en zonas rurales de Estados Unidos, este patrón es similar (Loury & Kulbok, 2007). Sin embargo, en la adolescencia temprana y preadolescencia, los hallazgos sugieren que las mujeres latinoamericanas son más vulnerables en el inicio de la mayoría de las sustancias respecto a los hombres (Zapata, Katims, & Yin, 1998).

3.2.2 Edad (menor).

Similar a como ocurre con otros grupos étnicos, los hombres latinoamericanos más jóvenes tienen mayores tasas de bebidas excesivas y borracheras (Caetano & Herd, 1988). Un estudio reciente señala que entre latinoamericanos hombres, el tener menor edad se encuentra asociado con el incremento de episodios de bebida excesivos; y en mujeres, el tener menor edad, junto con episodios de bebida excesivos, se asocia con mayor riesgo para el abuso o dependencia al alcohol (Caetano, Ramisetty-Mikler, Wallisch et al., 2008). Así mismo, a menor edad de inicio del consumo, mayor es el número de transiciones en el uso de drogas (De La Rosa, Rugh, & Rice, 2006), y mayor la susceptibilidad al alcohol (Elder et al., 2000).

3.2.3 Estado civil (soltero, separado/divorciado, o viudo).

El estado civil del inmigrante latinoamericano se ha mostrado en diversos estudios asociado al consumo de alcohol. En latinoamericanos, igual que en otros grupos étnicos, se ha observado que aquellos que son solteros tienen mayor probabilidad de tener consumo excesivo y borracheras (Caetano & Herd, 1988); y aquellos que nunca han estado casados y que muestran episodios de consumo excesivo de alcohol, muestran mayor riesgo para el abuso o dependencia al alcohol (Caetano, Ramisetty-Mikler, Wallisch et al., 2008). Hombres latinoamericanos trabajadores de campo acompañados

por esposas e hijos, exhiben una mayor restricción en los patrones de consumo de alcohol (Trotter, 1985). Así mismo, el estar separado/divorciado o viudo, se asocia con un incremento de los episodios de consumo excesivo de alcohol (Caetano, Ramisetty-Mikler, Wallisch et al., 2008); y estar divorciado o separado, como opuesto a estar soltero, se encuentra asociado con el aumento del consumo de bebidas alcohólicas (Treno, Alaniz, & Gruenewald, 1999). Respecto al consumo de varias sustancias, aquellos latinoamericanos que no se encuentran casados, respecto a los casados, tienen mayor probabilidad de tener mayor número de drogas consumidas en los últimos 12 meses (Wu, Eschbach, & Grady, 2008).

3.2.4 Nivel educativo (bajo).

En muestra latinoamericana, el tener un nivel educativo bajo se encuentra asociado con el abuso o dependencia al alcohol (Finch, Catalano, Novaco, & Vega, 2003; Wallisch & Spence, 2006).

3.2.5 Maternidad.

En un estudio cualitativo llevado a cabo con latinoamericanas adictas en recuperación, se señala que los hijos se convierten en marcadores de éxito cuando estas se encuentran bajo tratamiento (Hardesty & Black, 1999).

3.3 FACTORES INDIVIDUALES/SUBJETIVOS.

3.3.1 Rasgos de personalidad.

Los rasgos de personalidad han mostrado tener un efecto directo en el consumo de drogas tardío, aún cuando se haya tenido una experiencia positiva con la aculturación, en el ambiente familiar, y en la relación con los pares (amigos que no consumen) (Brook, Whiteman, Balka, Win, & Gursen, 1997). En mujeres latinoamericanas, los rasgos de personalidad de “búsqueda de novedad” y de “evitación de daño” se encontraron como importantes factores que moderaban o mediaban el efecto que

podiera tener el consumo parental o conflicto familiar en el consumo de alcohol (Pidcock, Fischer, Forthun, & West, 2000). Y un estudio realizado con estudiantes universitarios latinoamericanos, la variable que tenía un mayor efecto para el consumo de alcohol entre los hombres era el deseo de ser visto como “fuerte” (La Grange, Hojnowski, & Nesterova, 2007).

3.3.2 Estrés.

En grupos de latinoamericanos inmigrantes, al igual que en otros grupos étnicos, el consumo de drogas y alcohol es utilizado como un mecanismo para afrontar o escapar del estrés, tanto en adultos como en jóvenes (Alva, 1995; Lounsbury & Kulbok, 2007; Nemoto, Operario, Keatley, & Villegas, 2004). Así mismo, el incremento de la exposición a la adversidad se asocia con el incremento del riesgo para la dependencia a las drogas; y la acumulación de eventos adversos experimentados, tanto distantes como próximos en el tiempo, predice el riesgo de la dependencia de sustancias (Turner & Lloyd, 2003).

Además de ello, se debe considerar los factores estresantes mencionados anteriormente, como relacionados con el proceso de aculturación, que suelen experimentar los inmigrantes en el país de acogida.

3.3.3 Habilidades de afrontamiento.

Las habilidades de autogestión, o habilidades conductuales con que cuenta el sujeto para afrontar situaciones de la vida diaria, se han postulado como protectores para el uso de sustancias en latinoamericanos. Específicamente, habilidades en la toma de decisiones, la auto-regulación, y el auto-reforzamiento, han sido protectores para el consumo de sustancias en latinoamericanos y otros grupos étnicos (Griffin, Botvin, & Scheier, 2006). Un estilo de afrontamiento evitativo, junto con una alta apreciación de amenaza, predice conductas de consumo de sustancias en población latinoamericana, especialmente en aquellos sin hogar o indigentes (Nyamathi, Stein, & Brecht, 1995).

3.3.4 Autoestima

En estudiantes latinoamericanos, la baja autoestima se encuentra entre los factores que predice la iniciación en el consumo de sustancias: aquellos que puntúan bajo en escalas de autoestima tienden a tener mayor riesgo para la iniciación del consumo de sustancias al año siguiente (Zapata et al., 1998). Así mismo, en población adulta latinoamericana, puntuaciones bajas en autoestima se encuentra asociado con el consumo de alcohol (Lindenberg et al., 1999).

3.3.5 Conducta desviada o problemas conductuales.

La conducta desviada se ha encontrado como variable pronóstica para la iniciación del consumo de sustancias en población joven latinoamericana (Zapata et al., 1998). Respecto al consumo de alcohol, presentar conductas desviadas en población adolescente es predictora para la iniciación en el consumo, consumo actual, y planes de consumo en el futuro de dicha sustancia (Epstein, Botvin, & Diaz, 1999). Así mismo, problemas conductuales con altos niveles de síntomas de hiperactividad, se han encontrado directamente relacionado con el consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia temprana de latinoamericanos (Lopez et al., 2008).

3.3.6 Trastornos o alteraciones psiquiátricas.

Trastornos o alteraciones psiquiátricas, especialmente los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, se han encontrado como trastornos comórbidos o asociados al consumo de alcohol en población latinoamericana; sin embargo, la comorbilidad psiquiátrica varía en prevalencia según el país de origen del inmigrante, por lo cual existe un componente cultural que sirve como factor protector o de riesgo para la aparición de trastornos comórbidos. Como ejemplo, el efecto protector que tiene la natividad (o país de origen) en la aparición de la comorbilidad psiquiátrica mostrada en la población inmigrante mexicana, respecto a la población mexicana nacida en Estados Unidos, no se generaliza a puertorriqueños o cubanos (Alegria, Canino, Stinson, & Grant, 2006).

3.3.7 Actitud hacia el consumo de alcohol y otras drogas.

Los latinoamericanos que muestran actitudes tolerantes respecto al consumo de las drogas, muestran mayor consumo de ellas (Lindenberg et al., 1999); y aquellos que muestran actitudes tolerantes hacia la bebida, muestran mayor consumo y susceptibilidad hacia el alcohol (Elder et al., 2000).

3.3.8 Consumo de alcohol previo y consumo de otras sustancias.

Entre los hombres y las mujeres latinoamericanas, aquellos que reportan episodios de consumo excesivo se encuentran con mayor riesgo para tener abuso y/o dependencia al alcohol (Caetano, Ramisetty-Mikler, Wallisch et al., 2008). Del mismo modo, se ha encontrado que el uso de drogas está asociado con un incremento en la probabilidad de tener consumo excesivo de alcohol, lo cual a su vez, incrementa el riesgo para el consumo de drogas y depresión (Zayas, Rojas, & Malgady, 1998). El consumo de otras sustancias, específicamente de tabaco y marihuana, es predictor del consumo de alcohol en población latinoamericana adolescente, pero con efectos diferenciados según el género (Epstein et al., 1999).

Es importante destacar que el consumo de sustancias antes de la llegada al país de acogida, es un predictor significativo para el consumo de alcohol y tabaco (Loury & Kulbok, 2007).

3.4 FACTORES INTERPERSONALES/SOCIALES.

3.4.1 Factores familiares.

Los factores familiares tienen un efecto destacado sobre las conductas de consumo de sustancias en latinoamericanos niños, adolescentes y adultos (De la Rosa & White, 2001). La familia juega un rol primordial en la cultura latinoamericana, por lo cual es un factor relevante de considerar cuando se habla del desarrollo de conductas de consumo en adolescentes latinoamericanos (Szapocznik et al., 2007). En un estudio comparativo de estudiantes latinoamericanos y caucásicos, la influencia familiar era significativa sólo

para los latinoamericanos jóvenes (Corbin, Vaughan, & Fromme, 2008). Así mismo, las variables familiares influyen en el efecto que pueda ejercer los rasgos de personalidad en el consumo de sustancias (Brook et al., 1997).

Las estrategias preventivas dirigidas a la juventud latinoamericana enfatiza la importancia de las intervenciones familiares, dada su particular importancia como factor protector dentro de la comunidad latinoamericana; resultados de un estudio de 5 años en Estados Unidos, con una muestra de 10.500 jóvenes, y que incluía cerca de 3000 latinoamericanos, muestra que los factores familiares estaban fuertemente relacionados con el consumo de alcohol, particularmente entre las jóvenes latinoamericanas (Sale et al., 2005). El deterioro de los valores familiares, y de las actitudes y conductas típicas de las familias tradicionales latinoamericanas, afectan la relación entre la aculturación y el estrés de aculturación, y entre la aculturación y el consumo de alcohol (Gil et al., 2000). Y procesos familiares que comúnmente son factores de riesgo para el abuso de sustancias, pueden ser exacerbados por los procesos relacionados con la aculturación (Szapocznik et al., 2007).

Entre los procesos familiares registrados como factores de riesgo o protección para el consumo de sustancias están: i) *los conflictos familiares*, asociado con el consumo actual y posterior de sustancias, incremento en las transiciones del consumo de drogas, y como mediador del efecto de la aculturación sobre el consumo (Brook et al., 2007; De La Rosa et al., 2006; McQueen et al., 2003; Richardson, Newcomb, Myers, & Coombs, 2002); ii) *la conexión familiar*; teniendo efectos positivos a largo plazo para retardar o reducir el consumo de alcohol, especialmente en mujeres jóvenes; iii) *la supervisión familiar*, para disminuir la probabilidad de consumo de alcohol (Sale et al., 2005); iv) *el apoyo familiar*, para aminorar la probabilidad de consumo (Rhodes, Gingiss, & Smith, 1994); v) *la calidez o “calor” familiar*, para prevenir la asociación con amigos o pares que usan drogas en la adolescencia temprana (Murguia, Chen, & Kaplan, 1998); vi) *buena comunicación padre/madre - hijos*, para evitar la susceptibilidad al consumo de alcohol (Elder et al., 2000); vii) *actitudes tolerantes o permisivas de los padres hacia el consumo*, asociado con el consumo de sustancias (Gfroerer & De La Rosa, 1993); viii) *mensajes parentales de machismo o masculinidad a través del consumo*, para promover el consumo de alcohol especialmente en los varones (Beck & Bargman, 1993); ix) *consumo de padres o familiares cercanos*, asociado con el uso actual o futuro

de sustancias (Brook et al., 2007; Epstein et al., 1999; Lindenberg et al., 1999; Rhodes et al., 1994; Richardson et al., 2002); y x) las *actitudes favorables de la familia hacia las conductas desviadas*, asociado con un mayor número de transiciones en el consumo de drogas (De La Rosa et al., 2006).

Un aspecto diferencial entre géneros, relevante de señalar, es que la *desaprobación parental* es especialmente protectora para los varones jóvenes, y la *conexión familiar* para las mujeres jóvenes (Sale et al., 2005).

3.4.2 Consumo de pares o amigos.

El contacto con pares o amigos que consumen, igual que en otros grupos étnicos, tiene influencia en el consumo de sustancias en población latinoamericana. Específicamente, a mayor número de amigos que consumen drogas ilícitas, mayor es la probabilidad de consumo o de incrementar el consumo de sustancias en la población adulta (De la Rosa & White, 2001; Lindenberg et al., 1999; Wu et al., 2008); y el consumo de pares de alcohol y otras drogas, está directamente relacionado con el consumo actual y posterior de alcohol y drogas en adolescentes (De La Rosa et al., 2006; De la Rosa & White, 2001; Epstein et al., 1999; Lopez et al., 2008; Rhodes et al., 1994; Richardson et al., 2002). Especialmente en jóvenes latinoamericanos, la fuerte influencia de los pares se ha detectado cuando se observaba que tomar bebidas alcohólicas es una forma de “encajar” o ser parte de una multitud (Beck & Bargman, 1993).

Sin embargo, es importante considerar que un estudio previo llevado a cabo con población estudiante, muestra que las percepciones de conducta de los pares tiene una mayor influencia para consumir en población caucásica que en latinoamericanos; y por el contrario, la influencia familiar solo tiene un efecto significativo en la conducta de los latinoamericanos, y no en los caucásicos. Por lo cual se concluye que las intervenciones dirigidas a la familia son más relevantes para los latinoamericanos, que aquellas intervenciones enfocadas en el consumo de pares (Corbin et al., 2008).

3.4.3 Involucración en actividades religiosas.

Se ha mostrado que la participación religiosa aminora la probabilidad de consumir alcohol horas previas a la entrada en emergencias en clínicas u hospitales, y se asocia con un incremento en la probabilidad de abstenerse del alcohol; sin embargo, si el individuo decide consumir alcohol, su participación religiosa o creencias religiosas no tienen impacto en su probabilidad de desarrollar problemas por el consumo de alcohol (Bazargan, Sherkat, & Bazargan, 2004). En niños, adolescentes y adultos con consumo de sustancias, la involucración con instituciones religiosas tienen un gran efecto en las conductas de consumo (De la Rosa & White, 2001).

Otro aspecto resaltante, es que se ha encontrado efectos diferentes en el consumo de alcohol según el tipo de religión que se practica. La participación en comunidades religiosas que tiene normas prohibitivas u objetan el consumo de alcohol (como es la religión protestante), tiene mayor efecto para reducir el consumo de alcohol que la participación en una doctrina religiosa que no tiene normas respecto al consumo (como es la religión católica) (Ford, 2006).

3.4.4 Las Actividades extraescolares o fuera de la escuela, tienen un efecto protector destacado sobre las conductas de consumo de drogas, en niños y jóvenes latinoamericanos (De la Rosa & White, 2001).

3.4.5 Experiencia positiva o acoplamiento con la escuela.

Experiencias positivas con la escuela tiene un efecto directo en la reducción del consumo de sustancias en jóvenes (Murguía et al., 1998). El bajo desempeño escolar se encuentra directamente relacionado con el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes latinoamericanos (Lopez et al., 2008), y el absentismo escolar con el incremento de las transiciones en el consumo de sustancias (De La Rosa et al., 2006).

3.5 FACTORES AMBIENTALES O CONTEXTUALES.

3.5.1 La facilidad en la obtención del alcohol, se ha encontrado asociado con la iniciación del consumo, y consumo de alcohol actual en adolescentes latinoamericanos (Epstein et al., 1999).

3.5.2 La discriminación racial o estigma racial/étnica.

Se ha referido que el estigma racial o étnico contribuye de forma significativa a que exista mayores índices de consecuencias sociales adversas debido al consumo de alcohol y síntomas de dependencia al alcohol, en población latinoamericana y afroamericana de Estados Unidos (Mulia, Ye, Greenfield, & Zemore, 2009). Así mismo, el nivel de estrés en población inmigrante es mayor para aquellos que perciben que no están siendo integrados en la sociedad (Rotenberg, Kutsay, & Venger, 2000). Un estudio relevante de citar es el estudio de Mulia y cols., (2008), en el cual encuestan a una muestra representativa de personas mayores de dieciocho años, y señalan que el trato injusto y la alta estigma racial (entre minorías) implica más del doble de probabilidad de riesgo de problemas por el consumo de alcohol, siendo parcialmente explicado por el estrés o malestar psicológico; así mismo las experiencias de desventaja mostraron un efecto similar sobre el consumo de alcohol, tanto en minorías como en los blancos de Estados Unidos. En jóvenes latinoamericanos, la discriminación se ha encontrado asociada con mayores niveles de consumo de alcohol y marihuana (Gil et al., 2004).

3.5.3 Vecindario o barrio donde se habita.

El estatus socioeconómico del barrio o vecindario, se ha visto significativamente asociado con el consumo de drogas; sin embargo, las redes personales del individuo parece mediar las relaciones entre el vecindario y el consumo de sustancias (Wu et al., 2008). De la misma forma, vivir en vecindarios con un alto nivel de crimen se ha encontrado asociado con un incremento en las transiciones en el consumo de drogas en jóvenes (De La Rosa et al., 2006).

3.5.4 Falta de trabajo o inseguridad laboral.

En latinoamericanos, el desempleo y la inseguridad laboral está asociada con un mayor riesgo de abuso o dependencia al alcohol (Caetano & Clark, 1998; Finch et al., 2003; Wallisch & Spence, 2006). Y la deprivación económica ha mostrado estar correlacionada de forma importante con el uso de sustancias y problemas asociados al consumo (Wallace, Jr., 1999).

CAPÍTULO 4
JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Considerando los antecedentes teóricos expuestos, se exponen a continuación los supuestos que justifican la realización del siguiente trabajo de investigación, y que determinan la relevancia de su realización.

i) El aspecto más relevante que justifica la realización de esta investigación, es que *se carecen de estudios longitudinales con población latinoamericana inmigrante en España, que permita determinar factores asociados con el consumo de alcohol perjudicial, y los factores asociados con el aumento, reducción o mantenimiento de este tipo de consumo.* La Oficina Regional para Europa, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declara que para conseguir una reducción significativa de los problemas relacionados con el alcohol, es necesario un enfoque poblacional dirigido a la reducción del consumo en general, además de un enfoque dirigido a los bebedores excesivos (Edwards et al., 1994; Robledo, 2002). Son necesarios estudios en España con inmigrantes latinoamericanos, que determinen factores protectores para problemas de salud mental y conductas de alto riesgo, con el fin de realizar intervenciones en el área clínica y preventiva efectivas para este grupo poblacional (Zarza & Sobrino, 2007).

ii) *El estudio aportará información sobre los aspectos culturales que se encuentran relacionados con la resiliencia para el consumo de alcohol perjudicial o dependencia al alcohol en población latinoamericana inmigrante.* La resiliencia es medida por el grado en que las personas o comunidades son productivas o saludables, a pesar de las dificultades, los traumas y los obstáculos en su medio ambiente (Bogensneider, 1996). Además de los atributos personales, los factores culturales son importantes para la resiliencia, dado que pueden aumentar o aminorar los riesgos en el ambiente (Marsiglia, Miles, Dustman, & Sills, 2002). Como señalan Alegría y cols., (2008), con el fin de realizar programas de tratamiento y prevención culturalmente apropiados, es un elemento clave el identificar y comprender los componentes culturales específicos que son protectores o de riesgo para la psicopatología.

iii) Dada la reciente inmigración en el país, y la escasez de estudios longitudinales o de estudios transversales comparativos, poco se puede documentar sobre la existencia o no de la paradoja de salud del inmigrante en España (Zarza & Sobrino, 2007); por lo cual, *los resultados de este estudio pueden ayudar a prevenir el empeoramiento de las conductas relacionadas con el consumo, en caso de que ocurra la misma paradoja de salud ocurrida en Estados Unidos.*

iv) Debido a que en la Teoría Sintética de la Motivación de West, en la cual se basa la reciente Teoría de la Adicción (West, 2006), las evaluaciones y los motivos tienen un rol primordial dentro del sistema motivacional para la ejecución de las conductas de consumo, *es necesario evaluar las creencias y motivos asociados al consumo, además de los factores ambientales asociados al cambio de la conducta de consumo del alcohol y otras sustancias en población latinoamericana inmigrante.*

v) El estudio *permitirá determinar estresores que son particulares sobre el proceso de migración hacia España, y de cómo estos se asocian con conductas de consumo de sustancias en población latinoamericana; es decir, estresores que pueden ser diferentes o similares a los señalados en estudios previos sobre inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos, ampliando así el área de conocimiento en el área de inmigración y consumo.*

vi) Finalmente, este estudio *aportará información sobre inmigrantes de otros grupos étnicos latinoamericanos, como son por ejemplo los ecuatorianos, de los cuales se carecen de estudios a nivel internacional, por ser un grupo no mayoritario en Estados Unidos.*



III. MARCO METODOLÓGICO

<p style="text-align: center;">CAPÍTULO 1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.</p>

1.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del estudio es explorar los factores sociodemográficos, individuales, interpersonales y ambientales asociados con el consumo perjudicial de alcohol, y con la reducción, aumento o mantenimiento del consumo de alcohol, en población inmigrante latinoamericana residiendo en la ciudad de Valencia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar los factores, sociodemográficos, individuales, interpersonales y ambientales asociados con el consumo de alcohol perjudicial en población inmigrante latinoamericana.

2. Determinar los factores, sociodemográficos, individuales, interpersonales y ambientales asociados con el aumento y reducción del consumo de alcohol de población inmigrante latinoamericana.

3. Determinar los factores sociodemográficos, individuales, interpersonales y ambientales asociados al mantenimiento del tipo de consumo de alcohol (perjudicial, no perjudicial) en población inmigrante latinoamericana.

4. Determinar los factores sociodemográficos, individuales, interpersonales y ambientales asociados con el mantenimiento de la abstinencia del consumo de alcohol en población inmigrante latinoamericana.

5. Explorar opiniones y sugerencias de inmigrantes latinoamericanos sobre medidas efectivas para la prevención o reducción del consumo de alcohol, y otras drogas lícitas e ilícitas en la comunidad.

6. Explorar las barreras de accesibilidad y permanencia en tratamiento por abuso o dependencia de alcohol percibidas en población latinoamericana inmigrante.

7. Establecer propuestas de intervención a nivel preventivo y asistencial para el consumo perjudicial de alcohol, específicas para el colectivo de latinoamericanos inmigrantes.

1.3 HIPÓTESIS:

Se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Puesto que el trato injusto se ha asociado con más del doble de probabilidad para el riesgo de problemas con el consumo de alcohol por el estrés psicológico que genera, se hipotetiza que la variable percibir discriminación o trato injusto se asociará con el consumo perjudicial de alcohol y aumento del consumo de alcohol.

Hipótesis 2: Puesto que los factores familiares tienen un efecto destacado sobre las conductas de consumo de sustancias en niños, adolescentes y adultos latinoamericanos; se hipotetiza que diversas variables familiares se encontrarán asociadas con el consumo de alcohol perjudicial, aumento del consumo, reducción del consumo, mantenimiento del consumo no perjudicial y abstinencia al alcohol.

Hipótesis 3: Puesto que los sujetos que se encuentran más adaptados a las normas o valores culturales del país de acogida presentan menor estrés de aculturación, se hipotetiza que el tener menor adaptación a la vida en España y/o tener menor gusto por vivir en España se encontrará asociado con el consumo perjudicial de alcohol y el aumento del consumo de alcohol.

Hipótesis 4: Puesto que las situaciones estresoras predisponen el consumo de alcohol, se hipotetiza que variables relacionadas con el estrés de aculturación se encontrarán asociadas con el consumo perjudicial de alcohol y aumento del consumo de alcohol.

Hipótesis 5: Puesto que las situaciones sociales predisponen el consumo de alcohol, se hipotetiza que factores como son el consumo de pares o familiares, consumo de pareja, y aumento del tiempo libre o de ocio, se encontrará asociado con el consumo de alcohol.

CAPÍTULO 2 PROCEDIMIENTO

Se realizó llamada telefónica a 420 latinoamericanos, que pertenecen a una muestra más amplia de 610 latinoamericanos, que fueron encuestados durante noviembre y diciembre del 2005. De los 610 participantes, 420 proporcionaron sus números de teléfono para poder ser contactados para posteriores estudios.

El contacto por teléfono se realizó siguiendo los lineamientos de un formato estructurado: “*guión para el primer contacto telefónico*” (**anexo 1**). De los 420 latinoamericanos, 114 (27%) personas pudieron ser colectados para el estudio, a los cuales se les administró el *cuestionario inicial* (**anexo 2**), seguido por el cuestionario *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* (**anexo 3**). Previo a la administración de los cuestionarios, los participantes tenían que confirmar que habían sido entrevistados en el 2005, y afirmar que tenían disponibilidad e interés de participar en el estudio.

Sobre los 306 sujetos no entrevistados: 24 (5.7%) quisieron participar en el estudio, pero no se pudieron localizar posteriormente para realizar las preguntas del cuestionario; 10 (2.4%) no quisieron participar en el estudio; y los restantes no tenían número válido de teléfono, o no se podían contactar por no ser atendida la llamada o encontrarse ocupada la línea. De los entrevistados, 97 (87.4%) mostró interés en participar en una entrevista de 1 hora.

De los 114 latinoamericanos que fueron entrevistados vía telefónica, posteriormente se entrevistaron a 27 de ellos siguiendo un *guión de entrevista semi-estructurada* (**anexo 4**). Para la selección de estos participantes, se realizó una agrupación de los 114 participantes entrevistados por vía telefónica en las siguientes categorías (utilizando el punto de corte AUDIT baremo internacional): Grupo 1: Aumentaron a consumo perjudicial de alcohol; Grupo 2: Disminuyeron a consumo de alcohol no perjudicial o de riesgo; Grupo 3: Mantuvieron consumo perjudicial; Grupo 4: Mantuvieron consumo no perjudicial; y Grupo 5: Mantuvieron abstinencia del alcohol. Se realizó la agrupación con el fin de contactar al azar sujetos que pertenecieran a los diferentes grupos. Se contactaron por vía telefónica a los participantes que manifestaron interés de participar en la entrevista personal.

Dado que algunos entrevistados podrían manifestar temor por ser grabados, y porque el tema del consumo de drogas suele ser un tema tabú en la cultura latinoamericana, algunas entrevistas semi-estructuradas se grabaron digitalmente y otras no, dado que podía representar un posible sesgo en la recolección de los datos. El tiempo aproximado en la realización de las entrevistas era de 40 minutos.

La muestra considerada para los análisis cuantitativos es de 113 sujetos, debido a que un caso fue excluido por dudarse, durante la realización de la entrevista semi-estructurada, de su participación en la encuesta dos años previos; sin embargo, se consideraron sus respuestas para el análisis cualitativo.

CAPÍTULO 3 INSTRUMENTOS

Se describen a continuación los instrumentos de recolección de datos utilizados.

- **“Cuestionario inicial”**. Es un cuestionario administrado por vía telefónica (**anexo 2**), que tiene un tiempo aproximado de 5 minutos para cumplimentarse. Compuesto por 14 ítems, recoge variables sociodemográficas, sobre la adaptación y satisfacción por vivir en España, y sobre el consumo actual de alcohol y otras drogas. Parte de las preguntas incluidas en este cuestionario fueron preguntadas dos años previos durante la encuesta en la que participaron previamente los sujetos de este estudio.

- El **Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)** (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993) validado con población residiendo en España (Rubio, Bermejo, Caballero, & Santo-Domingo, 1998) (**anexo 3**) identifica consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, y sobre una posible dependencia. Ha sido elaborado por la Organización Mundial de la Salud y validado a nivel internacional en varios países. Compuesto de 10 ítems, mide las siguientes dimensiones: consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia al alcohol y consumo perjudicial de alcohol. A nivel internacional se ha estimado el punto de corte ≥ 8 para identificar a bebedores con consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, para una mayor sensibilidad y especificidad del instrumento, se utiliza el punto de corte ≥ 5 para mujeres y ≥ 7 para hombres (Gual, Segura, Contel, Heather, & Colom, 2002).

- **Guión de entrevista semi-estructurada (anexo 4)**. Consiste en preguntas abiertas y cerradas, con el fin de ser realizadas en una entrevista personal, cara a cara. El cuestionario recoge información sobre la percepción que tiene el sujeto respecto a si ha disminuido, aumentado o mantenido su tipo de consumo de alcohol desde que fue entrevistado dos años previos, y sobre los factores que percibe como influyentes para el cambio o mantenimiento de su consumo. Así mismo, el cuestionario indaga sobre las creencias que se pueden considerar asociados al consumo o no consumo de alcohol y otras sustancias (ej. percepciones sobre las drogas, su peligrosidad, de los drogodependientes y de cómo estos caen en el consumo); sobre la discriminación

percibida, que permite definir los tipos de discriminación que perciben los latinoamericanos inmigrantes en España; opiniones sobre las medidas de prevención, que permite adquirir información sobre las medidas que se perciben como apropiadas y efectivas para la prevención del consumo de alcohol, además de explorar indirectamente otros factores ambientales percibidos como asociados al consumo; y finalmente, preguntas sobre la asistencia sanitaria, que indagan barreras de accesibilidad y adherencia al tratamiento percibidas, para la asistencia de inmigrantes latinoamericanos con problemas de consumo perjudicial de alcohol.

El cuestionario se divide en las siguientes secciones: a) consumo actual de alcohol y otras drogas; b) percepciones, creencias y opiniones (de la peligrosidad percibida de las drogas, acerca de las personas drogodependientes, y sobre lo que son las drogas); c) representaciones mentales; d) motivos; e) deseos; f) factores ambientales; g) prevención, y h) asistencia sanitaria.

La entrevista fue elaborada utilizando preguntas que fueron incluidas en la encuesta realizada dos años previos, y considerando el marco teórico de la “Teoría de la Adicción” de West y su Teoría Sintética de la Motivación (West, 2006), por lo cual se ha enfatizado explorar motivos, deseos, representaciones mentales, y otras cogniciones asociadas al consumo, por tener estas, dentro de esta teoría, una influencia determinante en el proceso de cambio de la conducta adictiva o en el consumo de sustancias, además de los factores ambientales o externos, y otras áreas en el sistema motivacional (ver marco teórico para una descripción resumida de la teoría).

CAPÍTULO 4 MUESTRA

4.1 MUESTRA CONSIDERADA PARA LOS ANÁLISIS CUANTITATIVOS.

Se analizan los datos de 113 latinoamericanos inmigrantes residentes en la Ciudad de Valencia: 62 (54.9%) mujeres; y 51 (45.1%) hombres. La media de edad es de 36.34 ± 9.58 (35.28 ± 9.14 en mujeres; y 37.6 ± 10.0 en hombres). Respecto al país de origen, 48.7% (n=55) son de Ecuador, 30.1% (n=34) de Colombia, 11.5% (n=13) de Argentina, 4.4% (n=5) de Bolivia, 2.7% (n=3) de Cuba, y 2.7% (n=3) de Uruguay.

En la **tabla 1** se detalla las características sociodemográficas de la muestra total y por cada grupo según el género.

No se muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres por la edad ($Z= 1.217$; $p= 0.223$), el estado civil ($X^2=1.659$; $p=0.646$); el nivel de estudios ($X^2=10.50$; $p=0.105$); si tienen hijos o no ($X^2=0.183$; $p=0.678$); y sobre la ocupación actual ($X^2=4.436$; $p=0.218$).

4.2 MUESTRA DE ENTREVISTADOS PERSONALMENTE.

Fueron entrevistados 27 inmigrantes con la entrevista semi-estructurada: 14 (51.8%) hombres, y 13 (48.2%) mujeres. La edad media es de $32,3 \pm 9.5$. Respecto al país de origen, 59.3% (n=16) son de Ecuador, 29.6% (n=8) de Colombia, 7.4% (n=2) de Argentina, y 1 (3.7%) de Bolivia. En la **tabla 2** se observan las frecuencias y porcentajes de otras variables sociodemográficas.

CAPÍTULO 5
ANÁLISIS DE LOS DATOS.

5.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO.

5.1.1 Variables.

Se consideraron 28 variables independientes. Se detallan en la **tabla 3** las variables categorizadas en variables dicotómicas, con más de dos categorías, y variables continuas.

Entre las **variables dependientes** utilizadas para los análisis de toda la muestra tenemos:

1. Consumo perjudicial de alcohol ($AUDIT \geq 8$) en el 2008 (si/no).
2. Aumentó consumo (si/no): sujetos que puntuaron en el $AUDIT \leq 8$ en el 2005, y ≥ 8 en el 2008).
3. Disminuyó consumo (si/no): sujetos que puntuaron en el $AUDIT \geq 8$ en el 2005, y ≤ 8 en el 2008).
4. Mantuvo consumo perjudicial (si/no): sujetos que puntuaron en el $AUDIT \geq 8$ en el 2005, y ≥ 8 en el 2008).
5. Mantuvo consumo *no* perjudicial (si/no): sujetos que puntuaron en el $AUDIT \leq 8$ en el 2005, y $AUDIT \leq 8$ en el 2008).
6. Mantuvo abstinencia (si/no): sin consumo de alcohol en el 2005 y en el 2008.
7. Puntuación total AUDIT en el 2008 (variable continua).

En los análisis estadísticos realizados para cada grupo según el género, se utilizaron las mismas variables dependientes señaladas anteriormente, pero considerando el punto de corte específico para cada género: $AUDIT \geq 5$ en mujeres, y $AUDIT \geq 7$ en hombres.

5.1.2 PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS.

Se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- **Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney**, para comparar las medias de puntuaciones de dos grupos.

- **Prueba de X^2** , para comparar proporciones.

- **La prueba de Independencia**, utilizada para estudiar el grado de asociación entre las proporciones de respuesta de consumo perjudicial en la primera y segunda medición (en el 2005 y en el 2008); es decir, si el resultado es significativo, los sujetos que presentan puntuación $AUDIT \geq 8$ en primer pase, lo más probable es que también lo presenten dos años después, y análogamente para los sujetos con $AUDIT \leq 8$. Se utilizó igualmente para medir el cambio respecto al consumo de otras sustancias (Doménech & Navarro, 2006).

- **La Prueba de Simetría Relativa**, fue utilizado para medir el porcentaje de cambios producidos entre la primera y la segunda medición (en el 2005 y en el 2008), respecto al consumo perjudicial y no perjudicial de alcohol, y el consumo de otras sustancias (Doménech & Navarro, 2006).

- **Análisis univariante, con regresiones logísticas**, se utilizó para medir el grado de asociación de las variables dependientes dicotómicas, con cada una de las variables independientes. Se utilizó la *prueba de razón de verosimilitud*, como alternativa al X^2 de Pearson, dado que se recomienda su utilización como indicador para la selección de variables a utilizar en regresiones logísticas con varias variables independientes (Doménech & Navarro, 2006). Sin embargo, se señalan las variables que muestran una asociación significativa con el estadístico de X^2 de Pearson, con el fin de no desestimar alguna asociación estadísticamente significativa.

- **Análisis univariante**, con el fin de medir el grado de asociación de cada una de las variables independientes con las puntuaciones totales AUDIT (variable respuesta continua); utilizando las pruebas *U-de Mann-Whitney* (para variables independientes dicotómicas), *ANOVA* (para variables independientes continuas), y la **prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis** (para variables independientes de varias categorías).

- **Regresión Logística, método paso atrás con varias variables independientes**; se utilizó para determinar las variables independientes con mayor efecto sobre la variable dependiente “mantuvo consumo *no* perjudicial” (se utiliza como variable dependiente porque existe un mayor número de casos agrupados con esta variable, respecto a otras variables respuesta). Se estimaron dos modelos.

○ En el primero modelo (*modelo A*), se utilizaron como variables independientes aquellas que el análisis univariante mostraron una razón de verosimilitud $p < .20$, que es un criterio recomendado para la selección de variables a introducir en un modelo de regresión (Doménech & Navarro, 2006). Las variables incluidas fueron ocho: genero, edad, si estudia o trabaja en el 2008, satisfacción con trabajo y/o estudios en el 2008, adaptación a su vida en España en el 2008, consumo cannabis en el 2008, consumo de cocaína en el 2008, y puntuación total AUDIT en el 2005.

○ En el segundo modelo (*modelo B*), debido a que tiene más relevancia considerar variables que se han mostrado en este estudio con más probabilidad de manifestarse en población inmigrante latinoamericana, se mantienen las mismas variables incluidas en el modelo A, con excepción de la variable “consumo de cocaína en el 2008” y se incluye la variable “número de hijos en el 2008”, que en el análisis univariante muestra valores significativos con un valor $p < .30$, siendo este un criterio aceptable por algunos autores para su inclusión en un modelo de regresión (Doménech & Navarro, 2006).

Se utiliza en el análisis de regresión logística el **índice corregido de Nagelkerke**, para estimar el porcentaje de incertidumbre de los datos que explica el modelo; y la **prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow** que refleja el ajuste del modelo a los datos (Doménech & Navarro, 2006).

5.2 ANÁLISIS CUALITATIVO.

Para el análisis de las entrevistas semi-estructuradas se realizaron los siguientes pasos:

A. Se transcribieron en el ordenador las respuestas de los entrevistados y notas del entrevistador en secciones similares a las del cuestionario (ej. sección II sobre consumo de alcohol; sección III sobre consumo de tabaco y otras drogas, etc).

B. Se realizó un proceso de categorización de la información, que consiste en organizar y clasificar la información del entrevistado en base a la identificación de parcelas de contenido (categorías) dentro del discurso, agrupando sistemáticamente las

porciones de contenido semejantes e interrelacionándolas. La utilidad del proceso de categorización radica en su carácter de facilitador del condensamiento de la información (Ruiz & Ispizua, 1989).

C. Las categorías generadas se agruparon en áreas temáticas principales.

D. Se registraron en la base de datos los sujetos que señalaron cada categoría, y se contabilizó la frecuencia en que fue referida cada categoría con el fin de estimar los temas más referidos durante las entrevistas.



IV. RESULTADOS

CAPÍTULO 1
RESULTADOS CUANTITATIVOS.

1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE INDICADORES DE SATISFACCIÓN Y ADAPTACIÓN EN ESPAÑA, Y PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN O TRATO INJUSTO.

Resultados sobre el análisis descriptivo de los indicadores de satisfacción con el trabajo o estudio en la actualidad, la adaptación de su vida en España, el gusto por vivir en España, y sobre la percepción de discriminación y trato injusto, se detallan en la **tabla 4**.

La prueba U de Mann-Whitney muestra que no existen diferencias significativas por el género en las variables de “adaptación a su vida en España” tanto en el 2005 ($Z=-0.30$; $p=0.764$) como en el 2008 ($Z=-1.50$; $p=0.134$); y en la variable “*gusto por vivir en España*”, en el 2005 ($Z=-0.19$; $p=0.854$). Sin embargo si se encontraron diferencias significativas por el género respecto al gusto por vivir en España en el 2008 ($Z=-2.94$; $p=0.003$), señalando mayor gusto los hombres.

Respecto a la “*percepción de discriminación o trato injusto*” no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el 2005 ($Z=-0.96$; $p=0.339$).

1.2 CONSUMO DE ALCOHOL.

1.2.1 Respuestas de ítems del cuestionario AUDIT.

En el **2005**, 23.9% ($n=27$) de los participantes respondieron “nunca” al ítem 1 del cuestionario AUDIT: 29% ($n=18$) de las mujeres, y 17.6% ($n=9$) de los hombres; por lo tanto solo se le administró el cuestionario al 76.1% ($n=86$) de los sujetos: 71% ($n=44$) de las mujeres y 82.4% ($n=42$) de los hombres. En el **2008**, 15.0% ($n=17$) de los sujetos respondieron nunca al ítem 1 del AUDIT: 17.7% ($n=11$) de las mujeres, y 11.8% ($n=6$)

de los hombres; por lo tanto se le administró el cuestionario completo a 85.0% (n=96) de los sujetos: 82.3% (n=51) de las mujeres, y 88.2% (n=45) de los hombres.

En las **tablas 5, 6 y 7**, se detalla la frecuencia y proporción de respuestas de cada ítem del cuestionario AUDIT, y el rango promedio de cada grupo de género.

Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney muestra que en el 2005, los hombres respecto a las mujeres tienen mayores puntuaciones en el ítem 2, sobre el número de consumiciones de bebidas alcohólicas que suele realizar en un día de consumo normal ($Z=-2.62$; $p=0.009$); y en el ítem 3, sobre la frecuencia en que toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día ($Z=-2.379$; $p=0.017$). En el 2008, de igual forma los hombres puntúan en mayor medida que las mujeres en el ítem 2 ($Z=-3.827$; $p=0.000$), en el ítem 3 ($Z=-2.782$; $p=0.005$); y adicionalmente en el ítem 8 ($Z=-2.361$; $p=0.018$), que mide la frecuencia en que en el último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por haber estado bebiendo alcohol.

1.2.2 Proporción de sujetos con consumo perjudicial de alcohol, según el punto de corte AUDIT.

En la **tabla 8** se señala la proporción de sujetos con consumo perjudicial de alcohol en cada año de evaluación, según el punto de corte AUDIT ≥ 8 puntos (baremo internacional utilizado para toda la muestra), AUDIT ≥ 7 puntos (para solo hombres), y AUDIT ≥ 5 puntos (para solo mujeres).

Considerando el punto de corte AUDIT ≥ 8 en el 2005, aun cuando se observa que entre los hombres existe mayor proporción de sujetos con consumo perjudicial de alcohol respecto a las mujeres (23.5% hombres, 11.3% mujeres), esta no es una diferencia estadísticamente significativa ($X^2=2.99$; $p=0.083$). Y al considerar el punto de corte específico para cada género (AUDIT ≥ 7 , y AUDIT ≥ 5), en el 2005 similarmente no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en la proporción de sujetos con consumo perjudicial (27.5% hombres, 24.2% mujeres; $X^2=0.16$; $p=0.694$).

En el 2008, considerando el punto de corte AUDIT ≥ 8 , se muestra significativamente mayor proporción de hombres con consumo perjudicial respecto a las mujeres (17.6% hombres, 4.8% mujeres) ($X^2=4.94$; $p=0.026$); pero esta diferencia no se

observa considerando el punto de corte específico para cada género (23.5% hombres, 12.9% mujeres; $X^2=2.16$; $p=0.141$).

Considerando las puntuaciones AUDIT como variable respuesta continua (no categorizada en puntos de corte), la prueba U de Mann-Whitney muestra que los hombres muestran mayores puntuaciones respecto a las mujeres, tanto en el 2005 ($Z=-2.537$; $p=0.011$), como en el 2008 ($Z=-3.493$; $p=0.000$).

1.2.3 Proporción de sujetos que aumentaron, disminuyeron o mantuvieron su consumo de alcohol (perjudicial, no perjudicial, o abstinencia).

La proporción de respuestas de cada una de las variables dependientes dicotómicas se señalan en la **tabla 9**.

Considerando el punto de corte internacional ($AUDIT \geq 8$), las mujeres muestran mayor probabilidad de mantenerse sin consumo perjudicial (85.5% mujeres, 68.6% hombres; $X^2=4.62$; $p=0.032$); y los hombres más probabilidad de mantener su consumo perjudicial (9.8% hombres, 1.6% mujeres; $X^2=3.95$; $p=0.047$). No se encontraron diferencias significativas por el género en las variables de aumento del consumo (7.8% hombres, 3.2% mujeres; $X^2=1.19$; $p=0.275$), descenso en el consumo (13.7% hombres, 9.7% mujeres; $X^2=0.45$; $p=0.503$), y mantenimiento de la abstinencia (7.8% hombres, 8.1% mujeres; $X^2=0.00$; $p=0.965$).

Considerando el punto de corte según el género ($AUDIT \geq 7$ en hombres, y $AUDIT \geq 5$ en mujeres), 14.2% ($n=16$) disminuyó su consumo, 6.2% ($n=7$) aumentó su consumo, 11.5% ($n=13$) mantuvo el consumo perjudicial, y 68.1% ($n=77$) mantuvo su consumo no perjudicial. Diferencias significativas entre hombres y mujeres no se muestran en ninguna variable de cambio o mantenimiento del tipo de consumo (descenso del consumo: $X^2= 0.01$, $p=0.904$; aumento del consumo: $X^2= 2.11$, $p=0.146$; mantenimiento del consumo perjudicial: $X^2=0.45$, $p=0.503$; y mantenimiento del consumo no perjudicial: $X^2=1.24$; $p=0.265$).

1.2.4 Análisis del cambio del consumo de alcohol a través de proporciones (Prueba de Independencia, y prueba de simetría relativa).

Los resultados de la *Prueba de Independencia* (tabla 10), muestran que existe valores significativos en todos los puntos de corte, con excepción del punto de corte $AUDIT \geq 8$ en el grupo de solo mujeres. Esto indica que los latinoamericanos que presentan consumo perjudicial ($AUDIT \geq 8$) lo más probable es que también lo presenten posterior a los dos años, con excepción de las mujeres.

Se detallan a continuación los resultados de la *Prueba de Simetría Relativa*:

➤ **En la muestra total (n=113)**

- Utilizando el punto de corte $AUDIT \geq 8$:

- a) Porcentaje de sujetos que han cambiado su tipo de consumo: 16.8% (n=19).
- b) Porcentaje de sujetos con *consumo no perjudicial* ($AUDIT \leq 8$) en el 2005 y que han cambiado a *consumo perjudicial* ($AUDIT \geq 8$) en el 2008: 6.4% (n=6).
- c) Porcentaje de sujetos con *consumo perjudicial* ($AUDIT \geq 8$) en el 2005 y que cambiado a *consumo no perjudicial* ($AUDIT \leq 8$) en el 2008: 68.4% (n=13).
- d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2 = 43.49$; $p = 0.000$ ó $p < 0.00005$.
- e) Interpretación: Los datos indican que se ha producido un mayor porcentaje de cambios de sujetos con *consumo perjudicial* ($AUDIT \geq 8$) a consumo no perjudicial ($AUDIT \leq 8$), que a la inversa.

➤ **En mujeres (n=62):**

- Utilizando punto de corte $AUDIT \geq 8$:

- a) Porcentaje de sujetos que han cambiado su tipo de consumo: 12.9% (n=8).
- b) Porcentaje de sujetos con *consumo no perjudicial* ($AUDIT \leq 8$) en el 2005 y que han cambiado a *consumo perjudicial* ($AUDIT \geq 8$) en el 2008: 3.6% (n=2).
- c) Porcentaje de sujetos con *consumo perjudicial* ($AUDIT \geq 8$) en el 2005, y que han cambiado a *consumo no perjudicial* ($AUDIT \leq 8$) en el 2008: 85.7% (n=6).

d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2= 37.22$; $p= 0.000$ ó $p<0.00005$.

e) Interpretación: Considerando solo el grupo de mujeres, los datos indican que se ha producido un mayor porcentaje de cambios de sujetos con *consumo perjudicial* (AUDIT ≥ 8) a *consumo no perjudicial* (AUDIT ≤ 8), que a la inversa.

- Utilizando punto de corte AUDIT ≥ 5 :

a) Porcentaje de sujetos que han cambiado su tipo de consumo: 17.7% (n=11).

b) Porcentaje de sujetos con *consumo no perjudicial* (AUDIT ≤ 5) en el 2005, y que han cambiado a *consumo perjudicial* (AUDIT ≥ 5) en el 2008: 4.3% (n=2).

c) Porcentaje de sujetos con *consumo perjudicial* (AUDIT ≥ 5) en el 2005, y que han cambiado a *consumo no perjudicial* (AUDIT ≤ 5) en el 2008: 60.0% (n=9).

d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2= 24.21$; $p= 0.000$ ó $p<0.00005$.

e) Interpretación: Considerando solo el grupo de mujeres, los datos indican que se ha producido un mayor porcentaje de cambios de sujetos con *consumo perjudicial* (AUDIT ≥ 5) a *consumo no perjudicial* (AUDIT ≤ 5), que a la inversa.

➤ **En Hombres (n=51):**

- Utilizando punto de corte AUDIT ≥ 8 :

a) Porcentaje de sujetos que han cambiado su tipo de consumo: 21.6% (n=11).

b) Porcentaje de sujetos con *consumo no perjudicial* (AUDIT ≤ 8) en el 2005, y que han cambiado a *consumo perjudicial* (AUDIT ≥ 8) en el 2008: 10.3% (n=4).

c) Porcentaje de sujetos con *consumo perjudicial* (AUDIT ≥ 8) en el 2005, y que han cambiado a *consumo no perjudicial* (AUDIT ≤ 8) en el 2008: 58.3% (n=7).

d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2= 12.54$; $p= 0.001$ ó $p < 0.00005$.

e) Interpretación: Considerando solo el grupo de hombres, los datos indican que se ha producido un mayor porcentaje de cambios de sujetos con *consumo perjudicial* ($AUDIT \geq 8$) a *consumo no perjudicial* ($AUDIT \leq 8$), que a la inversa.

Utilizando punto de corte $AUDIT \geq 7$:

a) Porcentaje de sujetos que han cambiado su tipo de consumo: 23.5% (n=12).

b) Porcentaje de sujetos con *consumo no perjudicial* ($AUDIT \leq 7$) en el 2005, y que han cambiado a *consumo perjudicial* ($AUDIT \geq 7$) en el 2008: 13.5% (n=5).

c) Porcentaje de sujetos con *consumo perjudicial* ($AUDIT \geq 8$) en el 2005, y que han cambiado a *consumo no perjudicial* ($AUDIT \leq 8$) en el 2008: 50.0% (n=7).

d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2=7.52$; $p=0.011$.

e) Interpretación: Considerando solo el grupo de hombres, los datos indican que se ha producido un mayor porcentaje de cambios de sujetos con *consumo perjudicial* ($AUDIT \geq 7$) a *consumo no perjudicial* ($AUDIT \leq 7$), que a la inversa.

Se observa que existe menor proporción de sujetos masculinos que cambian de consumo perjudicial a no perjudicial comparado con las mujeres: 58.3% de cambios en hombres vs. 85.7% de cambios en mujeres, utilizando el punto de corte ≥ 8 ; y 50% vs. 60% utilizando el punto de corte según el género. Este último aspecto es consistente con los resultados obtenidos de la Prueba de Independencia, que señala una falta de asociación significativa entre las proporción de respuestas de consumo perjudicial ($AUDIT \geq 8$) en el 2005 y 2008 entre mujeres.

1.2.5 Resultados de Análisis Univariante con variables dependientes dicotómicas.

1.2.5.1 Consumo perjudicial de alcohol.

Las **tablas 11, 12, 13** muestran los resultados de las regresiones logísticas univariantes utilizando la variable dependiente *consumo perjudicial de alcohol*.

Entre las variables asociadas con el consumo perjudicial de alcohol ($AUDIT \geq 8$) en toda la muestra tenemos: el género ($X^2=4.94$; $p=0.026$) teniendo mayor proporción de respuesta los hombres, el consumo de cannabis en el 2008 ($X^2=5.66$; $p=0.017$), el consumo de cocaína en el 2008 ($X^2=4.56$; $p=0.033$), tener consumo perjudicial ($AUDIT \geq 8$) en el 2005 ($X^2=8.17$; $p=0.004$), tener menor número de hijos ($X^2=4.22$; $p=0.040$), y mayores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=15.12$; $p=0.000$).

En los hombres, utilizando el punto de corte $AUDIT \geq 7$, las variables asociadas son: tener $AUDIT \geq 7$ en el 2005 ($X^2=6.94$; $p=0.008$); menor número de hijos en el 2008 ($X^2=6.66$; $p=0.010$), y en el 2005 ($X^2=4.71$; $p=0.030$); y mayores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=6.32$; $p=0.012$).

En mujeres, utilizando el punto de corte $AUDIT \geq 5$, las variables asociadas son: consumir tabaco en el 2005 ($X^2=4.80$; $p=0.028$), consumir cannabis en el 2008 ($X^2=4.21$; $p=0.040$); tener consumo perjudicial ($AUDIT \geq 5$) en el 2005 ($X^2=9.45$; $p=0.002$); percibir discriminación o trato injusto en el 2005 (según el estadístico X^2 de Pearson: $p=0.027$); tener menor gusto por vivir en España en el 2005 ($X^2=11.50$; $p=0.021$); tener menor edad ($X^2=4.90$; $p=0.027$); tener menor adaptación de su vida en España en el 2008 ($X^2=4.35$; $p=0.037$); y tener mayores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=14.16$; $p=0.000$).

1.2.5.2 Reducción del consumo.

En las **tablas 14, 15 y 16** se señalan los resultados de las regresiones logísticas univariantes, utilizando la variable dependiente “*disminuyó consumo*”.

En la muestra total, las variables asociadas a la reducción del consumo (pasar de consumo de alcohol perjudicial a no perjudicial; $AUDIT \geq 8$ en el 2005, y $AUDIT \leq 8$ en 2008) son: como es de esperar, tener mayores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=24.16$; $p=0.000$). Y en hombres, considerando el punto de corte $AUDIT \geq 7$, igualmente son mayores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=14.08$; $p=0.000$).

En las mujeres, utilizando el punto de corte $AUDIT \geq 5$, las variables asociadas con la reducción del consumo son: mayores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=9.05$; $p=0.003$), mayor número de hijos ($X^2=6.13$; $p=0.013$). Y considerando el estadístico X^2 de Pearson, existen diferencias significativas por la ocupación actual en el 2008,

teniendo mayor probabilidad de disminuir su consumo las que estudian y trabajan (66.7%), seguidas por las que no estudian o trabajan (28.6%), y en mucha menor proporción las que solo trabajan (9.8%) ($p=0.032$).

1.2.5.3 Aumento del consumo de alcohol.

En la **tablas 17, 18 y 19** se detalla los resultados de las regresiones logísticas univariantes utilizando la variable dependiente “aumentó consumo”.

En toda la muestra, las variables asociadas con el aumento del consumo (AUDIT ≤ 8 en el 2005, y AUDIT ≥ 8 en el 2008) son: consumir tabaco en el 2008 ($X^2=4.25$; $p=0.047$); y consumir cocaína en el 2008 ($X^2=6.02$; $p=0.014$).

En hombres, considerando el punto de corte AUDIT ≥ 7 , las variables asociadas con el aumento del consumo son: consumir cocaína en el 2008 ($X^2=4.84$; $p=0.028$), y percibir discriminación y trato injusto en el 2005 ($X^2=7.84$; $p=0.049$).

Y en las mujeres, considerando el punto de corte ≥ 5 , las variables asociadas son: consumo de cannabis en el 2008 ($X^2=7.47$; $p=0.006$); en el 2005 tener ocupación laboral o de estudios (16.7%), las estudian y trabajan (20%) (X^2 de Pearson: $p=0.022$); y percepción de discriminación o trato injusto en el 2005 (33.3%; X^2 de Pearson: $p=0.031$).

1.2.5.4 Mantenimiento del consumo *no perjudicial* .

En la **tablas 20, 21 y 22** se muestran los resultados de las regresiones logísticas univariantes utilizando la variable dependiente “*mantuvo consumo no perjudicial*”.

En toda la muestra, las variables asociadas con el *mantenimiento del consumo no perjudicial* (AUDIT ≤ 8 en el 2005 y 2008) son: el género (mayor probabilidad las mujeres) ($X^2=4.62$; $p=0.032$); y tener menores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=68.65$; $p=0.000$).

En los hombres, utilizando el punto de corte AUDIT ≤ 7 las variables significativamente asociadas fueron: tener mayor número de hijos en el 2008; ($X^2=4.04$; $p=0.044$); y tener menores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=37.10$; $p=0.000$).

Y en el grupo de mujeres, utilizando el punto de corte AUDIT ≤ 5 , las variables asociadas fueron: tener mayor adaptación a su vida en España en el 2008 ($X^2=4.85$; $p=$

0.028); tener mayor gusto por vivir en España en el 2005 ($X^2=16.70$; $p=0.002$); y tener menores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=52.53$; $p=0.000$).

1.2.5.5 Mantenimiento del consumo perjudicial.

En las **tablas 23, 24 y 25** se observan los resultados de las regresiones logísticas univariantes utilizando la variable dependiente “*mantuvo consumo perjudicial*”.

En toda la muestra, las variables asociadas con el mantenimiento del consumo perjudicial ($AUDIT \geq 8$ en el 2005 y 2008) son: el género (ser hombre) ($X^2=3.95$; $p=0.047$); tener menor edad ($X^2=6.89$; $p=0.009$); menor número de hijos en el 2005 ($X^2=6.60$; $p=0.010$) y en el 2008 ($X^2=6.87$; $p=0.009$); y tener altas puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=23.49$; $p=0.000$).

En los hombres, utilizando el punto de corte $AUDIT \geq 7$, tenemos: tener menor edad ($X^2=4.58$; $p=0.032$); consumir cannabis en el 2005 ($X^2=4.90$; $p=0.027$); y mayores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=11.76$; $p=0.001$).

Y entre las mujeres, considerando el punto de corte $AUDIT \geq 5$, las variables asociadas son: menor adaptación a su vida en España en el 2008 ($X^2=7.33$; $p=0.007$); menor gusto por vivir en España en el 2005 ($X^2=14.63$; $p=0.006$); y mayores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($X^2=20.12$; $p=0.000$).

1.2.5.6 Mantenimiento de la abstinencia al alcohol.

En las **tablas 26, 27 y 28** se detalla los resultados de las regresiones logísticas univariantes utilizando la variable dependiente “*mantuvo abstinentes*”.

Entre las variables asociadas con el *mantenimiento de la abstinencia* en toda la muestra está el tener mucho gusto por vivir en España en el 2005 ($X^2=11.79$; $p=0.019$).

En los hombres no se encontraron variables significativamente asociadas con el mantenimiento de la abstinencia. Y en las mujeres se encontraron como variables asociadas: el tener hijos en el 2005 ($X^2=3.85$; $p=0.050$); y tener mucho gusto por vivir en España en el 2005 ($X^2=17.44$; $p=0.002$).

1.2.6 Resultados de Análisis Univariante con variable respuesta continua (puntuación total AUDIT).

En la muestra total, los resultados de la prueba U de Mann–Whitney utilizada para las variables independientes dicotómicas (**tabla 29**), muestra como variables significativamente asociadas con mayores puntuaciones AUDIT: el género (ser hombre) ($Z = -3.49$; $p = 0.000$); consumir cannabis en el 2008 ($Z = -2.26$; $p = 0.024$); consumir cocaína en el 2008 ($Z = -1.74$; $p = 0.018$); y tener puntuación AUDIT ≥ 8 en el 2005 ($Z = -4.39$; $p = 0.000$). Los resultados de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, no muestra valores significativos con las variables independientes de varias categorías (**tabla 30**). Los resultados de la prueba ANOVA (**tabla 31**), utilizado para las variables independientes continuas, muestra como variables asociadas: el tener menor edad ($F = 5.08$; $p = 0.026$); tener menor número de hijos en el 2008 ($F = 5.39$; $p = 0.023$), y en el 2005 ($F = 4.02$; $p = 0.049$); y tener mayores puntuaciones AUDIT en el 2005, ($F = 52.59$; $p = 0.000$).

En el grupo de hombres, los resultados de la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney (**tabla 32**) muestra que las variables significativamente asociadas con tener mayor puntaje AUDIT son: el consumir cocaína en el 2008 ($Z = -1.71$; $p = 0.039$); tener puntuación AUDIT ≥ 8 en el 2005 ($Z = -3.23$; $p = 0.001$), o AUDIT ≥ 7 en el 2005 ($Z = -3.63$; $p = 0.000$). Los resultados ANOVA (**tabla 33**), muestra como variables asociadas: el tener menor edad ($F = 4.17$; $p = 0.047$); y tener menores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($F = 13.77$; $p = 0.001$). Y los resultados de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (**tabla 34**) no muestra variables significativamente asociadas.

En el grupo de mujeres, los resultados de la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney (**tabla 32**) muestra que las variables significativamente asociadas a mayores puntuaciones AUDIT son: tener AUDIT ≥ 8 en el 2005 ($Z = -2.21$; $p = 0.027$). Los resultados de la Prueba ANOVA (**tabla 33**), muestra que es tener menor edad ($F = 4.26$; $p = 0.043$); tener mayores puntuaciones AUDIT en el 2005 ($F = 48.49$; $p = 0.000$); y el tener menos adaptación de su vida en España en el 2008, pero con valores casi significativos ($F = 3.76$; $p = 0.057$). La prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (**tabla 34**) no muestra variables significativamente asociadas.

1.2.7 Resultados de la regresión logística con varias variables independientes.

Los resultados obtenidos con el método de regresión logística incluyendo varias variables independientes, y utilizando como variable dependiente “mantuvo consumo no perjudicial” se observan en la **tabla 35**.

El **Modelo A** muestra como variables significativamente asociadas de forma negativa con el mantenimiento del consumo no perjudicial: el consumo de cannabis en el 2008, el consumo de cocaína en el 2008 y tener mayores puntuaciones AUDIT en el 2005. El índice corregido de Nagelkerke para el modelo final estimado fue de 0.758, lo cual indica que el modelo explica el 76% de la incertidumbre de los datos. Y la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow resultó no significativa ($X^2=6.77$; $p=0.342$), lo cual se refleja un buen ajuste del modelo a los datos.

En el **Modelo B**, las variables significativamente asociadas son: tener menores puntuaciones AUDIT en el 2005, y tener mayor satisfacción con el trabajo y/o estudios en el 2008. El índice corregido de Nagelkerke para el modelo final estimado fue de 0.774, que indica que el modelo explica el 77% de la incertidumbre de los datos. Y la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow resultó estadísticamente no significativo ($X^2=3.28$; $p=0.858$), lo cual refleja un buen ajuste del modelo a los datos.

1.3 CONSUMO DE TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS.

1.3.1 Análisis descriptivo.

Respecto al consumo de tabaco, y otras sustancias ilegales como el cannabis y la cocaína (**tabla 36**), en el 2005, en toda la muestra, 29.2% consume tabaco, 2.7% cannabis, y ningún sujeto consume cocaína u otras sustancias. Dos años posterior, en el 2008, 27.4% consume tabaco, 2.7% cannabis, y 0.9% cocaína. No se encontraron diferencias significativas por el género en el consumo sustancias, tanto en el 2005 (tabaco: $X^2=1.67$, $p=0.197$; cannabis: $X^2=3.75$, $p=0.053$); como en el 2008 (tabaco: $X^2=0.183$, $p=0.669$; cannabis: $X^2=0.577$, $p=0.447$; cocaína: $X^2=1.23$; $p=0.268$).

1.3.2 Análisis del cambio en el consumo: Resultados de prueba independencia y Prueba de Simetría Relativa.

Los resultados de la *Prueba de Independencia* (tabla 37) muestra valores significativos para el consumo de tabaco, cannabis y cocaína en toda la muestra; en el consumo de tabaco en mujeres; y en el consumo de tabaco en hombres. Sin embargo, respecto al consumo de cannabis en los hombres, no se muestran valores significativos.

Esto indica que los latinoamericanos inmigrantes que consumen otras sustancias diferentes al alcohol –entre ellos cocaína, tabaco, y cannabis- lo más probable es que también presenten posterior a los dos años el mismo tipo de consumo, con excepción del consumo de cannabis en hombres.

En los resultados de la *Prueba de Simetría Relativa* tenemos:

En Toda la muestra.

- Consumo de Tabaco:

- a) Porcentaje de sujetos que han cambiado su consumo de *tabaco*: 17.7% (n=20)
- b) Porcentaje de sujetos que no consumen *tabaco* en el 2005, y que cambian a consumir *tabaco* en el 2008: 11.3% (n=9).
- c) Porcentaje de sujetos que si consumen *tabaco* en el 2005, y que cambian a no consumir *tabaco* en el 2008: 33.3% (n=11).
- d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2= 7.82$; $p=0.005$.
- e) Interpretación: En toda la muestra, se ha producido un mayor porcentaje de cambios de consumo de *tabaco* a no consumo de esta sustancia, que a la inversa.

-Consumo de Cannabis:

- a) Porcentaje de sujetos que han cambiado su consumo de *cannabis*: 3.5% (n=4)
- b) Porcentaje de sujetos que no consumen *cannabis* en el 2005, y que cambian a consumir *cannabis* en el 2008: 1.8 % (n=2).
- c) Porcentaje de sujetos que si consumen *cannabis* en el 2005, y que cambian a no consumir *cannabis* en el 2008: 66.7% (n=2).
- d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2= 35.97$; $p=0.003$.

e) Interpretación: En toda la muestra se ha producido un mayor porcentaje de cambios de consumo de *cannabis* a no consumo de esta sustancia, que a la inversa.

➤ **En Mujeres.**

- Consumo de Tabaco:

a) Porcentaje de mujeres que han cambiado su consumo de *tabaco*: 14.5% (n=9).

b) Porcentaje de mujeres que no consumen *tabaco* en el 2005, y que cambian a consumir *tabaco* en el 2008: 10.6% (n=5).

c) Porcentaje de mujeres que si consumen *tabaco* en el 2005, y que cambian a no consumir *tabaco* en el 2008: 26.7% (n=4).

d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2= 2.35$; $p=0.201$.

e) Interpretación: En mujeres, se producen los mismos cambios: de consumo de *tabaco* a no consumo, y de no consumo a consumo.

➤ **En Hombres.**

- Consumo de Tabaco:

a) Porcentaje de hombres que han cambiado su consumo de *tabaco*: 21.6% (n=11)

b) Porcentaje de hombres que no consumen *tabaco* en el 2005, y que cambian a consumir *tabaco* en el 2008: 12.1% (n=4).

c) Porcentaje de hombres que si consumen *tabaco* en el 2005, y que cambian a no consumir *tabaco* en el 2008: 38.9% (n=7).

d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2= 4.93$; $p=0.037$.

e) Interpretación: En hombres se ha producido significativamente un mayor porcentaje de cambios de consumo de *tabaco* a no consumo, que a la inversa.

- Consumo de Cannabis:

a) Porcentaje de hombres que han cambiado su consumo de *cannabis*: 5.9% (n=3).

b) Porcentaje de hombres que no consumen *cannabis* en el 2005, y que cambian a consumir *cannabis* en el 2008: 2.1% (n=1).

- c) Porcentaje de hombres que si consumen *cannabis* en el 2005, y que cambian a no consumir *cannabis* en el 2008: 66.7% (n=2).
- d) Resultados de la prueba X^2 de Pearson: $X^2= 21.27$; $p=0.000$.
- e) Interpretación: En hombres se ha producido significativamente un mayor porcentaje de cambios de consumo de *cannabis* a no consumo, que a la inversa.

CAPÍTULO 2. RESULTADOS DE ANÁLISIS CUALITATIVO

2.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE CONSUMO DE LOS ENTREVISTADOS.

En la **tabla 38**, se detalla las características sociodemográficas de los participantes entrevistados con el guión de entrevista semi-estructurada. Así mismo, las puntuaciones AUDIT registradas en los dos años de evaluación (2005 y 2008), y la percepción del entrevistado respecto a si ha existido un cambio o mantenimiento de su consumo de alcohol desde la primera evaluación.

Considerando las puntuaciones AUDIT en el 2005 y en el 2008, y excluyendo un participante que señaló la posibilidad de no haber sido entrevistado en el 2005 (SUJETO 27)¹: 39% (n=10) personas disminuyeron su consumo, 12% (n=3) aumentaron su consumo, 15% (n=4) mantuvieron un consumo perjudicial, 19% (n=5) mantuvieron un consumo no perjudicial, y 15% (n=4) mantuvieron abstinencia o no consumo de alcohol.

Sobre la percepción del propio consumo respecto a los dos años previos, 14 reportaron que *disminuyeron* su consumo, y 13 reportaron que *mantuvieron* su consumo. En el 65% (n=17) de los casos (excluyendo el sujeto número 27), coincidió la percepción sobre el propio consumo de alcohol respecto a los dos años previos (disminuyó, aumentó o mantuvo consumo), con los resultados obtenidos sobre el cambio o no del consumo según las puntuaciones AUDIT registradas en el 2005 y en el 2008.

¹ El sujeto 27 no fue incluido en los análisis cuantitativos, debido a que se dudaba de su participación en el 2005; sin embargo, las respuestas obtenidas en la entrevista semi-estructurada si fueron incluidas en el análisis cualitativo.

2.2 CATEGORÍAS EMERGENTES DE LAS ENTREVISTAS.

Se detallan a continuación las categorías emergentes de las entrevistas realizadas, con su descripción y las oraciones o frases señaladas que los ejemplifican. Las categorías se han agrupado en 10 áreas temáticas principales: 1) factores asociados al consumo; 2) factores asociados a la reducción del consumo; 3) factores asociados al no consumo; 4) factores de la dinámica social contemporánea de España percibidos como precipitantes para el consumo de alcohol y otras drogas; 5) creencias sobre el alcohol y las drogas; 6) Percepción sobre los drogodependientes y de cómo han llegado al consumo de sustancias; 7) críticas y sugerencias sobre las medidas preventivas para el consumo de alcohol y otras drogas en España; 8) la asistencia sanitaria para inmigrantes latinoamericanos con abuso o dependencia al alcohol; 9) consumo de tabaco (factores asociados al aumento y reducción del consumo); y 10) discriminación percibida.

Se señalan todos los temas emergentes de las entrevistas además de aquellos que interesan principalmente por los objetivos del estudio (factores asociados al consumo, no consumo, reducción del consumo, y sobre las medidas preventivas y la asistencia). Estos temas permiten dar a conocer un marco más amplio sobre los factores de riesgo, protectores, o asociados al consumo de sustancias legales e ilegales en esta población; y sobre percepciones y creencias que se pueden considerar como culturales dentro de la muestra estudiada.

En la **tabla 39** se resumen los temas emergentes de cada una de las 10 áreas temáticas principales.

2.2.1 FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO.

1) *Diversión, festejo, o reunión con amigos.* Es el motivo más referido para consumir por los entrevistados. Se consume porque se está en fiestas o festejos ocasionales (ej. aniversarios), o cuando se reúnen con amigos para conversar, o después de jugar deportes (que suele suceder los fines de semana). Algunos lo señalan como relacionado con buscar olvidarse de los problemas; sin embargo, no se puede especificar que se consume para divertirse y así olvidar los problemas en todos los entrevistados. Refieren algunos que prefieren consumir en casa que en bares.

"Fiesta, un encuentro, una alegría..." (Sujeto 5).

"Distracción, reunirse con amigos. Muchas veces no conversas si no tienes algo en la mano. Así como las mujeres si no tienen un café no conversan. Es como si no tienes una cerveza no te salen las ideas" (Sujeto 9).

"Por estar con amigos, conversar, dialogar. Cuando me encuentro con hermanos o hago deportes, me tomo una cerveza" (Sujeto 8).

"Por divertirme...pasarle bien con los amigos. Olvidarme un poco de los problemas" (Sujeto 14).

"Fiesta...reunirse con unos amigos que no los has visto, que te invitan a una cena, a veces que me apetece estando en casa con mi pareja" (Sujeto 1).

"Para reunirnos con una sobrina o una hermana. Me gusta más tomar en casa que en bares" (Sujeto 19).

2) Bajo precio de alcohol en España. El percibir que se tiene mayor nivel adquisitivo para adquirir alcohol o por encontrarse más barato el consumo de alcohol en España, que en el país de origen, fue referido como respuesta de por qué se cree que existen más oportunidades de beber alcohol en España y sobre qué factores del entorno social se percibe como influyentes para el consumo de alcohol.

"Aquí hay más dinero para comprar lo que quieres. Allá [en Ecuador] el dinero es lo justo. Aquí con 20 € compras unas cuantas litronas y te emborrachas enseguida" (Sujeto 10).

"Porque aquí la vida es más barata que allá. Aquí uno lo ve más barato, y allá [Bolivia] más caro. Aquí si es posible se puede tomar todos los días. Allá son los fines de semana, unos sí y otros no. Si es posible, aquí todos los días tomo, porque en el Mercadona [supermercado] es muy barato" (Sujeto 14).

"En mi país [Ecuador] hay menos dinero, y no puedes darte el lujo de comprar, en cambio aquí vas al Mercadona [supermercado] y puedes comprarte infinidad" (Sujeto 23).

"Porque el vino es más fácil comprarlo por solo 2 euros, 15 ó 18 euros son allá en Colombia. Aquí es más barato, y beberlo desde casa. Allá en Colombia en la casa o en la calle es lo mismo de caro. Aunque allá esté el licor "yo me mato" que vale 2 euros también aproximadamente, pero es adulterado, y casi es puro alcohol" (Sujeto 24).

"Por el dinero, lo económico. Aquí se gana más. Solo por una botella nos teníamos que privar [en Colombia]. Aquí entre todos, 6 ó 7 personas, puedes comprar 2 ó 3 botellas en la discoteca; y porque en la casa puedes comprar lo que quieras...vas al Mercadona [supermercado] y puedes comprar lo que quieres. Es más asequible aquí, sea en casa o discoteca" (Sujeto 27).

3) No saber que influye, o nada influye para el consumo. Algunos entrevistados (n=8) refirieron que no existe en el entorno social un factor que influye para el consumo de alcohol, o que no sabían contestar a la pregunta sobre factores del entorno social que influyen para el consumo de alcohol.

4) Consumir para olvidar los problemas: para "desconectar", "relajarse", o "calmar los nervios". El consumir para aliviar tensión o estrés, para olvidar los problemas o circunstancias estresantes, se señaló como motivo para consumir alcohol, o como factor observado en otros latinoamericanos como asociado al consumo de alcohol. Pueden ser imágenes de sucesos, problemas o circunstancias adversas que se quiere

olvidar, ocurridos antes o después de la llegada del sujeto a España. Entre los sucesos que se consideran adversos, referidos como asociados al consumo destacan: el estar sin trabajo, la soledad, el estar lejos de la familia, y el tener problemas de pareja o familiares (factores que se detallan posteriormente).

"Por sentirme bien, estar un poco más a gusto, más contento. A veces también desconecto un poco...desconecto en ese momento, pero igual al otro día continúa los mismos problemas, las mismas cosas" (Sujeto 16).

"Dicen que sirve para aplacar los nervios o relajarse... mucha gente dice que es para calmar los nervios... (Sujeto 19).

"Si uno toma es para olvidar, pero creo que uno más lo recuerda" (Sujeto 14).

"Lo que ha sucedido...problemas" (Sujeto 1).

5) Problemas de pareja o conflictos familiares. Se ha señalado como factor precipitante para el consumo el tener conflictos familiares (ej. problemas con el padre), y conflictos de pareja. En los conflictos de pareja destacan temas de infidelidad o problemas en la relación que les incitaban a beber para olvidar esos problemas o "aliviar la ansiedad"; o para enojar al cónyuge. De igual forma, el tener problemas de pareja se especificó entre las imágenes para consumir, y entre las situaciones o sucesos que hacían surgir el deseo para consumir en el pasado.

"Una vez me dió por tomar por problemas con mi marido hace 2 años. Pero ya no... porque primero pienso en mi hijo. Problemas a veces que hay en el hogar, pero yo sé que esa no es la solución. Es más inteligente, buscar a no hacerme daño yo, sino buscarle la solución" (Sujeto 21).

"Tenía ansiedad por problemas en el hogar; traición de mi mujer, y por ello busqué refugio en el alcohol" (Sujeto 3).

"De mi padre [imagen que le incita a consumir]...porque no me llevo bien con mi padre. Me dan ganas de consumir cuando pienso en él...más o menos" (Sujeto 4).

"Y antes [tomaba] era por llevarle la contraria a mi mujer. Pero como ahora no dice nada, no se enfada... Mayormente, cuando nos enfadábamos, yo iba al bar para enfadarla más, llevarle más la contraria...Pero ahora los dos hemos dado un cambio. Antes nos pelábamos a cada rato, ahora no... y eso también influye. Antes éramos muy sensibles a muchas cosas, ahora nos hemos vuelto más duros, me entra por un oído y me sale por el otro si no es algo constructivo, que no tiene mucho sentido. Ahora dialogamos. Cuando uno dialoga, el otro escucha, y cuando terminó, ahora le toca escuchar a uno y que el otro dialogue. Es que antes no sabía escuchar, entender las cosas. Hemos aprendido a dialogar. Claro, ahora cada uno saca su carácter, pero ya uno sabe por donde entrarle" (Sujeto 15).

6) *Estar lejos de la familia y no verlos.* Se manifestó como motivo para consumir alcohol, y entre las imágenes que incitan a consumir alcohol. Así mismo, fue señalado como factor que ha influido para tener deseo de consumir (en abstinentes al alcohol), como factor asociado a que exista más oportunidad de consumir alcohol en España comparado con el país de origen, y como factor del entorno social o de lo que rodea a la persona que influye para el consumo.

Se asocia con sentimientos de melancolía y nostalgia de los cuales el sujeto busca evadirse a través del consumo, y se manifiesta como estrechamente relacionado a sentir soledad.

"Está relacionado [el beber alcohol] con cuestiones sentimentales, la familia... el estar lejos. No estar allí con la familia. Se pone uno melancólico, sentimental. Supongo

que con la droga será algo parecido...Casi siempre por la familia, porque cuando se llega a casa no se ve a la familia" (Sujeto 26).

"Dicen que acá [se consume alcohol] por la soledad, hablar de la familia..." (Sujeto 19).

"La nostalgia...la melancolía. El poco tiempo libre que tienes quieres olvidar en los que estás" (Sujeto 6).

"La soledad...puede ser por una parte. Estar lejos, no estar en casa de la familia" (Sujeto 21).

7) La soledad. Se manifestó como un elemento asociado al consumo de alcohol y como un factor ambiental o del entorno que influye para el consumo. Algunos lo señalan como relacionado al estar lejos de la familia.

"Antes la soledad...para evadir la soledad y tiempos difíciles...recién llegado...pero más la soledad, te da es por beber" (Sujeto 17).

"Yo aprendí a consumir fue aquí. Ahora como estoy al otro lado del charco, algunas veces lo fastidian a uno como para levantar la copa. La soledad...lo fastidian a uno algunas veces" (Sujeto 19).

"Para no estar solo, y por lo menos tener un poquito de alegría..." (Sujeto 3).

"La soledad. Puede ser por una parte. Estar lejos, no estar en casa de la familia" (Sujeto 21).

"Tomaba más cuando mi esposa se fue [a Colombia], y me quedé solo sin familia" (Sujeto 17).

8) *Estar sin trabajo o desempleado.* El recordar o pensar que se está sin trabajo se manifestó como una imagen adversiva que incita al consumo, y como un factor que permite tener más tiempo libre para salir con amigos y consumir. Así mismo, se refirió como un factor observado en otros latinoamericanos inmigrantes como asociado a que aumenten su frecuencia de consumo de alcohol. Por lo tanto, la falta de trabajo es un factor precipitante del consumo en dos vertientes: en una como causante de estrés y por lo cual induce al consumo para olvidar la situación de desempleo o aliviar tensión; y en otra como una circunstancia que permite tener más tiempo de libre para el consumo de alcohol por motivos de diversión o reunión con amigos.

“Me apetece tomar algo cuando recuerdo que estoy sin trabajo, y no tengo como pagar cosas, como el alquiler. Al pensar que no tengo trabajo, yo ni mi esposo, me apetece tomar una cerveza... pero me aguanto. ¿De donde saco dinero? ¿Qué hago?”
(Sujeto 7).

“Yo creo de la desesperación de no encontrar trabajo. He escuchado que algunos toman drogas para olvidarse de todo, escapar del mundo por un momento”(Sujeto 21).

“Por amistades, con amigos, cada quince días o una vez al mes, y ahora sin trabajo a lo mejor cada semana” (Sujeto 3).

9) *Percepción de mayor publicidad para el consumo en el entorno social español.* Se expresó como un factor del entorno social que influye para el consumo de alcohol, especialmente para niños y jóvenes. Específicamente, que la televisión emite mensajes para consumir en horas en que niños o jóvenes suelen verlo; y el que se exhiba propagandas o anuncios publicitarios en sitios públicos que son fáciles de leer por los niños o menores de edad.

"Las propagandas...hay muchas. Las de alcohol hay muchas y buenísimas, hasta con hormigas de caricatura. Las de tabaco las han reducido, ya no se ve mucho en la tv. Las sacan a cada hora, que los chicos los ven y por eso botellones con chicos tan jóvenes" (Sujeto 9).

"Aquí tienen un papel más importante los medios de comunicación, que refuerzan los mensajes" (Sujeto 18).

"En la televisión...una publicidad de alcohol durante los programas infantiles; y se ve publicidad a la altura de los niños" (Sujeto 23).

"Aquí muestran directamente el alcohol y el tabaco en los comerciales. No se ponen a pensar que hay sitios donde hay niños" (Sujeto 24).

10) Permisividad para el consumo de sustancias en España, junto con la pérdida de valores o costumbres del país de origen. Algunos refieren que este factor es lo que conlleva a que algunos inmigrantes latinoamericanos consuman más o se inicien en el consumo de alcohol y otras sustancias en España. Varios entrevistados manifestaron su percepción de que en España, comparado con el país de origen, es más normalizado o permitido el consumo de alcohol y otras drogas.

"Aquí los latinos que llegan se liberan es aquí. Aquí está más libre el consumo. Aquí van perdiendo los valores los latinoamericanos que llegan... esa integridad, esa unión...aquí van perdiendo mucho. Hay más unión en Colombia. Estar fuera de sus raíces, sus costumbres...Conozco gente que allá no consumieron pero aquí sí" (Sujeto 27).

11) Tener familiares que consumen excesivamente alcohol, fue expresado como un factor del entorno social que influye para el consumo.

"Mi tía... ¡uhhh!. ¡Toma mucho!. Mi tía 3 días se tira tomando, y un hermano que tengo, que también toma bastante" (Sujeto 14).

12) Habitar en la cultura española donde es común socializar en torno a la bebida. Vivir en la sociedad española, que incluye en su cultura diversas formas de socializar en torno a la bebida como son, por ejemplo, los botellones, el tour de tapas, y tomar bebidas alcohólicas entre las comidas, ha sido considerado como un factor ambiental que induce al consumo de alcohol.

"Veo que hay una idea social de reunión que está dada alrededor de la bebida, como por ejemplo el tour de tapas, el botellón. Hay una cultura más tendiente a tomar en grupo" (Sujeto 18).

"Hay la costumbre de tomar en el almuerzo, cena...de beber para todo. Es más aceptado socialmente, de comer con bebidas como el vino. Es porque hay tradición aquí de consumir en la mañana, en la tarde, todos los días" (Sujeto 23).

2.2.2 FACTORES ASOCIADOS A LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO.

1) Adquirir responsabilidades familiares y económicas, como son cuidar hijos, y pagar hipotecas, se señaló entre los factores asociados a la reducción del consumo.

"Antes bebía más. Salía mucho más. Ahora como tengo un hijo.... Ahora salgo solo los fines de semana, antes salía desde jueves, viernes, por allí..."(Sujeto 14).

"Ya no soy solo...tengo mi familia... tengo mi hija...y tengo que responder ya por ella. Ahora tengo muchas más responsabilidades. Ahora no nos podemos permitir...por

el factor económico. Ahorrar para llegar a fin de mes. El año pasado me compré una vivienda. Casi todo el sueldo se va en la vivienda” (Sujeto 15).

”Más responsabilidades...familia...deudas que he adquirido...” (Sujeto 17).

“El ritmo de vida aquí que ha cambiado. Antes de tener niña, era más libre que el viento. Y las amigas, que tenía tiempo de salir con ellas, iba por ello a fiestas, discotecas...” (Sujeto 6).

2) Aumentar la edad. El hacerse mayor o cambiar de edad fue manifestado como un factor influyente para la reducción del consumo de alcohol, dado que proporciona un cambio de perspectiva de vida, de “quitarse hábitos” que se cree ya no son necesarios (entre ellos el consumo excesivo de alcohol), o porque ya su organismo no resiste tomar alcohol en exceso, o salir con tanta frecuencia a discotecas o bares.

”Cambiar la perspectiva de la vida de uno. Madurez de uno. Y también las circunstancias, las obligaciones que le acarrearán a uno. Se vuelve uno más responsable, se quita hábitos que ya uno cree que no son necesarios” (Sujeto 22).

”Me llama más pasear, salir de viaje, que ir a una discoteca. Entonces al no ir casi a discotecas, bebes menos” (Sujeto 12).

“Y ya que también he evolucionado...más edad...antes mas “rumba” [fiesta]. Ya no es divertido las mismas cosas. El cuerpo no resiste lo mismo de antes” (Sujeto 17).

“Solo salgo con mis hijos. No salgo de diversión por allí. Creo que ha pasado la temporada esa. Ya tengo treinta y pico de años y ya he madurado un poco” (Sujeto 21).

3) Querer ser modelo o ejemplo para los hijos/as para el no consumo de alcohol y otras sustancias; y 4). No querer decepcionar o ser objeto de vergüenza de hijos/as por estar borracho/a. El asumir el rol de padre o madre, o de persona responsable de la educación de un menor, es una condición que influye en la reducción del consumo de alcohol en aquellos que consideran importante ser un “buen modelo” para los hijos, para que estos no adquieran hábitos de consumo de alcohol y otras sustancias. Así mismo, si consideran importante no ser objeto de vergüenza o decepción para el hijo/a por estar con conductas alteradas por el efecto del alcohol (estar borracho/a).

“Yo no compro en casa a raíz también de tener a mi hermano menor [de 15 años, hijo de padre que falleció], que está ahora a mi cargo, vive en mi casa. No quieres que te vea como un modelo borracho o fumando. Yo también dejé de fumar también para mi hija, el ejemplo de darle a mi hija...no quiero que ella a la larga fume. Darle ejemplo a mi hija...por eso voy afuera a un bar a beber, y no fumar. No puedes decirle a tu hija que no fume, y tu con un cigarro en la mano” (Sujeto 15).

“Desde que mis hijos están grandes, 1 año o por allí... [que dejó de tomar en exceso], porque se dan cuenta de todo” (Sujeto 8).

“Mi hijo está mayor, y una vez me vio borracha y me dijo que no quería verme así. Me dijo no... eso no...” (Sujeto 21).

5) Cuidar la salud. El tener problemas de salud, haber adquirido enfermedades en las cuales no es recomendable consumir alcohol (ej. diabetes, presión arterial alta), o porque les sienta mal para la salud el consumo de alcohol (ej: dolor de estómago), fue manifestado como asociado a la reducción del consumo de alcohol.

“Por el daño que te hace a nivel físico. Antes consumía mucho de viernes a domingo. Y también malestar, dolores de cabeza, dolor de panza. Ahora controlo más” (Sujeto 15).

"Hace un año [surgió el deseo de reducir el consumo], por la salud. La salud vale cualquier cosa" (Sujeto 22).

6) Estabilizarse en una relación de pareja, se expresó como un factor asociado a la reducción del consumo, dado que por ello se sale con menor frecuencia a discotecas o reuniones con amigos, comparado a cuando se está sin pareja, y por ahorrar dinero para estar en un futuro conviviendo juntos.

"Cuando se tiene novio es diferente. Me he estabilizado un poco en una relación [de pareja], ya uno empieza a preocuparse por otras cosas, comprar cosas para un futuro...ahorrar. Uno cuando es soltero sale más" (Sujeto 12).

"La niña, el marido. No salgo de fiesta con los amigos" (Sujeto 6).

"Estando solo sin mi mujer acá, al no tener a quien rendirle cuenta, hace que beba más, porque tengo más tiempo para estar con amigos. Al estar solo estoy más libre. Es como si fuera recién llegado...emplear más tiempo con amigos" (Sujeto 17).

7) No extrañar tanto a familiares y amigos en el país de origen. Se señaló como factor que induce a la reducción del consumo de alcohol; asociado con el estar más tiempo residiendo en España.

"Ya me he acostumbrado aquí, ya no extraño mucho. Ya no me hace feo estar aquí. Ya tengo más tiempo aquí" (Sujeto 4).

8) Haber tenido experiencias negativas por el consumo de alcohol, como son problemas familiares, accidentes de tráfico, etc., se manifestó causante para la reducción del consumo.

“Por problemas que se tiene del alcohol, familiares...Los problemas por conducir ebrio. Me metí en un problema” (Sujeto 16).

9) Percibir que se consume alcohol en exceso o con mucha frecuencia, y que por ello puede tener problemas de salud, fue referido como un factor que induce a la decisión de disminuir el consumo.

“Yo mismo sentía que bebía demasiado, me sentía mal yo mismo” (Sujeto 16).

“La cosa es tener voluntad de decir no quiero...de solo consumir una copa. Prácticamente es voluntad. Ser uno conciente que en el momento no te hace daño, pero con el tiempo la salud te la va cobrar. Cuando uno quiere lo deja...cuando uno se hace más conciente del peligro que hace, especialmente para la salud” (Sujeto 22).

10) No tener familiares o conocidos para salir, se refirió como un factor que induce a la reducción del consumo.

“Allá [en Madrid] tenía amigos, familia...aquí no...No tengo mucho conocidos [en Valencia]” (Sujeto 10).

11) Haber adquirido el carnet de conducir, se ha manifestado como factor asociado a la reducción del consumo, dado que en salidas a reuniones o fiestas no se

consume alcohol o en muy pequeñas cantidades para evitar amonestaciones o accidentes de tráfico cuando se conduce.

2.2.3 FACTORES ASOCIADOS AL NO CONSUMO.

A continuación se detallan los factores referidos como causantes o incitadores para no consumir alcohol, de mayor a menor frecuencia de respuesta.

1) **Cuidar la salud**, fue referido como uno de los principales motivos para no consumir. Cuidar la salud se refiere a no consumir ya sea porque sienta mal el consumo (Ej. produce alergia, problemas estomacales o del hígado), porque produce malestar o mareo después del consumo, porque se padece un problema de salud (ej. presión arterial alta o diabetes), o porque se toma alguna medicación (Ej. antibióticos) por el cual es contraindicado consumir alcohol. Además de estar entre los motivos para no consumir, cuidar la salud fue referido como causante de haber mantenido el tipo de consumo no perjudicial, como factor o circunstancia presente que influye para no consumir en la actualidad, y como factor que hizo surgir el deseo de reducir el consumo o ser abstinentes.

"De pronto por problemas de salud, prácticamente del estómago" (Sujeto 22).

"No quiero tener malestar...me sienta mal" (Sujeto 13).

"El azúcar [diabetes]... no puedo tomar alcohol por eso" (Sujeto 27).

"No puedo consumir porque me afecta la salud del hígado, se me hincha" (Sujeto 19).

2) El **querer estar bien o cuidarse**, se expresó entre los motivos para no consumir, entre las imágenes que incitan a no consumir, y entre los factores o circunstancias presentes y pasadas que influyen para no consumir en la actualidad.

"El motivo es que sé que me destruye; lo que me hace daño" (Sujeto 3).

"El amor a uno mismo" (Sujeto 24).

"Yo tengo la visión de estar sano, pero no me cuido de alimentación, ni que vitaminas tomar. Es la otra contraparte" (Sujeto 26).

"Cuando yo pienso que es malo...para todo" (Sujeto 3).

"Me analicé [con terapia psicoanalítica]...sé lo que quiero...que cosas me pueden dañar" (Sujeto 18).

3) **No influye nada**, es una respuesta dada por algunos entrevistados ante las preguntas de qué factores del entorno social influyen para que no se consuma, y sobre qué situaciones o factores específicos incitan el deseo de reducir el consumo o ser abstinentes.

"Influir nada... ni influyó" (Sujeto 2).

"Lo que puede llegar a ser para que no consuma alcohol...yo creo que no hay factores". (Sujeto 11).

"Nada en específico" (Sujeto 3).

4) *Cuidar y/o dedicar tiempo a los hijos y la familia*, fue referido, entre los consumidores, como factor precipitante para mantener el consumo (entre los que refieren haber mantenido y no aumentado su consumo), entre las imágenes que incitan a no consumir, entre los motivos para no consumir, entre los factores del entorno social que influyen para que no se consuma, y entre los factores que incitan el deseo de ser abstinentes. Específicamente en no consumidores, el tener hijos se nombró como causante para no consumir en momentos en que alguna vez se tuviera el deseo de consumir, y entre los factores presentes y pasados que influyen para que no se consuma actualmente.

"Ayudar a la familia. Es importante estar sano para ayudar a la familia" (Sujeto 26).

"Tiempo que pierdo de estar con ella [hija de 3 años]. Mi hija...estoy enganchado, esa es mi droga" (Sujeto 17).

"Y por la chiquilla también. Cuando voy a un bar boliviano, es tiempo que no estoy con mi hija, es un tiempo perdido" (Sujeto 15).

"Familiares. Para mí es muy importante la familia, y temo quedarme solo. Se puede perder mucho por el alcohol. No quiero problemas" (Sujeto 16).

"Mi niña...es el motor de mi vida" (Sujeto 6).

"Hijos...por mi hijo...si no fuera por él, yo estuviera ya en otro lugar" [expresó que por su hijo dejó de emborracharse] (Sujeto 21).

"Para seguir viviendo... por donde quieras que lo mires esto te quita la vida. Yo quiero ver a mis hijos crecer" (Sujeto 23).

"La hija. El trabajo. Si te emborrachas, no vas a trabajar y no hay dinero. La responsabilidad" (Sujeto 16).

"Mi nieta. A lo mejor por ella o mi mismo, no quiero consumir alcohol" (Sujeto 3).

Es relevante señalar, y que concuerda con la alta frecuencia en que fue referido este tema, que un entrevistado expresa que el preocuparse por cuidar de los hijos y la familia, y por compartir con la familia, es un factor cultural característico de los latinoamericanos, que permite que sea protector para el consumo de alcohol y otras sustancias en esta población, tanto para los progenitores como para los hijos.

"Los latinoamericanos tenemos mucho más problemas en qué preocuparnos, y no tenemos tiempo de preocuparnos en las drogas. Somos una cultura en general de compenetrarnos bien, nos entendemos, y que no tenemos tiempo para preocuparnos de eso. Hay cosas más importantes...nosotros tenemos un ritmo de vida en que nos preocupa más la familia, en que los niños estén bien... somos muy familiares; que llega el fin de semana y procuramos todos reunirnos, jugar a la pelota, al volei..." (Sujeto 6).

5) Recordar o ver personas con síntomas de adicción o problemas asociados al consumo. Como ejemplo está, el recordar o ver: personas en estado de indigencia (mendigando o durmiendo en la calle) por el consumo de alcohol excesivo; personas significativas (familiares o amigos) que tienen o tuvieron que consumir todos los días alcohol, o con conductas alteradas como consecuencia del consumo; y personas que han sido discriminadas, excluidas, o juzgadas de forma negativa por la sociedad por su dependencia. Este factor resalta entre las imágenes que incita a no consumir alcohol cuando se recuerda o piensa en ello, como situación o factor específico que incitan el deseo de ser abstinentes, y como factores o circunstancias *pasadas* que influyen para no consumir actualmente entre abstinentes.

"Cuando pienso en el caso de mi tío [era alcohólico]. Lo encontramos tirado en la calle como un mendigo y siempre juzgado por sus vecinos. Llegó a ese extremo de quedarse en la calle y muy sucio...El espejo de él nos lo llevamos toda la familia, no solo yo" (Sujeto 20).

"Un familiar que fue alcohólico... le vi llegar muy bajo, y eso te hace ver que no es tan fácil. A veces sin darte cuenta puedes llegar a hacer alcohólico. Y no se dan cuenta. Aquí el alcohol en la mañana con carajillo, en la comida un vino, en la noche una cerveza...Mas bajo es llegar a verle temblar porque le quitan la bebida, cuidarle para que no salga, o llevarle a un hospital por un coma etílico, o esconderle la bebida. Ella [tía] se fue volviendo adicta al alcohol sin darse cuenta" (Sujeto 12).

"Yo no quiero ese espejo, ni para mis hijos, ni para mi, ni para nadie" [cuando ve a padre borracho o con problemas de alcohol]" (Sujeto 24).

"Veo que mi marido bebe, se pone mal, se pone pesado, y aún así no lo deja. Y yo por eso no quiero. La bebida es mala, en exceso es mala" (Sujeto 21).

"Mi cuñado que tomaba bastante y tenía gastritis...y una vez le salió sangre por la boca" (Sujeto 13).

"En cuando piensas en la familia, lo dejas todo y terminas en la calle. No sé como la gente viendo eso aún consume, sabiendo que puede terminar mal" (Sujeto 9).

"De ver a la gente como cae, robando, en la calle, y también porque se les discrimina, y terminan solos...y yo le temo a la soledad. Quedar solo así...¡ohhh!" (Sujeto 16).

De la misma forma, este factor se encuentra asociado tanto con el no consumo de alcohol, como el de las drogas ilegales, tales como cocaína y cannabis.

“Cuando veo a primos que fuman...quedan mal... y dicen `no voy a volver a fumar’, y vuelven a fumar. Cuando veo la imagen de los primos así, me pone mal” (Sujeto 14).

“La de mi expareja [consumidor de cocaína], en el estado en que yo lo veía...con taquicardias...orinándose encima...ensuciándose...entonces yo verlo... ¡no, no, no!...no se me cruza por la cabeza. Yo se bien de lo que se trata... ¡no quiero más!” (Sujeto 11).

“Ese amigo que tengo yo, que está pidiendo en la calle por la droga, y casi todas las imágenes que veo todos los días con mis compañeros de trabajo [que consumen la cocaína]” (Sujeto 15).

6) Haber adquirido durante la niñez valores y creencias relacionados con el no consumo de alcohol y otras sustancias, Se señaló como primordial para el no consumo y que es inherente a la educación recibida durante la niñez. Se percibe como *buenos valores* el recibir información sobre lo que son las drogas y de lo peligroso que es su consumo; y es percibido como muestra de buena atención y cuidado por parte de los progenitores. Se señaló entre los factores para ser abstinentes del consumo de drogas en general, y como circunstancias pasadas o presentes que influyen para que hoy en día no se consuma alcohol en exceso o ser no consumidor de alcohol y/o otras drogas ilegales. Relacionado con este aspecto, se encuentra el deseo de inculcar a los hijos los mismos valores que le fueron inculcados, siendo por ello el tener hijos un factor que incita el deseo de no consumir o ser abstinentes entre los que han señalado este factor.

7) Criarse en un entorno familiar donde no se consumía (no haber observado hábitos o costumbres que incluían el consumo de alcohol y otras sustancias dentro del entorno familiar). Se encuentra estrechamente relacionado con el haber adquirido valores y creencias relacionados con el no consumo.

Este aspecto fue nombrado entre los factores que influye para no consumir alcohol y otras sustancias en la actualidad, en el mantenimiento del consumo no perjudicial o abstinencia, entre las imágenes que se tiene para no consumir, entre las circunstancias pasadas o presentes que influyen para no consumir en abstinentes, y como factor precipitante para que surgiera el deseo de no consumir alcohol desde temprana edad.

“Antes yo no bebía mucho, por valores que me inculcaron en casa. Vivo con mi hermana y ni siquiera ella la prueba. Conozco mucha gente que no bebe nada, porque se han criado con eso, los valores de la familia. En los cimientos que te dan la familia. Lo que te enseñaron” (Sujeto 27).

“Yo creo que lo que soy ahora es producto de la educación y de donde crecí...Y ahora es muy complicado cambiar muchas cosas” (Sujeto 25).

"Porque yo crecí en un medio así. En mi casa nadie fuma, nadie consume...yo crecí en eso. Está en mi subconsciente. Y es la forma en que yo vivo ahora. Yo crecí en un ambiente en que nadie fumaba ni tomaba. En mi familia nunca. / La forma en que me educaron...si yo crecí en un lugar donde nadie fumaba, ya no era necesario que me lo dijeran. La mejor forma de educar es con el ejemplo. No puedes decirle a un hijo que no fume con un cigarro en la boca, o decirle que no beba si llegas borracho todos los días" (Sujeto 25).

"En mi familia nunca vi nada de eso, no sé si es porque a mi padre no le daba el dinero para beber...pero no crecí con eso” (Sujeto 27).

“Me parece que en tu casa es que te dan esos valores. Y creo que los padres no hablan con sus hijos sobre eso, a lo mejor por tabú, o porque no se comunican. Lo digo por experiencia, en mi casa siempre mi madre me dijo crudamente los riesgos que podía haber” (Sujeto 12).

“Ejemplo de familia...El pensar en mis padres, familia, mis hermanos, el entorno de

uno, de donde viene uno. Que mis padres me han inculcado eso toda la vida, y quiero inculcar también eso a mis hijos" (Sujeto 13).

“Mis padres me inculcaron mucho que las drogas no. Mi madre era enfermera y decía ‘las drogas no, drogas no’. En mi barrio lo veía, pasaba por la mano, pero le tenía miedo. Es lo que te han enseñado los padres, y tener fuerza de decisión, carácter. Me daba miedo, cuando pasaba por mis manos" (Sujeto 23).

"La misma familia...en que nuestros padres nos inculcaban básicamente el trabajo, o el estudio, y todo ese tipo de cosas, y no el de consumir. Aparte de que la zona donde yo vivía no había eso, había era solo cigarrillo y alcohol" (Sujeto 26).

"Nunca probé ninguna droga. Influyeron los valores que me inculcaron en casa. Por eso nunca probé. Siempre me dio mucho miedo, ni para probarlo una vez, para conocerlo... Miedo a engancharme" (Sujeto 17).

"Desde que uno tiene razón ya tiene estos conceptos definidos [sobre lo que son las drogas]. Es mal para el ser humano. Es lo peor que puede haber para el ser humano, consumir drogas" (Sujeto 2).

"Nunca había vivido eso [de ver consumo de drogas]. Hemos sido pobres, pero hemos tenido buenos valores" (Sujeto 27).

"Mis padres me han hablado mucho de esas cosas. Mis padres me cuidaban mucho" (Sujeto 21).

8) *Querer ser modelo o ejemplo para los hijos/as para el no consumo de alcohol y otras sustancias,* con el fin de evitar que los hijos consuman en un futuro (teniendo como creencia de que los hijos se comportan como sus progenitores lo suelen hacer); y

9) No querer decepcionar o ser objeto de vergüenza de hijos/hijas por estar borracho/a, se mencionaron cuando se conversaba sobre los motivos para no consumir, sobre los factores que incitan el deseo de reducir el consumo o ser abstinentes, y entre los factores del entorno social que influyen para que no se consuma alcohol.

"Por mi madre y hermana, que no me vean así [borracho], porque es un mal ejemplo" (Sujeto 4).

"No consumo, y no consumiré drogas por mis hijos...porque no quiero que mis hijos hagan lo mismo. Yo seré un modelo para ellos. No quiero que mis hijos lleguen a consumir. Muchas veces los hijos quieren ser el espejo de los padres, unas veces para bien y otras veces para mal" (Sujeto 9).

"Los hijos. Que no me vean cogiendo la copa porque sino dirán `yo también aprenderé eso´. Los hijos van hacer lo que hacen los padres. El profesor está primero en casa y luego en el cole" (Sujeto 19).

"Cuando está mi hija en frente quiero que ella no me vea probar alcohol...Ella me tiene por intachable. Si ella ve que yo bebo, ella va pensar que eso es bueno" (Sujeto 9).

"La familia. La hija, que no me vea así, y no se sienta avergonzada de ver a un padre borracho"(Sujeto 16).

"Mis hijos, mi familia. Para no dar mal ejemplo" (Sujeto 10).

"La familia. Evito tener una cerveza en mi casa por mi hija" (Sujeto 17).

10) Tener hábito de divertirse sin incluir el consumo de alcohol, y 11) no tener gusto por las bebidas alcohólicas, se expresó entre las respuestas de por qué creen que han mantenido su consumo los que refieren haber mantenido su consumo no perjudicial,

como motivo para no consumir alcohol, como factor que incita el deseo de ser abstinentes en no consumidores, y como factor presente que influye para que no se consuma en la actualidad.

"No entiendo para que toman eso...mi diversión es sana...bailando...no es necesario tomar eso" (Sujeto 21).

"Es un tema de gusto, placer, displacer...No hay una imagen [que incita a beber]. Lo relaciono más con el placer o displacer... prefiero algo dulce, coca cola, agua, y además que no tengo cultura de beber" (Sujeto 18).

"No, no me gusta...No le encuentro ningún sentido. No me gusta simplemente" (Sujeto 20).

12) Haber observado o experimentado problemas relacionados con el consumo de alcohol; como son conflictos familiares (por tener un padre con consumo problemático), y accidentes de tráfico. Este aspecto se presentó entre las respuestas de por qué se cree se ha mantenido el consumo de alcohol no problemático o abstinencia, entre las imágenes que incita a no consumir, como factor o circunstancia pasada que influye para que no se consuma en abstinentes, y como circunstancia que influye para que surgiera el deseo de no consumir.

Sin embargo, se ha de resaltar que hay entrevistados que aun cuando han tenido la experiencia de un alcohólico en la familia, no es determinante para no consumir en la actualidad.

"La imagen de mi padre borracho hizo que yo y mis hermanos no bebamos mucho. Sufrimos mucho. Mi padre llegaba borracho y le pegaba a mi madre" (Sujeto 9).

"Los accidentes de tráfico. Compañeros y familiares de mi padre han muerto por estar bebidos después de haber estado conversando con ellos hacia un rato. // No bebo. Mis hijos nunca me han visto. Tampoco soy de reuniones, follones. Algunas veces vamos al río y allí mis hijos si ven [que consumen]. En diciembre me regalan licor y yo voy por allí regalando, o mi mujer tira. No me lleva a ningún sitio, vi accidentes, cuchilladas... Que he visto de todo por culpa del alcohol. Y no quiero que mis hijos pasen por eso. Mi padre, mis hermanos, todos beben, y yo soy el único que salió así, que no bebe. // Cada vez que mi padre llegaba borracho siempre había problema...mi madre le peleaba y discutían. Había conflictos. Mi padre nos pedía que pusiera música y había conflictos...mi madre nos decía que no se le acercaran. // Desde siempre no me ha gustado la gente que bebe, porque se vuelven tontos e insisten en que quieras beber. Por eso no me gusta ir a reuniones o bares, para evitar la situación de rechazar bebidas. Y en reuniones beben mucho, luego hay problemas, y luego te enteras de todo lo que ha pasado. Y los hijos tirados por allí, sufriendo" (Sujeto 23).

"Pensando [dejar el consumo de alcohol] desde hace 1 año, y hace poco mucho más a raíz de que me estrellé [accidente de tráfico]" (Sujeto 17).

"Por experiencia mala con mi esposo, temo que me haga daño a mi salud beber [atendió AA con su expareja]" (Sujeto 7).

13) Factor económico: falta de dinero, necesidad de ahorrar o pagar deudas; se señaló ante las preguntas de motivos para no consumir, de los factores del entorno social que influyen para no consumir, y como situación o factor específico que hace surgir el deseo de reducir el consumo o ser abstinentes. Así mismo, no beber por temor a no ser admitido en un trabajo por mala apariencia física debido al consumo de alcohol (teniendo esto un factor económico subyacente), fue nombrado como factor del entorno social que influye para que no se consuma.

“Y por dinero... No tengo dinero, y por eso va ser peor. En vez de echar para adelante, voy para atrás”(Sujeto 7).

"Y por la situación económica, así me queda más dinero, no gastarlo en alcohol" (Sujeto 3).

“Que estoy en recesión económica...tengo que pagar una deuda” (Sujeto 17).

“Ir a una entrevista de trabajo y que me vean acabada a nivel físico [por el alcohol]... y por eso no me contraten” (Sujeto 7).

14) Actitud de no afrontar los problemas a través del consumo de alcohol y otras sustancias. Se define como no tener la tendencia de consumir alcohol y otras sustancias cuando se presentan sucesos estresantes o sentimientos de malestar. Y se refiere en cambio la actitud de desahogarse o afrontar el estrés con otras conductas, tales como hablar con amistades o familiares, llorar, y no pensar en “detalles” del suceso. Este tema surgió cuando se conversaba sobre las imágenes que incitan a consumir, y sobre alguna situación que ha influido, en no consumidores o abstinentes, para que alguna vez se tuviera deseo de consumir.

"Desahogarse es con llanto o hablar con una amiga, y sales de la depresión o desesperación. Salgo al parque, hablo...y ya con eso olvido. O lo comento mucho, y luego se me olvida o me conformo con las cosas que suceden malas" (Sujeto 13).

"Es mejor uno no recordar porque eso da pie a que uno quiera beber. Eso una vez me sucedió cuando era joven, y por eso allí me emborraché. Por eso ahora no quiero, o tomo la actitud de no pensar cosas negativas. Trato de no pensar en el pasado porque me tortura. Procuro no pensar en detalles para no amargarme la vida y no haya resentimiento en el corazón" (Sujeto 24).

"Tengo algo muy dentro guardado de mi, de cosas que me han pasado...pero nunca me he inclinado a nada de alcohol, a nada de vicio" (Sujeto 27).

15) Evitar conflictos de pareja, por el consumo de alcohol, y

16) tener pareja que no consume alcohol, se señalaron ante las preguntas de por qué se cree que se ha mantenido el consumo no perjudicial, sobre los factores del entorno social que influyen para que no se consuma, y entre las circunstancias presentes que influyen para que no se consuma.

"Lo primero es que la mujer se enoja" (Sujeto 15).

"Mi marido...porque el no toma... en su familia nadie tomaba y por la religión [esposo es de nacionalidad africana]" (Sujeto 6).

17) Tener trabajo, que conlleva a tener escaso tiempo de ocio para salir y consumir; es un factor referido como causante de mantener el consumo no perjudicial, y por el cual se cree que se tiene menos oportunidades de beber alcohol en España comparado con el país de origen.

"Trabajo mucho de lunes a domingo; no me da tiempo de consumir alcohol" (Sujeto 9).

"Porque trabajo más aquí en España" (Sujeto 4).

"Porque aquí tienes que trabajar y seguir adelante, pero allá en mi país [Ecuador] tienes todo" (Sujeto 10).

18) No querer defraudar o disgustar a los progenitores por el consumo, especialmente si estos inculcaron valores o hábitos de no consumo, fue expresado entre las imágenes que incitan a no consumir, y cuando se conversaba sobre los factores del entorno social que influyen para no consumir alcohol en la actualidad.

“Mi madre, porque cuando tomo se pone ella mal. No me gusta verla así” (Sujeto 4).

“Toda mi familia. Seguir el ejemplo de ellos es lo mejor. Pensar que no quiero defraudar a mis padres. Pienso en ellos, lo que me inculcaron” (Sujeto 13).

19) Conducir vehículo, fue expresado como motivo para no consumir, con el fin de evitar accidentes.

“Y como no tengo vehículo, no me privo de beber cuando salgo” (Sujeto 11).

“Cuando tomo el coche...no beber cuando conduzco. Por el accidente que tuve, desde entonces tengo más precaución” (Sujeto 17).

20) El creer en Dios, como un ser en qué apoyarse y tenerlo presente en la vida, se expresó como un factor que influye para que se mantuviera el consumo no perjudicial, como factor del entorno social que influye para no consumir, como un factor que en el presente y pasado ha influido para no consumir, y como imagen para no consumir.

“La gracia de Dios y mis hijos...si uno no tiene a alguien ese sentido... la gente cae por ello en la depresión y bebe. // El amor a Dios y el amor a uno mismo” (Sujeto 24).

21) *Querer mantener el tipo de consumo*, se expresó como factor que ha influido para que se mantuviera el consumo de alcohol no problemático.

22) *Ser inmigrante ilegal* fue expresado como un factor asociado a que se mantuviera el consumo no perjudicial, dado que la persona evita involucrarse en problemas asociados al consumo de alcohol o cuidarse más, para evitar ser deportado. Se expresó así mismo como hecho que hace que no se consuma alcohol actualmente en España, aún cuando si se consumía en el país de origen.

23) *Tener amigos latinoamericanos y/o tener contacto con el colectivo latinoamericano en España*, se expresó como factor asociado al no consumo excesivo o consumo de drogas, debido a que los latinoamericanos tienden a apoyarse entre sí o ser humanitarios, comparados con otras culturas extranjeras.

"Nosotros somos más humanos, si tu vez a alguien mal no lo piensas dos veces [en ayudarlo]... la gente de África en su sociedad, según su etnia, algunos son más humanitarios y otro no [por ver amistades de su esposo que es de África]. Pero en cambio entre los latinoamericanos eso no se ve, todos somos humanitarios" (Sujeto 6).

24) *Tener fuerza de decisión o carácter para decir "no" al consumo*, fue expresado por algunos entrevistados como necesario para evitar el consumo de drogas.

25) *Recibir consejos de familiares de no consumir*, se señaló como un factor del entorno social que influye para no consumir.

"Mi madre [influye], para que no tome. Porque mi padre murió por alcoholismo, y mi madre por eso dice que no consuma, porque hace daño para la salud" (Sujeto 14).

26) Recibir información a través de los medios de comunicación de que es negativo el consumo, fue manifestado al conversar sobre las imágenes que incitan a no consumir.

"De tenerlo presente por lo que dicen los medios de comunicación. Que las drogas no acarrear nada bueno para el ser humano" (Sujeto 3).

27) Percibir que no se disfruta o “vive” plenamente cuando se consume; por percibir que no se vive genuinamente las emociones. Se expresa como motivo para no consumir en un entrevistado que es abstinentes del alcohol.

"Prefieres disfrutar de todas las cosas, pero sanamente. Vivir, sentir que soy vivo de verdad... Que si salgo con mis amigos y algunos de ellos beben, no van a disfrutar lo mismo que el que no bebe. Que si ríes, no es por producto de un efecto del alcohol, sino porque genuinamente tienes ganas de reír. Y lo mismo llorar. Si hay que llorar, hay que llorar. No disfrazarlo. Es vivir plenamente" (Sujeto 25).

28) Percibir que “no se ve bien” el consumo excesivo, se expresó entre los motivos para no consumir.

"Se ve fatal. En una mujer se ve fatal que beba mucho. En mucha gente se ve, y se ve ridículo. Una copita y ya está. Siempre... toda la vida... mis padres me lo han inculcado. Hasta a mis hermanos, que no se excedan" (Sujeto 13).

29) No querer consumir, se expresó entre los motivos para no consumir.

"Cuando no quieres...no consumes" (Sujeto 10).

2.2.4 FACTORES DE LA DINÁMICA SOCIAL CONTEMPORÁNEA DE ESPAÑA PERCIBIDOS COMO PRECIPITANTES PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

1) *Mayor consumo en España, comparado con el país de origen.* Es un tema recurrente entre los entrevistados, la percepción de que hay mayor consumo de sustancias legales e ilegales en el territorio Español, comparado con el consumo que puede haber en el país de origen; señalando algunos que llegaron a conocer algunas sustancias ilegales al llegar a España. Específicamente sobre el consumo de alcohol, algunos perciben que las jóvenes o mujeres españolas beben más alcohol y de forma excesiva respecto a las latinoamericanas. Por otro lado, se ha manifestado que existen menos oportunidades de consumir alcohol dado a que se percibe que el patrón de consumo es diferente en España, al observar menos personas en estado de embriaguez extrema (borrachos) en reuniones o fiestas.

"Cuando nos reunimos con españoles en la hora del almuerzo, los latinoamericanos... ecuatorianos, colombianos...no consumimos porros...chocolate...los españoles si" (Sujeto 17).

"Prácticamente aquí, de gente que me ha rodeado, mucha de la gente en España, consumen mucho porro y coca. Consumen mucha cocaína. Veo que la gente de acá está súper enganchada a eso" (Sujeto 22).

"No conocía el chocolate en Ecuador. Allá no hay eso. Aquí en España hay un mercado de consumo. En Ecuador no" (Sujeto 26).

"Yo ni sabía que era el olor a marihuana, y lo conocí cuando mi hijo vino a España [llegó el hijo hace un año] nunca había vivido eso" (Sujeto 27).

"En mi país hasta los hombres protegen más a las mujeres. Aquí ves en las noches de San Juan [día festivo en Valencia] a las chicas vomitando, tendidas en el suelo, orinando en la calle... que todo el mundo las ve" (Sujeto 12).

"Creo que es menos aquí [el consumo de alcohol] porque son un poco más civilizados. Aquí si lo veo diferente. Cuando hacen una fiesta no veo que hay los borrachos. Lo veo poco. O debe ser que salgo poco" (Sujeto 21).

Paradójicamente, mientras los entrevistados perciben que en España se consume más que en el país de origen, se señaló durante las entrevistas el ***prejuicio que existe por parte de muchos españoles, de que en latinoamérica o en el país de origen del entrevistado se consume con igual o mayor frecuencia drogas ilegales que en España.*** Este tema se repitió entre diversos entrevistados de diversas nacionalidades.

"Los compañeros de trabajo me ven incrédulos... no me creen que yo viniendo de Bolivia, no consuma. No me creen" (Sujeto 15).

"Cuando me ven, me dicen... ¡hay!... ¡la marihuana! Yo les digo que si se produce [en Colombia], pero que no se consume como aquí" (Sujeto 12).

"Para los españoles es paradójico que seas colombiano y no consumas. Estamos estigmatizados" (Sujeto 17).

"Me tienen estigmatizado por ser de Colombia. No me creen que allá [en Colombia] no se consuma tanto como acá. Si hay 20 millones, 5 millones solo consumen o la conocerán. Creen que uno lo toma de la calle, que crece en la calle [la

cocaína]. // *Es un desastre ver como consumen aquí en los baños de los bares" (Sujeto 2).*

2) *En la sociedad española es más libre el consumo de sustancias legales e ilegales.* Muchos entrevistados lo perciben, de que es mas libre o liberal el consumo, y que por el contrario, en Latinoamérica, es más “tabú” y rechazado el consumo de sustancias ilegales, donde las personas que suelen consumir suelen hacerlo a escondidas. Este aspecto se señaló como un factor del entorno social, específico de la sociedad española, que influye para el consumo, y por lo cual se percibe que las campañas de prevención actuales no son suficientemente efectivas. Al respecto, algunos entrevistados refieren tener repudio por esta “normalización” del consumo, en donde consumir drogas sea común o “normal” hacerlo. Y se refirió de que el hecho de que sea más libre el consumo, es lo que produce que algunos latinoamericanos conocidos hayan llegado a consumir en España y no en su país de origen. Sobre el alcohol en específico, como se ha señalado anteriormente, perciben algunos entrevistados de que existe más oportunidades de beber alcohol en España por este “liberalismo” para el consumo, unido al hecho de que es posible adquirirlo o comprarlo de forma más fácil y económica.

“En Bolivia se marginalizan personas que consumen. La familia prefiere no verte con esas amistades. Los que consumen lo hacen a escondidas // En mi país [Bolivia] si te ven así, tomando así...te marginan. No lo tomas o estas junto con ellos [los consumidores], porque la familia se escandaliza. No es normal ver a una persona con su porro en la boca...te dicen ‘¡tu estas loco!’. No se consume tan libremente en Bolivia...lo hacen a escondidas" (Sujeto 15).

"Pienso que en este país [España] es mucho más descarado el consumo de drogas. En mi país [Colombia] es como más tabú. Aquí el consumo es más normal. En mi país nunca te invitan a comer y luego te invitan a un porro. A mi no me gusta que me inviten a drogas. Aquí es muy común verlo en las discotecas. En mi país no lo ves // Es más

tabú en Colombia el tomar la droga, de consumir droga...aquí es más liberal" (Sujeto 12).

"Yo vine a conocer el olor de la marihuana fue hace 8 días... Yo me vine a los 28 años. La gente se cuida para consumir, lo hacen a escondidas [en Colombia] // Aquí los latinos que llegan, se liberan es aquí. Aquí está más libre el consumo" (Sujeto 27).

"Aquí uno ve muchísima gente consumiendo, 10 ó 15 chavales de un colegio armándose su porro, le da lo mismo a la gente que sea en público. Es más liberal. En mi país [Colombia] discretamente te lo hacías [consumir marihuana], tu solo, que nadie te viera" (Sujeto 22).

"En Ecuador lo hacen a escondidas, no es normal.. aquí dicen que en el cole [colegio] lo hacen para calmar los nervios. Aquí es normal. Eso no es normal allá" (Sujeto 19).

"Vas un fin de semana a minitecas y ves chavalitas bebiendo, o ves lo botellones y ves chavalitos bebiendo...hay mucho liberalismo" (Sujeto 23).

"Veo más gente fumando. Veo chiquillas mucho en la calle, que fuman mucho. Porque eso para mi es muy raro verlo en mi país [Ecuador]. Aquí esta mucho el libertinaje para todo" (Sujeto 21).

"Aquí en nombre de la democracia permiten los excesos; se refugian en eso para permitir demasiadas cosas...de la libertad al libertinaje" (Sujeto 25).

"Allá [en Colombia] es escondido [el consumo], acá es muy libre" (Sujeto 2).

"Hay mucha permisividad en España [para el consumo], es muy abierto" (Sujeto 13).

3) Temor de que los hijos/as crezcan en España y adquieran hábitos de consumo de sustancias, fue otro tema referido por algunos entrevistados, por percibir mayor consumo de sustancias legales e ilegales por parte de los jóvenes españoles, comparado con la juventud en el país de origen.

"Si tengo miedo por mi hijo... que está creciendo y aquí los jóvenes se lo pasan en ello, toman muchas drogas. Algunas veces en el metro veo a jóvenes preparándose su cosa" (Sujeto 21).

"Me sorprende ver chicas y chicos de 10, 11 y 12 años fumando porros en el parque...y algunos vomitando.¿Qué le tocara a mi hija? Tengo una niña de 8 años, y me da miedo... ¡madre mia!...¿a quien le tocará mi hija?" (Sujeto 15).

"Yo miro al futuro...yo tengo chicos mas pequeños también...y miro a veces a las chicas... y digo ¡joder!...¡lo que me espera!...espero que no... pero no puedo escupir nunca para arriba y decir que nunca a mi hija, porque me puede pasar" (Sujeto 11).

4) Falta de control del gobierno español en el tráfico o consumo de drogas. Estrechamente relacionado con la percepción de "libertad" de consumo en España, es el tema de que no existe tanto control a través de la policía o guardia civil en la venta y en el consumo de sustancias legales e ilegales, señalándose que las leyes son más permisivas para el consumo en España comparado con Latinoamérica. Este tema se manifestó como un factor del entorno social que influye para que exista consumo de drogas legales e ilegales en España, y como un hecho que hace justificar el supuesto de que las campañas de prevención actuales para el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias no sean tan efectivas.

"Voy hablar sobre España. Al gobierno de aquí yo no sé lo que le pasa. Tú vas a una discoteca y ves a todo el mundo en el baño con coca. Mi hijo está aterrado en como lo venden tan libremente en la puerta del colegio [hijo de 15 años]. No tiene control el gobierno con estas personas que se ve que no hacen nada [refiriéndose a narcotraficantes]. No caen en manos de la policía los que en verdad mueven la droga" (Sujeto 27).

"La venta de alcohol...partamos de la base que la venta en los supermercados a los menores de edad está como a la orden del día, porque yo he visto que no piden ni documentación. Esos botellones que se hacen en la calle, yo estoy en total desacuerdo con eso... Allí es donde la policía tendría que actuar más a menudo. Eso de estar en la calle bebiendo... yo no lo veo correcto...estando dentro de una casa...que nadie los ve...que no es imagen mala para nadie...Pero si en el supermercado van los críos [jóvenes] y nadie pide documentación. Mi hijo no aparenta 23 años, tiene cara de crío y sé que no le piden documentación. No se respetan los carteles de venta de alcohol a menores de 18 años. Los sábados, los únicos días que salgo en la calle... son crías... de 16...17 años...y van...pero llevándola una con la otra...eso no lo entiendo...pues nunca lo he hecho...entonces quiero decir...ahora hay mas posibilidades de consumir alcohol...¿por qué? Si los niños, adolescentes de 15...16 años, no trabajan en ningún sitio... ¿por qué tienen más adquisición al alcohol? No les echemos la culpa a los padres...aunque en parte lo tengan porque de algún sitio sacan el dinero. Lo mismo para el tabaco; en el tema del tabaco, va uno mayor y saca dos paquetes de tabaco y quien sabe para quien es el otro paquete. Pero lo mas libre que yo veo es el alcohol...que yo creo es lo más peligroso...porque el tabaco es peligroso a lo largo de los años, lleva un proceso de muchos años... en cambio con el alcohol puedes perder la vida allí no mas, en 2 segundos, porque se alcoholizó un crío, y se tiró por el balcón, y cayó mal... y ya está...así de simple. Y es lo que más fácil la tienen. Lo mismo que la droga...aquí es muy normal que vayan por la calle y van armando porro...en mi país [Argentina] en donde te ven te detienen...aquí no...aquí he visto hasta en los bares. Las dos cosas que yo veo más peligrosas, alcohol y cannabis, están al alcance de la mano de toda la juventud" (Sujeto 11).

"Uno lo ve en los colegios tan libre. En Colombia uno no lo ve así. Aquí fuera de los colegios lo venden [cocaína]" (Sujeto 2).

"En parques ves que tienen la bebida en la calle y la policía no dice nada" (Sujeto 23).

"La facilidad de comprarlos. Aunque en los mercados pongas prohibida la venta a menores de 18 años, los de 16 años beben porque compra el de 18. Está más controlado en Ecuador. Hay mercados grandes, pero no hay alcohol. El alcohol está en las licorerías" (Sujeto 6).

5) Forma de crianza o educación de hijos en España.

Surgieron temas relacionados con la forma en que se percibe que los padres o madres españoles suelen educar a sus hijos, y que puede influir en que exista un mayor consumo de sustancias entre los jóvenes residiendo en España, comparado con los jóvenes en el país de origen. A continuación se detallan los temas, de mayor a menor frecuencia en que fueron referidos.

5.1) Se informa o comunica insuficientemente sobre las drogas a los hijos. Se percibe que los padres deben implicarse más en informar o educar desde temprana edad sobre lo que son las drogas y el peligro que conlleva el consumo de sustancias. Que es posible aminorar el consumo de drogas en la juventud si existe un diálogo sobre las drogas desde temprana edad entre los progenitores e hijos. Se señala que en la sociedad española lo que es necesario es este diálogo, dado que los niños o la juventud no consumen por hambre ("matar el hambre") como suele suceder en Latinoamérica, sino por la influencia de los amigos como forma de socializar. Se expresó como un elemento clave para los programas preventivos del consumo, el de incentivar a que las familias eduquen valores, creencias y/o hábitos de no consumo.

“Aquí se necesita es conversar, porque aquí con diálogo se puede. No hay carencia de dinero como para llegar a eso. En Ecuador la infancia consume es para matar el hambre. Aquí es la influencia de los amiguetes [amigos]. Si no se da la información desde la casa, por los padres, se cae. Hasta lo último... último... hay que estar con ellos [los hijos]” (Sujeto 23).

“Creo que los padres no hablan con sus hijos sobre eso [las drogas], a lo mejor por tabú, o porque no se comunican. Lo digo por experiencia, en mi casa siempre mi madre me dijo crudamente los riesgos que podía haber” (Sujeto 12).

“Las familias...nadie se preocupa de eso ya. La base es eso...la forma en que uno es educado desde muy pequeño” (Sujeto 25).

“Para mí influye los padres, la educación que le den a sus hijos. Influye más que cualquier otra cosa” (Sujeto 22).

“Pero más importante es desde niños, mientras más pequeño se le pueda educar sobre eso mejor, no cuando son adolescentes o ya jóvenes. Y es importante que no vean al padre borracho también. La educación en el hogar es más importante” (Sujeto 17).

Sin embargo, aun cuando se mantiene la premisa de que la educación en el hogar desde la niñez es lo primordial para prevenir el consumo, algunos matizan que existen otros elementos inherentes a la sociedad, como es el de la mayor accesibilidad para los jóvenes y formas de diversión cultural español, que influyen para que en gran medida exista mayor consumo entre los jóvenes, por lo cual no es un tema de “culpar” a alguien.

“En parte, pero es por la sociedad en sí, no porque alguien tenga la culpa. Yo creo que la base de todos los problemas es la educación, pero a medida que va pasando

el tiempo, se olvida eso. La educación de ahora no es lo mismo de hace años, y la sociedad ahora no es lo mismo de hace muchos años. Y los jóvenes ahora están expuestos más a la droga. Es diferente la educación, la forma de diversión que hay...es diferente la sociedad" (Sujeto 25).

5.2) No se dedica suficiente tiempo a los hijos por el trabajo. Se hace crítica a la dinámica social contemporánea que no permite que los padres o madres puedan tener más tiempo con sus hijos, por dedicarse a trabajar; siendo un sistema social en donde el ámbito familiar no es primordial, sino el económico o material. Se señala que este factor evita el inculcar valores humanos, como el cariño y el respeto a los progenitores y otros seres humanos, por estar inmersos los padres gran cantidad de tiempo en el trabajo. Un entrevistado expresa, que el hecho de tener que trabajar durante todo el día no le permite dedicarle el tiempo que estima necesario a su hija para inculcarle valores humanos adecuados.

"El roce hace el cariño. Salen en la mañana [los padres] y cuando regresan ya están dormidos [los hijos]. Si no estás así con ellos, ¿que amor se va alimentar? // Al llegar pensaba que esto era lo máximo, por comer y vestir bien. Pero no tienes la libertad que tienes allá. Aquí vives más en el trabajo...aquí sales a las 7 y vuelves tarde. Aquí no tienen respeto hacia la demás gente, se pegan los niños entre ellos [en el colegio] y no dicen nada. Nosotros no tenemos lo económico, pero es por los malos gobernantes...que nos roban...pero valores humanos si... // No quiero que mi hija crezca sin amor, sin respeto a uno, pero aquí en esta sociedad es muy difícil...Quiero inculcarle valores, los mismos que me inculcaron a mi, como fue mi padre conmigo...y quiero aprovechar tiempo con mi hija, el tiempo pasa y ellos crecen... Pero amor no es darle todo lo material. No los ves durante todo el día a tus hijos, y es difícil por ello inculcarle valores y que crezcan con amor, y enseñarles a que te respeten" (Sujeto 15).

"Aquí las familias están muy desintegradas. Aquí cada uno a lo suyo, como dicen aquí" (Sujeto 27).

"Es una sociedad muy consumista, y aparentemente no le falta nada...pero en mi opinión les hace falta algo que va más allá de algo que se pueda comprar...Aquí hay más cultura de comprar" (Sujeto 18).

Se refiere que la falta de tiempo por parte de los progenitores para inculcar valores humanos influye así mismo en que las personas se inicien en la venta de drogas ilegales. Un entrevistado refirió que evitó participar en el narcotráfico (no permitiendo que en su casa se depositara mercancía) debido a los valores humanos inculcados en su hogar, además de tener conciencia que el consumo de sustancias es dañino para las personas.

"Me ofrecieron una vez de guardar por 3 días hachís, 3 millones de pesetas...como 18 mil euros. Pero no lo hice por mi hija y esposa...y también por los dueños de la casa que eran muy buenos... ¿para qué hacerles la putada? Tengo valores, y aquí los valores se han perdido mucho. No vendo también porque pienso en cuantas personas mueren o han sido asesinadas por estar bajo el efecto de las drogas" (Sujeto 15).

5.3) Los progenitores españoles suelen no comunicarse o prestar atención adecuada a los hijos. Estrechamente relacionado con el factor anterior (no dedicar tiempo suficiente a los hijos por el trabajo), se hace referencia a que se carece de formas de atención o comunicación adecuadas entre los padres e hijos, y que esto es causa de que algunos jóvenes caigan en el consumo de drogas.

"Uno ve aquí que las madres llegan a un bar, toman café y fuman (son grande fumadoras) y sueltan a los niños. Hay que tener un rol activo con los hijos. La actitud aquí de los padres no es activa, nunca se ocupan, los tiran por allí. No tienen una actitud de compromiso. Hay que dedicarse, escuchar... Aquí lo tapan, con playstation,

televisión... más elementos que cortan la comunicación. No hacen caso. Aquí no escuchan a los hijos" (Sujeto 18).

"Aquí la gente se ha mentalizado a trabajar, trabajar, y se olvidan de cosas primordiales como la familia. Para mi el problema es la educación. Es importante la atención a los hijos, qué están haciendo, con quien están. Aquí están pendientes de trabajar, pagar deudas, y se olvidan de los hijos. Yo veo a la gente de aquí muy materializada, se olvidan de cosas primordiales. Están es pendiente del consumo" (Sujeto 22).

5.4) Se otorga objetos o ganancias a los hijos sin que estos hayan realizado un esfuerzo por ellos; fue referido como otro factor inherente a la forma de crianza del cual se hace crítica, ya que puede relacionarse indirectamente con el consumo de sustancias a temprana edad.

"Aquí tienen 13 ó 14 años, sin haber hecho nada en su vida, o trabajando. Le dan una moto o un coche. ¿Que quieres una moto?...ven a trabajar y luego aquí tienes la moto porque te la has trabajado o ganado. Aprenden a valorar las cosas" (Sujeto 25).

"La educación tiene que ir desde casa, desde pequeño...no consentirlos mucho...no dárselos todo, sin habérselo ganado. Castigarlos de una forma que sepan que a la próxima no lo pueden volver hacer. Aquí hacen lo que quieren los chavales con sus padres" (Sujeto 15).

6) El consumo de drogas legales e ilegales como forma de recreación en jóvenes españoles; es un aspecto que surgió durante las entrevistas como factor del entorno social que influye para el consumo de sustancias.

“Pero de todas formas los muchachos de 16 años no piensan en alcohol [en Ecuador]. Los que piensan en ello están en una edad más avanzada. Súmale la edad en que estás trabajando y se le suman problemas. A los 16 años están ocupados en estudiar y cuando llega los fines de semana es para reunirse con familia y jugar baloncesto, o fútbol, o volei [voleibol]. Vine cuando tenía 17 años y noté el cambio. Notaba que personas de 17, 18, 16 años iban con cigarrillos en la mano, con la ropa así...Nosotros somos más inocentes, como chapados a la antigua... somos más tradicionales incluso...chapados a la antigua. Por ejemplo, cuando me vine me hicieron una fiesta de despedida con globitos, serpentinatas, como una fiesta de niños... tenía yo entre 16 y 17 años. Y me invitaron [en España] a una fiesta de 15 años ó 16, y había un bolso y salió un chico en pelotas [desnudo], un streep tease de esos... y alcohol...Y nosotras con gelatina [en Ecuador]. Pero luego aprendes a vivir...mantienes tu experiencia, tu postura, pero te gusta vivir experiencias nuevas” (Sujeto 6).

7) Más visibilidad y disponibilidad de las sustancias legales e ilegales en España; es considerado por algunos como un factor del entorno social que incita al consumo.

“Es que la tienen más a la vista para consumirlo. Está a la vista para que lo puedan consumir...esta muy disponible, lo encuentras en donde sea” (Sujeto 1).

“En todos los sitios lo ves. Lo deberían de prohibir” (Sujeto 23).

8) Se aborda el síntoma y no la raíz del problema del consumo de sustancias; se refiere como un problema inherente al sistema de salud, dado que se suele “combatir el síntoma con una pastilla” y no abordar de forma eficaz los problemas individuales y sociales que puede llevar al consumo. Siendo por lo tanto necesario un entendimiento y abordaje más completo sobre los factores asociados al consumo, y no meramente a nivel

biológico o mecanicista. Este tema se refirió como un factor del entorno social que influye para el consumo.

"Las cosas están muy a nivel biológico. Se ataca el síntoma con una pastilla. No se ve la raíz del problema" (Sujeto 18).

2.2.5 CREENCIAS SOBRE EL ALCOHOL Y LAS DROGAS.

Sobre el consumo de alcohol, resaltan los siguientes temas:

- 1) *es peligroso el alcohol dependiendo del grado en que lo consumas;*
- 2) *el alcohol es peligroso especialmente para conducir;*
- 3) *el alcohol es peligroso porque induce a consumir otras sustancias.*

"Bebiendo fue cuando probé la droga. Bebiendo fue que empecé a fumar...el alcohol te lleva a todos los vicios" (Sujeto 15).

Y sobre las drogas en general, resaltan los siguientes temas:

4) Una *visión "fatalista" de la droga*. Es un tema reiterativo la percepción de alta peligrosidad de las drogas, con expresiones que señalan que son "muy malas", que es "lo peor que puede existir", siendo su consumo algo grave y que hay que combatir. Que el consumo de drogas es "malo", tanto para el consumidor como para la sociedad, debido a que por ello se puede realizar acciones antisociales.

"Es lo peor que puede existir en la vida" (Sujeto 5).

"Por las drogas tu matas, violas, haces daño, porque pierdes la vergüenza, pierden los sentimientos...[las personas que consumen]" (Sujeto 27).

"He visto amigos como han caído en la droga, de estar en la calle deambulando. Ver como amigos, para tomar droga me roban a mi mismo, que soy amigo. Eso te hace recapacitar hasta donde puede llegar" (Sujeto 16).

"Es una cosa mala para toda la juventud que hay ahora, chicos y chicas menores de edad, y también para las personas adultas. Le ocasiona un trastorno en el cerebro" (Sujeto 7).

"Que no lo hagas [consumir], no solo te destruye físicamente, sino también a los que te rodean" (Sujeto 24).

"Yo que voy en carretera y ves todos los accidentes, y es por culpa del alcohol. Y luego destroza hogares. En la familia que ves alcohólicos, no solo se destroza él sino toda la familia" (Sujeto 23).

"El ambiente familiar, la familia. Se inmiscuye la familia, hijos, mujer. Viene a ser un problema de todos" (Sujeto 8).

"Es algo a lo que hay que tener mucho cuidado, a todo lo que tenga droga" (Sujeto 3).

5) Es bueno conocer las drogas, pero no probarlas. Percepción de que es mejor no consumir las drogas para probarlas, dado que algunas personas la prueban y no lo pueden dejar, o porque en el momento del consumo puede existir un accidente o suceso adverso relacionado con el consumo.

"Conocer sí, pero no probar" (Sujeto 26).

"Yo creo que si no la pruebas mejor" (Sujeto 11).

6) Las pastillas para dormir (tranquilizantes) pueden ser peligrosas. Entre las sustancias mencionadas, existe menos peligrosidad percibida para los tranquilizantes o pastillas de dormir, expresándose que son peligrosas si se vuelve la persona adicta a ellas.

"Puede ser peligroso [consumo de pastillas para dormir] cuando le toman adicción" (Sujeto 23).

"Es poco peligrosa si no se sabe controlar, uno se puede volver dependiente de ello" (Sujeto 24).

"Si no están recomendadas por un médico, son muy peligrosas" (Sujeto 25).

"Si eres dependiente, es una droga que no te puedes sacar" (Sujeto 8).

7) Las drogas empeoran los problemas. Fue un tema señalado por varios entrevistados cuando hacen referencia de que el motivo principal para el consumo de alcohol y otras drogas, es el de olvidar o "desconectar" de los problemas.

"Como yo no lo he probado...cuando yo tengo problemas me como la cabeza...y buscarle la solución. Las drogas lo que hacen es ocultar el problema. Y si toman, cuando el efecto pasa, el problema se pone más gordo, porque se le suma eso..." (Sujeto 6).

"Lo buscan para solucionar problemas y mas bien no... no pueden salir... les causa problemas" (Sujeto 13).

2.2.6 PERCEPCIÓN SOBRE LOS DROGODEPENDIENTES Y DE CÓMO HAN LLEGADO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

1) *Se cae en la adicción por conflictos familiares, y por falta de atención y afecto dentro de la familia.* La adicción es vista por muchos entrevistados como emergente de conflictos o carencias afectivas, tales como la falta de atención, cariño o amor, y por la comunicación inadecuada o agresiva (entre padres e hijos, o entre los progenitores). Se señala que por ello las personas tienden a buscar "refugio" en amigos que les ofrecen la opción de consumir drogas para olvidar o solucionar estos conflictos o carencias, o simplemente como forma de compañía.

"No como hecho biológico [la drogodependencia], es emergente de una situación. Es la voz de un conflicto de una unidad familiar. Enferma el más débil. Es una forma de intentar cambiar algo. De acuerdo a como se puede defender o no del conflicto, entran en ello...no tienen las `orejas´ que los escuchan o que los guíen" (Sujeto 18).

"Familiares...por problemas familiares. Se sienten incomprendidos" (Sujeto 16).

"Más que todo la familia les hace a un lado. Se tiran al alcohol o drogas porque no reciben el cariño de la familia. Es la base de todo eso" (Sujeto 8).

"Problemas de familia. Salen de casa y buscan refugio en la droga" (Sujeto 9).

"Toda persona que cae en algo es porque le ha faltado algo. Con una buena crianza y rodeado de amor no va caer. Con buenos valores...a quien importarle..." (Sujeto 27).

"Hay muchos casos en que la familia abusaba sexualmente, o la violencia en la familia //La falta de cariño.... en la familia... y hace que se refugien en la droga o conozcan gente que consuma y por ello vayan por ese camino" (Sujeto 17).

"Sin problemas de familia no salen, no se agrupan en la sociedad" (Sujeto 10).

"Falta de comunicación, en la familia, y los amigos que también son...que los llevan por mal camino. En vez de ayudarlos los llevan por mal camino" (Sujeto 14).

"Si no tienen familia los jóvenes, se refugian en eso [las drogas], porque eso es lo que necesitan" (Sujeto 24).

2) Se cae en la adicción por problemas en general (familiares, sociales y económicos). Se llega a ser adicto por problemas no solo familiares, sino además sociales o económicos; como por ejemplo la falta de trabajo o salarios dignos para mantener a la familia.

3) Se cae en la adicción por decisión propia. Algunos entrevistados refieren que las personas drogodependientes no son víctimas de situaciones adversas (familiares, sociales o económicas), sino que se han iniciado en el consumo por decisión propia. Por lo tanto, es una visión en donde se percibe al drogodependiente como causante y responsable de su estado de adicción, y que la decisión de consumir es influida en gran medida por la educación recibida durante la niñez, sobre lo que son las drogas y el peligro que trae su consumo. En base a este punto de vista, que es decisión personal de consumir o no, algunos refieren que por ello en España y país de origen existen iguales oportunidades para consumir, y que no existen factores sociales o del entorno que inducen al consumo.

"Todos en la vida tenemos problemas. Si tu consumes una droga por estar deprimido, esa es tu decisión. Hay muchas formas de salir de los problemas. Todo el mundo tiene sus problemas...siempre hay situaciones malas en la vida" (Sujeto 12).

"Aquí cada persona hace cada cual lo suyo. Nadie influye en eso. Cada persona toma control en sus actividades. Hay algunos que se les da por beber porque están deprimidos o porque creen que así se les va solucionar los problemas, y lo que crea es más problema // Cada cual es dueño de su propio destino, a nadie obligan a hacer eso. Y tampoco ni una situación conlleva a eso " (Sujeto 2).

"Porque uno sabe en lo que se mete...porque tengo amigos que saben que son malas y se meten igualmente en ello. No es porque digan que es una víctima se mete en ello. Yo al principio pensaba que eran victimas de una situación; por despecho, problemas familiares... pero luego ya no. Todos tenemos problemas. Se decide si tener la alternativa de solucionarlo o no" (Sujeto 15).

"El consumo es por la educación de cada uno, depende de la educación que ha recibido; porque todos tenemos problemas y uno decide si tomar el camino del consumo o no. Siempre vas a encontrar alcohol o drogas en cualquier sitio, y uno decide que esto es lo mejor para uno mismo. Si quiero beber alcohol, es igual aquí que allá. Es igual, si quiero robar allá, robo aquí. Uno es igual en cualquier sitio" (Sujeto 25).

"Si las personas se dañan es porque ellos quieren, nadie les obliga. Cada uno es libre de lo que puede hacer // Nadie le obliga a que se meta allí" (Sujeto 21).

"Para mi eso depende de uno mismo, porque nadie te obliga a tomar eso. Eres tú el que decide" (Sujeto 22).

"No...la enfermedad se la hacen ellos mismos...no son víctimas" (Sujeto 11).

"El que lo hace es porque quiere, y ya está" (Sujeto 19).

4) Se cae en la adicción dependiendo del gusto por la droga al probarla. Mas que como consecuencia de problemas familiares, sociales o económicos que el sujeto afronta y que por ello caen en la adicción, algunos expresan que es más un factor inherente al gusto o disgusto por la droga que tiene la persona al momento de consumirla. Que cambia de un consumo ocasional a la adicción dependiendo en gran medida de este factor, y que debido a ello es peligroso probarlas.

"Que han probado [los drogodependientes] la droga y no salen de allí... no pueden estar sin ella. Para mi son producto de problemas adictivos... eso no es social...ni echarle la culpa a la familia, ni a la sociedad, ni a los que los rodean. Eso es un tema adictivo...y no precisamente hay que ser adicto...sino que consumís una vez...y te gusta... y seguís consumiéndolo. Y luego ya es cuando caes en un caos. Yo te lo digo porque el papá de mis hijos era así. Por eso te digo yo...tengo conciencia mas o menos de lo que opino de eso, porque yo viví en carne propia las situaciones que ha pasado y las reacciones que tenía. Entonces yo creo que eso no es problema de la sociedad ni nada...porque nosotros formábamos una familia bien compuesta...los hijos...yo tenia trabajo y él también...Entonces no es problema de la sociedad, yo no le hecho la culpa a la sociedad. La culpa la tiene uno mismo porque se enganchó una vez y siguió...yo te podría decir que en mi adolescencia y un poco más después [probó cannabis]...yo dije esto no es para mi...no me gustó el efecto que me ocasionó. Pero nada...no es culpa de la sociedad." (Sujeto 11).

"Creo que es involuntario...una vez que lo pruebas, si no tienes la fuerza de voluntad... caes" (Sujeto 6).

5) Se llega al consumo, y posteriormente a la adicción, por la presión y búsqueda de la aprobación de los amigos (falta de carácter o personalidad). La

presión de los amigos o búsqueda de su aprobación o pertenencia a grupos de amigos, pueden influir por una falta de personalidad del sujeto (de querer imitar conductas de otros, específicamente de consumir si los amigos consumen) o falta de carácter (dificultades para decir “no”), a pesar de tener conocimientos sobre el peligro del consumo. Y que estas deficiencias (falta personalidad o carácter) es producto de una educación deficiente en el hogar desde la niñez.

"Hay muchos chicos que por falta de personalidad en su núcleo social hace que consuman. Por eso ves chicos fumando a los 11 años, no porque les gusta fumar, sino porque ven al amiguito fumando. Falta personalidad, y me parece que en tu casa es que te dan esos valores" (Sujeto 12).

"Para no ser apartados de grupos que los invitan a discotecas la situación está dada" (Sujeto 23).

"Muchas veces el acoso de los amigos que los invita" (Sujeto 6).

Se refiere así mismo que se llega a ser drogodependiente:

6) por curiosidad, de conocer o probar la sustancia;

7) por falta de amor propio;

8) por no estar en comunión con Dios; y

9) por haber recibido durante la infancia exceso de bienes, ganancias, o lo que se quiere.

Sobre **como se percibe al drogodependiente** resaltan las siguientes afirmaciones:

10) El drogodependiente puede llegar a delinquir, especialmente si la adicción llega a ser muy fuerte y no tienen dinero para pagarla.

"Al principio son personas normales, pero luego se enganchan a lo más fuerte, y pueden delinquir para pagar su vicio" (Sujeto 15).

"Algunos si [llegan a delinquir]... Todo depende de la economía, si no tienen dinero, tienen que delinquir para buscar la droga" (Sujeto 16).

"Solo los más enganchados por el vicio pasan a ser delincuentes, porque están muy enganchados" (Sujeto 23).

"Hay unas drogas que si lo llevan a eso, pierden la moral, el sentido de todo. Ejemplo... el basuco que es desecho de cocaína, ladrillo... empiezan a recoger basura en 1 ó 2 meses, y ya les da igual todo. Viven para eso" (Sujeto 2).

11) Cualquier persona puede ser consumidor o adicto, de cualquier estrato social y no necesariamente al margen de la sociedad.

"No tiene que ver con clases sociales (Sujeto 18).

"Cualquiera puede caer en eso" (Sujeto 6).

"Puede ser cualquiera, no importa el nivel económico o cultural, todos están expuestos a eso" (Sujeto 25).

"Nadie está a salvo de nada. Ese vicio le llega a cualquiera, a un millonario, a un pobre, a cualquiera" (Sujeto 8).

Respecto a este tema destaca los argumentos de algunos entrevistados, que señalan que antes de su llegada a España tenían la percepción de que solo eran personas

indigentes o delincuentes en las calles las que consumían drogas. Influyendo en estas percepciones el que en la sociedad latinoamericana el consumo de sustancias suele hacerse de forma discreta o a escondidas, por ser un tema “tabú” y porque no es común o tan normalizado el consumo.

"Pero he visto más gente que consume. Antes pensaba que eran solo los de la calle, pero ahora me doy cuenta que todos" (Sujeto 9).

"Antes se estigmatizaba, era tabú, ahora es más normal, cualquier ejecutivo, empresario..." (Sujeto 17).

2.2.7 CRÍTICAS Y SUGERENCIAS SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA.

2.2.7.1 Críticas

1) *Asustar a la gente no lo es todo.* Algunos entrevistados consideran que no son tan efectivas las campañas de prevención actuales, debido a que se percibe que la mayoría de las personas no les suele prestar atención o le es indiferente los anuncios publicitarios que se limitan a comunicar los efectos negativos del consumo; como son por ejemplo, los mensajes que se indican en las cajetillas de cigarrillos. Y que por lo tanto, hay que intentar con más estrategias de prevención que no se limiten a solo “asustar” a la gente.

"El de los mensajes [en las cajas de cigarrillos], hay unos que ni lo ven o no le prestan atención. Tengo hasta un amigo que colecciona los cartelitos" (Sujeto 15).

"Las cajetillas... 'es perjudicial para la salud'... es ironía. Y parece que incita más a fumar" (Sujeto 12).

"Porque no hacen caso. Porque en la cajita del tabaco tu vez 'fumar es malo para la salud, te puede matar', y a la gente le da igual" (Sujeto 1).

"A la gente le da igual. Una amiga le ponía el bono bus [tarjeta de transporte] o una revista para no verlo [sobre las fotos de los pulmones en cajetillas]. Hay gente que si le llega el mensaje, pero hay otras personas que no. Les da igual" (Sujeto 24).

"Asustar a la gente no es todo...hay que intentar con más cosas...no solo asustar a la gente. Como cajetillas [de tabaco] con mensajes negativos" (Sujeto 18).

2) Existe más publicidad de promoción de la bebida que de prevención para el consumo; se señala como un aspecto que influye en que las medidas o mensajes preventivos no sean tan efectivos.

"No conozco que exista [medidas o campañas de prevención]. Es quizás al contrario...campañas para que consumas en España...publicidad para que consumas" (Sujeto 26).

"No hay mucha campaña contra el alcohol o contra la droga. Hay muy poquito, puede que lo haya, pero no lo veo mucho. Pienso que hay que quitar la publicidad de alcohol en la tv. Es demasiado... la cerveza sobre todo" (Sujeto 21).

"Conozco muy pocas para el alcohol// Muy pocas veo de tabaco // Deben hacer más campañas, ser más creativos, tanto para el alcohol, tabaco... Solo he visto 2 ó 3 campañas... Mas bien he visto es propaganda de promoción al trago" (Sujeto 22).

"Porque hay menos publicidad de eso, y aumentó de lo otro [de publicidad para el consumo]" (Sujeto 24).

3) Existen solo campañas o medidas de prevención informativas. Las medidas preventivas se limitan a informar sobre los efectos del consumo, pero no realmente para prevenir o evitar el consumo. Se opina que no es efectivo porque es contradictorio el que se informe sobre las consecuencias negativas que trae el consumo con el hecho de que se sigue vendiendo la sustancia.

"Ayudan [las medidas preventivas] más que todo para que haya información, pero para prevenir no...es como para lavarse las manos... ´ahh yo lo avisé´ [para el alcohol] // Hay campañas [preventivas], pero venden tabaco...ponen los cartelitos en la caja, pero lo venden. Es algo contradictorio. Y creo que no eliminarán el tabaco del mercado por el dinero que ingresa" (Sujeto 6).

"No son efectivas...porque si te están poniendo ´fumar puede matar´... ¿porque te lo venden? Si puede matar... ¿porque lo venden? ¿Vos sabes como dejaríamos todos de fumar si esto se prohibiera y no habría más venta? ¡Oh... bien!...nos comemos en el primer tiempo las uñas... [por no poder fumar], pero ya con el tiempo se nos pasará. Entonces te están vendiendo la muerte en una cajita de 20. Es como si te vendieran cianuro...es peligroso...pero te lo venden... Y para el alcohol no te dice nada...te dice el grado de alcohol pero nada" (Sujeto 11).

4) Es muy barato el consumo. Por el hecho de que sea económica la bebida alcohólica en el mercado, no existen en realidad medidas preventivas efectivas para el consumo de alcohol.

"Aquí la cerveza en muy barata, 1 euro o menos, La bebida es muy barata para los hombres...en mi país está a 8 dólares" (Sujeto 21).

5) No hay un rol más activo por parte de las familias. Las medidas preventivas no son efectivas por no involucrar a las familias, en el sentido de no influir o incitar a que exista un rol más activo por parte de la familia, especialmente por los progenitores, en la educación de hábitos, creencias o valores relacionados con el no consumo de sustancias.

“Las familias...nadie se preocupa de eso ya. La base es eso...la forma en que uno es educado desde muy pequeño” (Sujeto 25).

6) No existe suficiente control policial en el consumo de sustancias.

"Porque no hacen muchos controles. Porque sé que en muchos parques se quedan tomando y la policía no les dice nada" (Sujeto 4).

2.2.7.2 SUGERENCIAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS RELEVANTES DE IMPLANTAR EN LA COMUNIDAD.

1) Más control policial para el consumo, venta y narcotráfico. Es el tema más comúnmente señalado sobre las medidas necesarias de implantar para la prevención del consumo en la comunidad en general. Mayor control policial: en los medios de transporte que facilitan el contrabando (ej. aviones, barcos, coches), en sitios propicios para la venta de sustancias ilegales (ej. salidas de discotecas, colegios, parques, etc.), y en los sitios de venta de sustancias legales como son el alcohol y el tabaco, para evitar la compra por parte de menores de edad.

Se sugiere que no sea libre el consumo de ninguna droga ilegal, en el sentido de poner sanciones a las personas que se encuentren consumiendo o con posesión de droga aún en pequeñas cantidades.

"En cuestión de drogas...tienen que poner más seguridad en los barcos, aviones... [medios de transporte del narcotráfico]" (Sujeto 27).

"Que haya más control, porque ves que eso en el parque... fuera del instituto mismo... lo están vendiendo...es una lástima" (Sujeto 1).

"Que la adquisición que tengan los niños no les sea tan fácil...que esté más controlado ese tema. En las fallas, el mercado era lleno de adolescentes...y todos salían era con bebida. Yo sé que para los mercados es la ganancia...pero es que en ninguna caja pedían documentación...eran 5 [jóvenes] y llevaba cada uno 2 botellas. Como si llevaran bocadillos para hacer un picnic en la playa" (Sujeto 11).

"Que el chocolate no sea libre. No aceptar nada de droga ni para el consumo....si permiten un poco ya permiten mucho. Lo peor es la liberación. Que no sea libre" (Sujeto 5).

"Las leyes deben endurecerse un poco más aquí. Las leyes son muy blandas aquí. Por Latinoamérica es penado tener un poco, pero aquí no. Que haya más control" (Sujeto 8).

"No dejarles llevar nada...porque aquí la policía si te ven un poco no dicen nada. En mi país [Ecuador] si te encuentran un poco ya te llevan a la cárcel. Aquí dan facilidades para consumir. Aquí he visto que los agarran con un poco, pero no le hacen nada porque dicen que es para el consumo" (Sujeto 10).

"Controlar más las aduanas donde pasa //Poner más duras las leyes para las personas que pillen consumiendo. Que le caigan unas sanciones más duras" (Sujeto 15).

"Más control. Revisión en las discotecas. A tantos chicos reunidos en el parque... un control" (Sujeto 20).

2) Medidas preventivas dirigidas a las familias.

Bajo este subapartado, se han agrupado algunas medidas preventivas que estarían dirigidas especialmente a los progenitores o responsables de la educación de niños y jóvenes.

2.1) Concienciar a los progenitores sobre la importancia de la educación de hábitos y creencias para el no consumo de sustancias, y de tener mayor atención o cuidado de los hijos. Concienciar a los padres y madres, o responsables de la educación de los niños/as y jóvenes, de la importancia que tiene el que asuman un rol más activo como educadores de hábitos de no consumo de sustancias, tanto a través del ejemplo (ej. no consumiendo sustancias en frente de los niños o jóvenes), como en la enseñanza sobre el peligro o efectos adversos que trae el consumo de sustancias legales e ilegales; a través de una comunicación abierta y sincera, y no a través de castigos y regaños. Así mismo, de la importancia que tiene el prestar atención o estar al tanto de las actividades o conductas de los hijos/as, siendo para ello necesario que se aumenten ayudas económicas para las familias, para que puedan estar más tiempo juntos los padres/madres e hijos.

"Y también la mejor educación viene de casa. Que los padres se concienticen de que es importante estar al tanto de los hijos. Hay pocas ayudas para la familia, para que la familia esté junta" (Sujeto 24).

"A los españoles que le digan a sus hijos lo que es bueno o malo. Que le hablen a sus hijos sobre ello" (Sujeto 13).

"La educación...sobre todo en la familia. Con el ejemplo sobre todo" (Sujeto 25).

"Los padres en casa podrían controlar un poco en base de sinceridad, y no de castigo o regaños. Mientras más castigo y regaños peor es, y a esa edad... [de joven]" (Sujeto 12).

"Tener más cuidado de los hijos, estar más pendientes de los hijos, no abandonarlos. La misma soledad de los hijos los lleva a eso. Porque como no encuentran ayuda en los padres, lo buscan en los amigos, y los amigos le dan eso" (Sujeto 2).

2.2) Multar a los progenitores de niños o jóvenes consumidores. De tomar medidas represivas con los progenitores o responsables de la educación de los niños o jóvenes que se encuentren en botellones o consumiendo drogas ilegales, bajo la premisa de que no están al tanto de las actividades de sus hijos, y por lo tanto no son responsables en su rol de padres o madres.

"Multar a los padres si los hijos están en el botellón, por no saber donde están los hijos, de que no son responsables con ellos" (Sujeto 17).

3) Aumentar la publicidad para la prevención dirigida a niños y jóvenes. Se señala como estrategia necesaria el disminuir la publicidad para la compra de sustancias legales, y aumentar la publicidad para la prevención del consumo, siendo necesario anuncios publicitarios que llame la atención de los niños y jóvenes, y en sitios frecuentados por estos (ej. colegios, paradas de autobuses, etc.). Se señala que para ello es necesario un compromiso entre los ciudadanos (legislación) para que a través de los medios de comunicación se difunda *cómo evitar* el consumo de drogas, tanto legales como ilegales.

"Más campañas, en las paradas de autobuses, en los mismos colegios. Que haya más promoción de la prevención" (Sujeto 22).

"Un compromiso de la comunidad, a través de los medios, para diseñar y difundir como evitar el consumo de cigarrillos, drogas, alcohol y todo lo demás"
(Sujeto 26).

4) Campañas preventivas en los colegios, enfocadas para los niños o jóvenes desde temprana edad. Campañas preventivas de información sobre el peligro de las drogas legales e ilegales en los colegios, para niños o jóvenes desde muy temprana edad, antes de que tengan una edad en la que usualmente prueban las sustancias, además de ser un período en el cual se están formando los valores, creencias, hábitos o costumbres.

"Que haya talleres desde muy joven. Que no esperen a que ya lo hayan probado para quitárselo...Si no para que no lo prueben. Para evitar que lo prueben. Empezar talleres desde que son niños" (Sujeto 6).

"Las instituciones educativas... tener un rol importante... porque allí esta la niñez, la juventud...y en ese período es que se forman valores, hábitos y costumbres"
(Sujeto 26).

"En los colegios, desde temprana edad, que sea como una clase, una asignatura"
(Sujeto 17).

"Eso tendría que comenzar desde el cole [colegio], desde la niñez... dar a conocer el daño que hace la droga, y no ya cuando son adultos o cuando tienen 15 años, que es cuando ya han bebido alcohol y eso... La cosa es informar desde que son pequeños en el cole" (Sujeto 3).

"En los institutos proyectarles lo que les hace mal. Educarlos sobre los efectos, más que todo a la juventud" (Sujeto 13).

5) Asistencia psicológica y médica a los jóvenes consumidores y sus familiares.

Que el gobierno aporte profesionales de la salud a jóvenes consumidores y sus familiares, y que implanten centros de desintoxicación en cada ayuntamiento o urbanización.

*“Y que el gobierno aporte psicólogos a la familia, y jóvenes que toman mucho”
(Sujeto 17).*

*“Que hagan centros de desintoxicación en cada Ayuntamiento o urbanización”
(Sujeto 13).*

6) Sobre los mensajes publicitarios para la prevención del consumo.

En este subapartado se señalan sugerencias específicas para los tipos de mensajes publicitarios que pueden resultar eficaces para la prevención del consumo.

6.1) Mensajes que permitan tomar conciencia del daño que hace consumir. Al respecto, se señala que comparado con el país de origen (ej. Ecuador), existe escasa información transmitida sobre el peligro del consumo de drogas, por lo cual es necesario proporcionar más información sobre ello en España.

“Incentivarles, hacerles tomar conciencia de que lo que están haciendo les hace daño. Matándose en vida” (Sujeto 13).

“Más información sobre el peligro de las drogas. Hay más información allá [en Ecuador]” (Sujeto 4).

6.2) Transmitir imágenes de personas drogodependientes experimentando problemas relacionados con el consumo de sustancias o síntomas de adicción.

“Sacar imágenes de las personas ya consumidas por las drogas. Eso les llama la atención, y nadie quiere llegar así como esas personas, mendigando en la calle, durmiendo en la calle” (Sujeto 9).

6.3) Transmitir que no es necesario consumir alcohol u otras drogas: “No lo necesitas”.

“La publicidad del gobierno debe ser concienciar... ¿en verdad lo necesitas?... puedes ser una gran persona sin necesidad de ello’. No poner que si bebes te va suceder esto. Concienciar a la gente que no es necesario beber, y pasarlo en horarios buenos, que lo puedan ver los chicos” (Sujeto 18).

6.4) Evitar mensajes moralistas o paternalistas. Emitir mensajes que no se perciban como un “padre dando consejo”, o que sea transmitido por una figura autoritaria o paternal; y por el contrario, que el mensaje sea emitido por una imagen mediática que sea un “ideal del yo” en los jóvenes, tanto para campañas de prevención del alcohol, como del tabaco y otras drogas.

En relación con ello, se enfatiza la importancia y necesidad de acceder a teorías psicológicas como es por ejemplo el psicoanálisis, que puedan explicar el consumo no solo desde una perspectiva biológica, mecanicista o de condicionamiento, para poder realizar campañas preventivas más efectivas.

“Tienen que intentar juntarse más con psicólogos, para saber que puntos poner para que no lo viva [el joven] como un mensaje moralista. Que no vea el mensaje como

otro padre dándole consejo. Poner chicos, por ejemplo, un `ideal del yo` de los jóvenes, que tenga importancia mediática. Cualquier cosa que no tenga una imagen vertical, imagen paternalista. Es un elemento fundamental que se acceda a teorías en el campo de la psicología que pueden explicar esto, como es el psicoanálisis. No solo biologicista, mecanicista, materialista...Pavlov...reacción y no reacción...y no considerar el inconciente" (Sujeto 18).

Otras sugerencias señaladas fueron:

7) Promover la diversión sana en jóvenes; realizando y promoviendo más programas sociales y deportivos que no se encuentren relacionados con el consumo de sustancias.

“Tiene que haber muchos programas sociales, deportivos, para jóvenes, o campañas para la prevención de la drogadicción. Promover la diversión sana” (Sujeto 21).

8) Aumentar el precio de las sustancias legales; aumentando los impuestos o el precio del alcohol y tabaco, como medida para prevenir o disminuir el consumo.

9) Incentivar la creencia en Dios.

“Creo que la mejor medida es Dios” (Sujeto 24).

2.2.7.3 Opiniones y sugerencias sobre las medidas de prevención para los latinoamericanos inmigrantes.

Se expresaron algunas medidas que serían especialmente relevantes de considerar para la población latinoamericana inmigrante:

1) *Elaboración de campañas educativas sobre los efectos del consumo de alcohol y el alcoholismo;* especialmente para los latinoamericanos sin ocupación o desempleados.

“Tengo experiencia yendo a la calle y conozco mucha gente de barrios donde hay latinoamericanos... 80% se refugia en el alcohol para problemas...entonces sin trabajo se refugian más. Que se elaboren aunque sea campañas educativas, que se les informe algo” (Sujeto 5).

2) *Crear o habilitar más canchas deportivas, y establecer control policial para evitar el consumo de alcohol en ellas o sus alrededores.* Se hace mención especial de habilitar canchas de voleibol, que es un deporte que suelen jugar los ecuatorianos en su país de origen.

“Sitios en donde haya diversión sana. Los de mi país suelen jugar volei mano. Que haya más programas deportivos como de voleibol de mano, y aquí no hay canchas deportivas para eso. Aquí hay es más para basket o futbol. El voleibol de mano lo juegan bastante en mi país [Ecuador], y es sano. // Dicen que no es un sitio para poner palos y que jueguen allí [cuando improvisan canchas de voleibol]. Nos dicen que nos vayamos al Ayuntamiento para que nos hagan canchas...pero nadie mueve la mano. Aunque tiene razón la policía [de no permitirles jugar en canchas improvisadas], porque luego se quedan a beber; pero no todos tenemos que pagar por ello. // Mi marido [con hábitos de consumo de alcohol excesivo], se queja que no tiene donde jugar,

distraerse... y que bebiendo no tiene horario o calendario para hacerlo. Sería bueno hacer las canchas de voleibol y que haga control la policía para que no se queden allí bebiendo...si es que por eso no quieren hacer las canchas o haya problema por ello” (Sujeto 21).

”Algo para distraernos, más sitios de distracción...como canchas...Porque muchos no nos dejan a nosotros. Primero los españoles. Y cuando ya toca viene la policía a echarnos [porque es hora de cerrar la cancha]” (Sujeto 4).

3) Iniciativas sociales para “ocupar el tiempo” de los desempleados, o los niños y jóvenes sin estudios; bajo la premisa de que el tiempo que no se ocupa en una actividad conlleva al consumo de sustancias o los vicios.

”Que estén pendientes de que todo el mundo esté trabajando, y los menores estén estudiando. Cuando no tienen la mente ocupada...la gente que no trabaja, no estudia... tienen tiempo para hacer más maldades. Cuando estás ocupado es diferente” (Sujeto 27).

4) Realizar talleres o escuelas para padres o madres latinoamericanos, sobre las consecuencias del consumo excesivo de alcohol o alcoholismo.

”Y hacer escuelas para padres. Para enseñarles a los padres la misma situación a lo que puede llevar el alcoholismo” (Sujeto 26).

5) Realizar talleres de integración para los latinoamericanos; para que los latinoamericanos “no se sientan tan diferentes”. Esta sugerencia la expresó un

entrevistado que dice conocer gente que les da miedo salir y que por ello compran alcohol y consumen en sus casas.

"Cursos de integración. En el sentido de que no se sientan tan diferentes. Si que conozco gente que le da miedo salir. Y al tener miedo a salir, compran alcohol en casa y se quedan bebiendo" (Sujeto 6).

6) Realizar más eventos culturales y deportivos, en donde se de a conocer la cultura latinoamericana y permita ocupar el tiempo de los jóvenes latinoamericanos.

"Que se acercara más a nuestras raíces...Eventos culturales, deportivos, pertinentes del país de uno, conciertos...para que tengan ocupado el tiempo. Las ONGs [organizaciones no gubernamentales] de inmigrantes no tienen tanta repercusión. Organizar algo más para los latinos, para su integración, para que conozcan de donde vienen, sus ciudadanos, sus raíces. Para ocupar su tiempo en todas estas actividades lúdicas. Para los más jóvenes, 14 ó 15 años, que es la edad en que empiezan a tomar. Poner charlas, películas" (Sujeto 17).

7) Que exista medidas preventivas especialmente dirigidas a los niños o jóvenes latinoamericanos. Crear medidas preventivas especialmente dirigidas a latinoamericanos que inmigran a edad muy temprana, debido a que se tiene la percepción de que estos no han adquirido las creencias, valores o hábitos relacionados con el no consumo de sustancias que son adquiridos en el país de origen; por no haber permanecido tiempo suficiente en la cultura latinoamericana donde no es común el consumo de sustancias; y por el hecho de que en la sociedad española no se les puede "controlar" mucho. Se expresa la idea de que los que inmigran en edad adulta no suelen consumir, o llegarán a consumir muy pocos de ellos, porque sus hábitos y creencias

relacionadas con el no consumo están más afianzados por haber permanecido más tiempo en el país de origen antes de migrar.

"Los latinos casi no consumen, porque como vienen con esa cultura de allá... Pero los que si vienen pequeños, como de 8 años, ellos sí... porque se hacen amigos de jóvenes de aquí. Cambian...porque aquí no se les puede controlar mucho. Ya a los que vienen con mi edad [35 años], esos ya no consumen. Caerán un poco [en el consumo], pero no muchos de ellos"(Sujeto 10).

8) Deportar al país de origen y poner sanciones elevadas de dinero, a consumidores o vendedores de sustancias ilegales.

"Al que pillen consumiendo o vendiendo, enviarlo a su país. O ponerle sanciones elevadas de dinero" (Sujeto 15).

2.2.7.4 Las medidas de prevención pueden no ser efectivas.

En este subapartado se agrupan aquellos puntos de vista que explican el porque se percibe el que las medidas o campañas para la prevención o reducción del consumo pueden llegar a no ser efectivas

1) Depende en gran medida de la persona el prestar atención a los programas preventivos; es decisión de la persona el consumir o dejar el consumo.

"Ya depende de cada persona. Es responsabilidad de uno todo. Ya eso es personal" (Sujeto 8).

"Solo depende de uno, de las ganas de desengancharse de eso. Los tratamientos son efectivos para algunos y otros no. La mayor parte se escucha que vuelven con más fuerza. Sólo de la personas depende, fuerza de carácter de ellos" (Sujeto 13).

"Esta bien la prevención, pero hay mucha gente que no se concientiza" (Sujeto 11).

"Porque la persona que lo quiere dejar... lo deja. El paso lo tiene que dar uno, no importa si hay posibilidad o no" (Sujeto 16).

2) Es difícil realizar campañas de prevención cuando hay intereses económicos de por medio. Se expresa que es difícil la realización de campañas preventivas debido a que en la sociedad actual existe una falta de conciencia social e imperan los intereses económicos; que importa más la ganancia que se pueda obtener de la venta, que el hecho de vender un producto que perjudica el bienestar de las personas. Se opina que son muchas las multinacionales implicadas, lo que hace que al sistema social en conjunto no le interese realizar campañas preventivas para reducir o prevenir el consumo.

"Está muy difícil [realizar campañas de prevención], hay tantos factores, hay tantas cosas. Si todo el mundo se concienciara, pero es tan difícil. El ser humano está tan degradado, que le importa es a sí mismo. No le importa que muchachos se contaminen, sino ganar por ello. No le importa el bienestar de los demás" (Sujeto 12).

"Son multinacionales que mueven mucho dinero. No les interesa" (Sujeto 23).

2.2.8 LA ASISTENCIA SANITARIA PARA INMIGRANTES LATINOAMERICANOS CON ABUSO O DEPENDENCIA AL ALCOHOL.

A continuación se detallan opiniones respecto a las dificultades que pueden encontrar los inmigrantes latinoamericanos al momento de solicitar o recibir tratamiento por abuso o dependencia al alcohol.

1) *Puede existir problemas para los inmigrantes ilegales, al momento de solicitar o recibir tratamiento.*

"A veces a los que no tienen papeles, no prestan los servicios necesarios. El problema está para los ilegales" (Sujeto 4).

2) *Necesitan regresar a sus países de origen más que recibir un tratamiento.* Se percibe que los inmigrantes que caen en el consumo excesivo es debido a que tienen a la familia lejos y no tienen trabajo, entre otras circunstancias que son en mayor medida relacionadas con el proceso de inmigración, por lo cual genera dificultades al momento de recibir tratamiento.

"Si lo tienen [problemas], porque ellos lo que quieren es regresar a sus países. Mucha gente lo hace por la familia, que la tiene lejos, las circunstancias... no tienen trabajo... y tal" (Sujeto 19).

3) *Desconocen o no aceptan que padecen una enfermedad,* es un hecho que se percibe como un obstáculo para que soliciten o continúen en tratamiento. Se sugiere por ello implantar medidas en donde se incentive a adultos y jóvenes a realizarse un

chequeo médico, para dar la oportunidad de detectar problemas de abuso o dependencia de alcohol.

"No se atreven a seguir tratamiento. Una por desconocimiento, y otra que si no estamos realmente enfermos no vamos a tratamiento. Por ello hay que incentivar a que las personas vayan a hacerse chequeo médico, para todos, inclusive niños" (Sujeto 26).

"Por temor o pena...o porque sencillamente no aceptan que tienen un problema con el alcohol" (Sujeto 22).

"Es que esas personas no recurren a que les ayuden...no hay quien diga `necesito una ayuda´ porque no lo reconocen" (Sujeto 11).

"No hacen caso, aunque uno le diga y le diga...no hacen caso..." (Sujeto 14).

"Lo que pasa es que no quieren asistir porque no piensan que están alcohólicos" (Sujeto 9).

4) No tener interés de acudir a tratamiento y estar empleado, ya que les interesa más trabajar y enviar dinero al país de origen que comenzar un tratamiento.

5) Desconocer a donde acudir para tratamiento

6) Por temor o pena, pueden no solicitar o asistir a tratamiento.

7) Por discriminación pueden tener dificultades de recibir tratamiento; puede existir menor interés por parte de los profesionales de la salud de asistir a un latinoamericano

“No es lo mismo a que vaya un tío de aquí. Les tienen menos interés a los latinoamericanos” (Sujeto 23).

"España todavía no está adaptada a la mentalidad extranjera. Tienen la mente todavía...no es tan abierta...Aunque el extranjero tenga más necesidad, le prestan más atención al español. Aunque se puede entender [que los españoles tengan esa reacción] pero no lo podemos asimilar. Bolivia, Perú, Ecuador... no son tan allegados o tan bien recibidos como Brasil, Argentina y hasta Venezuela. El nombre de tu país te marca un poco el camino" (Sujeto 6).

8) No tener interés para solicitar y asistir al tratamiento.

“Si la persona se propone ir a tratamiento no tendrá problemas para ir a tratamiento. Mi marido ya no bebe, por ejemplo, porque se propone... aunque las drogas si es más fuerte” (Sujeto 19).

“Si tendría problema si hay falta de autoestima de cada uno; depende de cada uno si busca y se queda en tratamiento" (Sujeto 21).

9) Depende de si es un sistema de salud público o privado, tendrán problemas con el tratamiento; debido a que el sistema público puede no considerar otras teorías psicológicas (ej. psicoanálisis), o no considerar otros aspectos necesarios de abordar.

"Depende de si es un sistema público o privado. No es tan eficaz...es necesario integrar, por ejemplo, el psicoanálisis, la violencia doméstica..." (Sujeto 18).

Finalmente, algunos entrevistados señalan que desconocen si tendrán facilidad de entrar a tratamiento los latinoamericanos inmigrantes, aun cuando conocen que existen asociaciones de latinoamericanos.

"Sé que hay asociaciones, pero no sé si tienen facilidad para entrar. No sé si las asociaciones están para eso o no. No sé el sistema que tienen aquí, tampoco de Alcohólicos Anónimos" (Sujeto 24).

Y algunos (n=6) refieren que no creen que tendrán problemas los latinoamericanos inmigrantes con abuso o dependencia al alcohol, al momento de solicitar o asistir a tratamiento.

"Los de Alcohólicos Anónimos trabajan mucho por ayudar a las personas sin importar de donde seas" (Sujeto 12).

"Porque si tu quieres rehabilitarte, tu vas a cualquier centro de rehabilitación, y aquí en cualquier sitio acogen" (Sujeto 2).

2.2.9 CONSUMO DE TABACO.

A continuación se detallan algunos temas emergentes categorizados como factores asociados a la reducción o aumento del consumo del tabaco. Son de interés señalarlos con el fin de observar con una perspectiva más amplia los factores asociados al consumo de sustancias en población inmigrante.

2.2.9.1 factores asociados al aumento del consumo de tabaco.

1) Preocupación por problemas familiares.

"Problemas personales en mi familia. Y yo creo que a partir de allí no he parado...[de fumar]. No es que los siga teniendo porque ya los he solucionado...pero es que a la preocupación va el tabaco. Es un salvoconducto" (Sujeto 11).

2) Vender cigarrillos en cajas y no por unidades; se señaló como factor precipitante para el aumento del consumo de tabaco, comparado al consumo que se mantenía en el país de origen (en Ecuador). El hecho de que los cigarrillos en España se venden en paquetes y no “suelos”, obliga a adquirir varios cigarrillos y tenerlos a disposición para el consumo.

"Se incrementó [fumar]. Antes fumaba 1 ó 2 a la semana en Ecuador, pero como aquí no venden sueltos sino el paquete completo, te obligan a comprarlo. Y quieras o no, ya tenemos todos esos cigarrillos. Aquí tienes que comprar el paquete entero" (Sujeto 23).

2.2.9.2 Factores asociados a la reducción del consumo de tabaco.

1) Tener hijos o estar más tiempo con los hijos, se refirió como un factor asociado a la reducción; porque no se quiere fumar en presencia de los hijos, o porque no se sale con tanta frecuencia a bares o discotecas donde se suele fumar.

"Y si puedo evitarlo, lo evito [cuando está con hijos]. Llego a las cinco de la tarde y vamos a la piscina, y continuamos, y continuamos..." [durante el verano] (Sujeto 23).

2) ***Estar con personas no fumadoras***, se manifestó como factor del entorno social que influye para no consumir tabaco.

“Cuando hay una persona o voy a un sitio... en una casa que aunque sé que no les molesta que fume, pero que sé que no fuman, entonces no fumo. Intento aguantar lo más que puedo. Eso son factores para que no fume” (Sujeto 11).

3) ***Pensar “ya no es necesario” o indispensable fumar.***

"Fumaba más antes. Ya uno se da cuenta que no es necesario. Y cuando lo hago es en la calle, en casa nunca. Se da uno cuenta que no es necesario. Para mi no es indispensable" (Sujeto 22).

4) ***Cuidar la salud***, fue expuesto como un motivo para disminuir o abandonar el consumo de tabaco.

2.2.10 DISCRIMINACIÓN PERCIBIDA.

Debido a que en los resultados del análisis cuantitativo la percepción de discriminación en el 2005 se encuentra asociado con el aumento del consumo de alcohol en hombres, y con el consumo abusivo y perjudicial en las mujeres, se considera relevante señalar los temas emergentes respecto al tipo de discriminación percibida. Se describen de mayor a menor frecuencia en que fueron señalados.

1) ***Discriminación por raza o color de piel.*** Se percibe discriminación o trato injusto por el color de la piel oscura o facciones indígenas latinoamericanas, manifestándose esta discriminación en diversas formas; como ejemplo, cuando van

caminando en la calle y ven personas apartándose o protegiendo sus bolsos para evitar la posibilidad de que les roben, o cuando son tratados mal en los bares cuando entran a tomar algo. Expresan algunos entrevistados, desconcierto debido a que en Latinoamérica usualmente es muy bien recibido el extranjero. Algunos señalan que los más jóvenes son los que tienden a recibir discriminación en el colegio por parte de otros alumnos.

"A un chico oscuro seguro lo discriminan. Como yo tengo ojos verdes, pelo blanco, no me discriminan tanto..." (Sujeto 18).

"Me da rabia...es como lo tratan a uno por verla que es de fuera o de otro color. No hay carisma...corazón. Se aprietan las viejas la cartera como si las fueran a robar. En cambio si llega un extranjero a Latinoamérica lo adoran, le besan los pies" (Sujeto 5).

"Ir en la calle y ver señora que se pasa la cartera a otra mano cuando yo pasaba. Es la imagen que nunca se me olvida...que te teman en la calle. En algunos bares nos ponían peros... de porque no nos vamos a otros bares a utilizar mesas" (Sujeto 26).

"Como no te conocen, si vas a un bar nuevo... llegas y no te saludan. Y escuchas... `ecuatoriano, sudamericano" (Sujeto 15).

"Más los jóvenes tienen problemas. En el instituto mis hijos, y al principio... pero ya no. Se metían los amigos de ellos" (Sujeto 8).

"...que tiene tez oscura [su hermano], los amiguitos dejaron de frecuentarle porque los padres de un amiguito le prohibieron salir con él... De allí mi hermano dejó de salir de casa por eso. Tenía 13 años de edad" (Sujeto 12).

2) **Trato injusto o agresivo en el trabajo;** como ejemplo, no tener el mismo sueldo de un español con el mismo puesto de trabajo, o ser tratados de forma irrespetuosa por sus jefes.

"Laboral. El sueldo no es igual, nos pagan menos. Siempre te miran la cara. Pero bueno...yo tengo que trabajo" (Sujeto 21).

"En el trabajo me hablaban mal" (Sujeto 3).

"A los inmigrantes nos llevaban a los peores campos, y también el pago era menor" (Sujeto 26).

3) **No poder ejercer o tener dificultad para ejercer su profesión,** se percibe como otra forma de discriminación. Se tarda el proceso de tramitación legal del título extranjero, y no se tiene los mismos beneficios o derechos que un español para adquirir un determinado puesto de trabajo.

"Si me he sentido discriminado por el tema de papeles, que se tarda tanto, y ahora termino trabajando en algo en lo que no me formé" (Sujeto 18).

"Directamente no, pero indirectamente si [se ha sentido discriminado]. No tengo los mismos beneficios de los de aquí. No tengo los mismos derechos. Por ejemplo, no tengo derecho a participar en una oposición, y tengo que nacionalizarme y es un proceso muy largo. Tengo 4 años tramitándolo. Yo no quiero que me regalen nada, sino tener las mismas posibilidades. Y no solo es por mí, sino por muchas personas. Hay muchos que son médicos, nivel alto de educación, pero solo por ser extranjeros no tienen la oportunidad de competir con alguien, opositar a un cargo. Pero por lo demás no hay problema...// Lo ponen más complicado para las personas que vienen de fuera. Miran a un extranjero, y piensan que no tienen educación, no somos mejores que nadie aquí, pero tampoco peores que nadie" (Sujeto 25).

4) Abuso de poder por parte de la policía. Un caso manifestó haber recibido abuso de poder policial en un momento en que fue encontrado sin documento de identidad.

"Una vez la policía, hace 2 años, por no llevar DNI [documento nacional de identidad], me subieron al patrullero y me dieron una paliza en la comisaría. Solo por no llevar DNI" (Sujeto 9).

5) Sin embargo, no se puede generalizar. A pesar de presenciar o recibir trato injusto, algunos entrevistados enfatizan que no se puede generalizar en que todos los españoles tienen los mismos prejuicios o realizan conductas discriminatorias.

"Todavía hay gente que es un poco racista [en España]. Claro, por dos o tres no se puede generalizar" (Sujeto 15).

"Puedes encontrar gente buena, gente mala, como en todo lugar. Es una mezcla de todo" (Sujeto 25).

"Si sucede cosas que te molestan, hay gente abusiva; pero por eso no me siento incomoda en el país, claro que en ese momento.... Trabajo con españoles y me tratan bien. Sí pienso que hay racismo en este país, veo casos, escuchas cosas, pero a mi no me han sucedido cosas" (Sujeto 12).



V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 1

FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO.

Los principales hallazgos del estudio los podemos esquematizar como *Factores de Riesgo* y *Factores Protectores* para el consumo de alcohol. Se han denominado como factores de riesgo aquellas variables o factores asociados al consumo de alcohol, mantenimiento del consumo de alcohol perjudicial, y aumento del consumo; como factores protectores aquellos asociados al no consumo, reducción del consumo, o mantenimiento del consumo no perjudicial. En las **tablas 40** y **41** se presentan desglosadas las variables de riesgo y protección hallados en los resultados cuantitativos y cualitativos.

En líneas generales, existió una mayor tendencia hacia la reducción del consumo o mantenimiento del consumo no perjudicial en la muestra estudiada, por lo cual se comenzará por describir los factores protectores para el consumo y contrastarlos con los resultados obtenidos en estudios de inmigración y consumo de alcohol.

Es importante destacar que algunos factores protectores o de riesgo señalados pueden ser generalizables para el consumo de otras sustancias diferentes al alcohol, y se han agrupado algunas variables con denominaciones más genéricas. Y para la elaboración de los modelos o esquemas plateados en esta sección, donde se muestran las relaciones existentes entre los diferentes factores, se ha recurrido a integrar información sobre los resultados principales de este estudio, la obtenida de todos los temas emergentes del análisis cualitativo, y sobre las aportaciones realizadas por estudios previos en esta área.

1.1 FACTORES PROTECTORES.

Se pueden observar esquematizados los denominados factores protectores en las siguientes figuras. En la **figura 4**, aquellos factores asociados a la reducción del consumo, y en la **figura 5** los asociados al no consumo o mantenimiento del consumo no perjudicial.

Figura 4: Factores asociados a la reducción del consumo de alcohol.

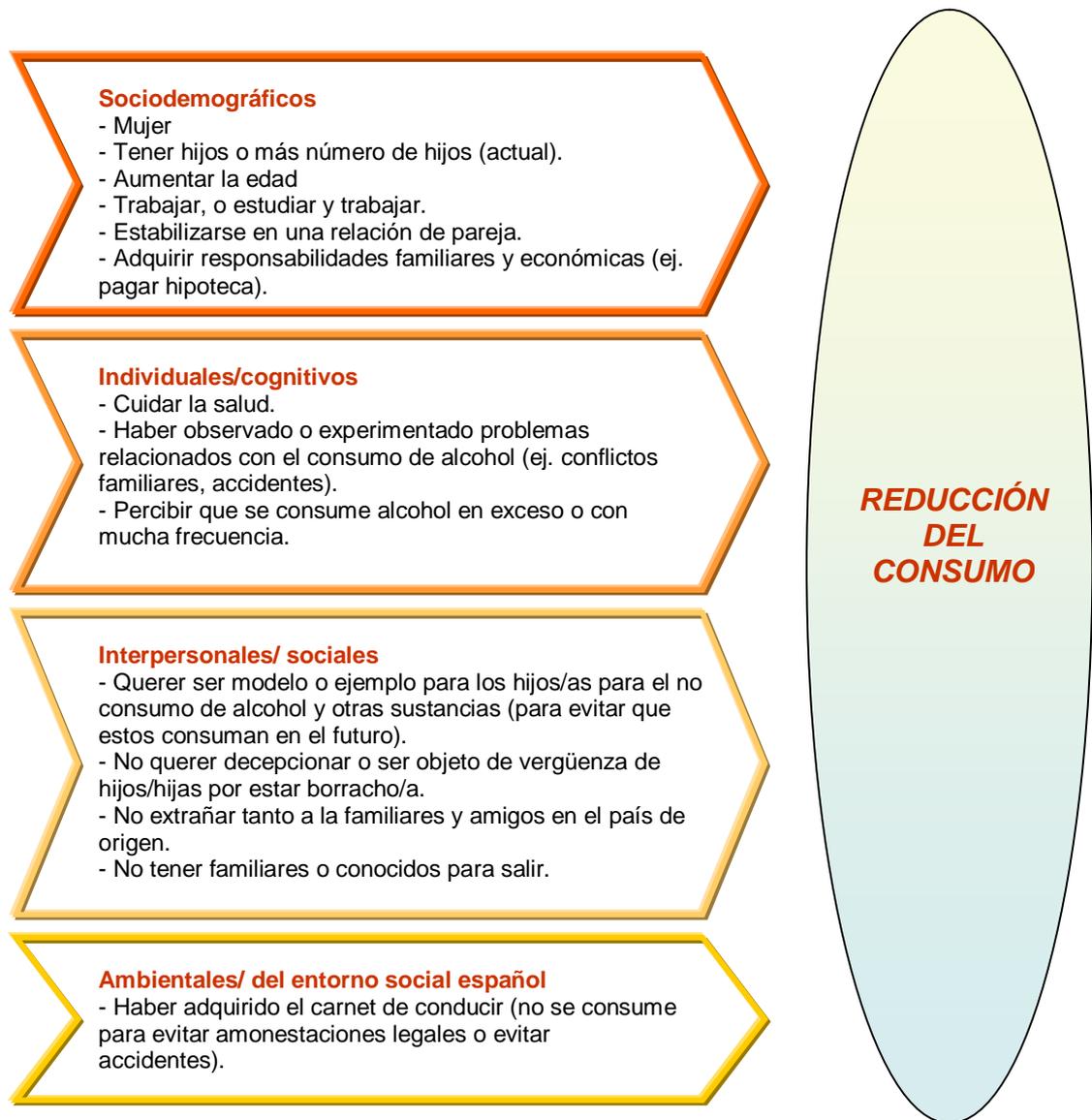
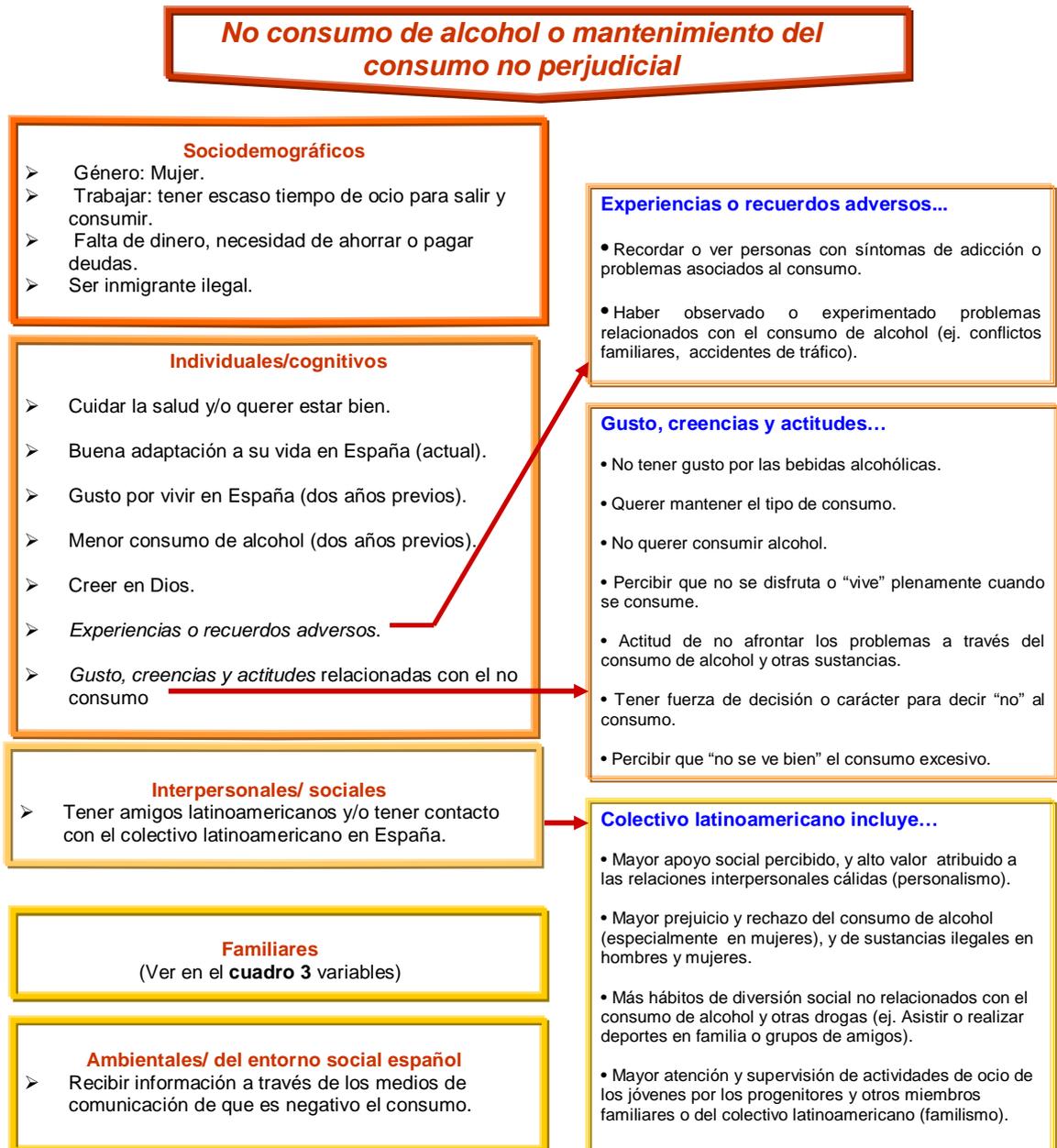


Figura 5: Factores asociados al no consumo de alcohol o mantenimiento del consumo no perjudicial.



Un aspecto que resalta entre los factores protectores, y que se puede considerar como tema central del cual se derivan diversas variables protectoras (o de riesgo en su ausencia), es el referente a la familia y procesos inherentes al entorno familiar; tanto para la adquisición de características individuales/cognitivos protectoras para el consumo, como directamente relacionado con la abstinencia, no consumo perjudicial, y reducción del consumo.

Las variables familiares protectoras se han agrupado en 7 categorías principales. Se presentan resumidas en el **cuadro 3**.

Cuadro 3: Variables familiares protectoras para el consumo de alcohol perjudicial.

<p>1. Tener hijos o mayor número de hijos</p>	<p>1.1 Tener escaso tiempo de ocio para el consumo en discotecas o bares con amigos (especialmente en mujeres). 1.2 Querer ser “modelo” o ejemplo de no consumir alcohol y otras sustancias para hijo/a. 1.3 No querer decepcionar a hijos/as por ser padre/madre borracho/a. 1.4 Dedicar más tiempo a lo hijos/as en los ratos de ocio.</p>
<p>2. Tener pareja o estabilizarse en una relación de pareja.</p>	<p>2.1 Salir con menos frecuencia con amigos o bares a discotecas por estar con pareja. 2.2 No consume porque pareja no consume.</p>
<p>3. Haber experimentado u observado conflictos familiares por el consumo de alcohol.</p>	<p>3.1 Conflictos familiares durante la niñez o juventud, por consumo de alcohol de un miembro de la familia (ej. padre o madre). 3.2 Conflictos familiares actuales por el propio consumo (ej. pareja se enoja). 3.3 Conflictos familiares actuales por el consumo excesivo de la pareja.</p>
<p>4. Adquirir durante la niñez en el entorno familiar, valores, creencias y hábitos relacionados con el no consumo de alcohol y otras drogas.</p>	<p>4.1 Recibir mensajes contra el consumo, y observar actitudes negativas hacia el consumo. 4.2 No haber observado conductas de consumo de alcohol y otras sustancias.</p>
<p>5. No querer “defraudar” o disgustar a progenitores o familiares por el consumo.</p>	
<p>6. Recibir consejos de progenitores o familiares de no consumir alcohol en exceso.</p>	
<p>7. Sentir apoyo y/o compañía familiar; no extrañar tanto a la familia.</p>	

Específicamente sobre **no querer “defraudar” o disgustar a progenitores o familiares por el consumo de alcohol u otras sustancias ilegales**, fue referido tanto por adultos como jóvenes entrevistados, especialmente si fueron criados con hábitos, creencias, y valores relacionados con el no consumo. Y el **no extrañar tanto a la familia** fue señalando como consecuencia de pasar más tiempo de permanencia en España y acostumbrarse a la vida en España.

Estos resultados reflejan un aspecto ampliamente referido en la literatura científica: que la familia es de especial importancia como factor protector para el consumo de sustancias en la comunidad latinoamericana, y que juega un importante rol en la cultura latinoamericana (Sale et al., 2005).

La familia latinoamericana suele ser descrita como “cohesión y cercanía emocional” (Kail, 1993), nombrándolos algunos autores como “familismo” (en inglés: familism). Se define el familismo como un valor cultural que las familias latinoamericanas en Estados Unidos comparten independientemente del país de origen, y que se caracteriza por “una fuerte identificación y adherencia de los individuos a su familia nuclear y extendida; con fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre sus miembros” (Sale et al., 2005). Es una orientación cultural en donde la familia de origen es de gran importancia, aún después del matrimonio (Suarez-Orozco & Suarez-Orozco, 1995). Con el familismo se tiende a tener un orgullo familiar fuerte, cercanía familiar, respeto por los padres, obligación mutua, confianza y cohesión; valores estos que se han encontrado estar más altos en familias latinoamericanas, que en familias blancas no latinoamericanas (Chandler et al., 1999, Olson et al., 1983). El familismo incluye un monitoreo de los padres e involucración con los niños, y dado que existe una tendencia de las parejas casadas de establecerse cerca de los padres y otros miembros de la familia, esto permite proveer a los niños con una mayor atención por parte de un mayor número de adultos, y de situar a los niños en comunidades más cohesivas (Chandler, Tsai, & Wharton, 1999; Denner, Kirby, Coyle, & Brindis, 2001; Gonzales, 1993). Este valor cultural se ha encontrado reflejado en población de puertorriqueños (Glazer & Moynihan, 1963), cubanos americanos (Szapocznik & Kurtines, 1989), mexicanos americanos (Alvarez & Bean, 1976), y americanos del centro y sur América (Sale et al., 2005). Y se ha encontrado tanto en

familias latinoamericanas aculturadas como no aculturadas (Sabogal, Marin, Otero-Sabogal, Marin, & Perez-Stable, 1987).

Considerando esta definición, se puede decir que el familismo se encuentra reflejado en las variables familiares protectoras señaladas. Se refleja en la importancia que tiene el tener hijos, y en la adquisición de creencias y hábitos de no consumo durante la niñez que continúan en la edad adulta; y que al no ser mantenidos estos hábitos o creencias inculcados es percibido como “defraudar” a los progenitores o familiares; y en el hecho de que estar lejos y extrañar a la familia, no sintiendo apoyo y/o compañía familiar, se ha manifestado como un factor directamente relacionado con el consumo de alcohol en algunos entrevistados.

Manifestaciones del familismo se encuentra igualmente reflejado cuando algunos entrevistados indican la importancia que tiene la familia para la adquisición de las conductas de consumo, y cuando realizan críticas al sistema social español porque no facilita la proximidad o atención parental adecuada a los hijos; siendo esto fundamental para la transmisión de mensajes relacionados con el no consumo de sustancias, monitoreo de conductas, transmisión de valores humanos (como es el respeto a los progenitores y a otros seres humanos), y transmisión de afecto (“amor y cariño”); percibidos estos dos últimos igualmente de necesarios para evitar el consumo de sustancias desde joven. Señalan que la sociedad española no le otorga importancia a la familia por una dinámica social contemporánea en donde “no hay tiempo” por cuestión laboral para tener esta atención y cuidado necesarios de los hijos, siendo percibido como una de las causas de que exista un consumo más alto de sustancias legales e ilegales en España, tanto en población joven como adulta, comparado con el país de origen. Es por ello, que varias de las sugerencias realizadas sobre la prevención han sido enfocadas hacia involucrar a las familias, o estar dirigidas a las familias; entre ellas, el promover que exista una mayor y mejor comunicación parental en torno al consumo de drogas y sus consecuencias, y el de facilitar a través de medidas o normativas sociales, el que los progenitores e hijos/as puedan tener mayor tiempo para compartir, ya sea a través de ayudas económicas o cambios en los horarios de trabajo.

El familismo igualmente se observa reflejado en la sugerencia de implementar una penalización legal a los progenitores de jóvenes menores de edad que se encuentran con consumo de alcohol en botellones o consumiendo sustancias ilegales; por considerarse

esto una falta de responsabilidad del padre o la madre en la monitorización del consumo o de las actividades que realizan sus hijos.

Los resultados de este estudio son consistentes con estudios previos que señalan que en latinoamericanos jóvenes, la familia representa la base para la resiliencia en el consumo de sustancias, al facilitar consejo, dirección, modelo y apoyo cuando se trata del consumo de drogas y otras conductas desviadas (Marsiglia et al., 2002); y que la ausencia del consumo de sustancias y actitudes negativas hacia el consumo por parte de los progenitores es un fuerte predictor del consumo de alcohol entre jóvenes latinoamericanos (Sale et al., 2005). En este estudio destaca la influencia protectora para el consumo que tiene el modelado o mensajes parentales recibidos durante la niñez para el no consumo de alcohol y otras sustancias. El modelado de conductas de no consumo por parte de los progenitores, y los consejos parentales recibidos, se encontraron asociados con el mantenimiento de la abstinencia o consumo no perjudicial en individuos de todas las edades, contando con la influencia que puede tener los factores sociales o estresores inherentes o no al proceso de inmigración. Sería interesante por ello realizar estudios encaminados a analizar el tipo de mensaje parental y la forma en que ha sido transmitido, respecto al consumo de sustancias y problemas derivados del consumo, en población que ha mantenido la abstinencia o consumo no perjudicial de alcohol, además del no consumo de otras sustancias ilegales; con el fin de determinar mensajes que son potencialmente efectivos para mantener la resiliencia al consumo excesivo de alcohol y otras sustancias en población inmigrante latinoamericana.

Otro de los factores más nombrados como asociados al no consumo de alcohol en las entrevistas, es el de haber observado personas alcohólicas en la familia; siendo común las expresiones de no querer acabar en el mismo estado de dependencia o adicción, o de no querer que los hijos/as pasen por las mismas experiencias adversas. Esto es contradictorio con una amplia literatura científica que señala que los hijos de alcohólicos corren un mayor riesgo para el desarrollo de problemas con el consumo de alcohol comparado con otros niños (Barnow, Schuckit, Lucht, John, & Freyberger, 2002; Chassin, Pillow, Curran, Molina, & Barrera, 1993; Finn, Sharkansky, Brandt, & Turcotte, 2000; Schuckit & Smith, 1996; Vannicelli, 1989). Sin embargo, estos resultados pueden ser explicados por la evidencia que existe de que antecedentes de trastorno por consumo de alcohol en progenitores no está asociado independientemente

con la historia de bebida y otras variables sobre el consumo en sus hijos (Tarter, Kirisci, & Clark, 1997); se han identificado varios factores que moderan o disminuyen las consecuencias negativas del alcoholismo en la familia, y proveen resiliencia o protección en sus descendientes, como son características familiares o procesos de socialización de la familia, factores de la personalidad, la raza, y el género (Pidcock et al., 2000).

Otras variables familiares mostradas en este estudio han sido previamente documentadas como variables protectoras, entre ellos: el que la mujer, respecto al hombre, tienda más a limitar su consumo de bebidas alcohólicas al adquirir mayores responsabilidades, especialmente en casa (Ahlstrom, Bloomfield, & Knibbe, 2001; Neve, Drop, Lemmens, & Swinkels, 1996; Thundal, Granbom, & Allebeck, 1999); que aquellos que tienen pareja o están casados y/o con hijos, exhiben menos consumo excesivo o tienden a restringir más su consumo de alcohol comparado con los solteros, o separados y divorciados (Grzywacz et al., 2007; Minugh, Rice, & Young, 1998); y que el consumo de la pareja influye en gran medida en el patrón de consumo, especialmente en las mujeres (Romero, Medina-Mora, Villatorio, & Durand, 2005).

Respecto al resto de los factores protectores tenemos:

- El *género*. Las mujeres muestran mayor probabilidad para la reducción del consumo, y mantenimiento del consumo no perjudicial; y los hombres presentan mayor probabilidad de tener consumo perjudicial en la actualidad, y de mantener el consumo perjudicial. Ha sido ampliamente referido que en diversas culturas a nivel mundial, los hombres tienen mayor propensión de consumir alcohol y tener mayor prevalencia de abuso o dependencia al alcohol u otras sustancias respecto a las mujeres (Holmila & Raitasalo, 2005; Wilsnack, Wilsnack, & Obot, 2005). Unido a ello, las diferencias en el consumo de alcohol suele ser más marcado en Latinoamérica: diferencias de género en el consumo se ha mostrado con mucha mayor amplitud en latinoamericanos comparados con blancos (Bachman et al., 1991; Canino, Anthony, Freeman, Shrout, & Rubio-Stipec, 1993; Vega & Gil, 1998). Esta gran diferencia se ha atribuido a que existen mayores sanciones contra las mujeres que abusan de sustancias en las familias latinoamericanas (Oetting & Beauvais, 1990); y por diferencias de roles sociales atribuidos en el hombre y la mujer; donde beber grandes cantidades de alcohol denota

masculinidad (Graham & Wells, 2003; Tomsen, 1997), y en las mujeres los síntomas de abuso de alcohol o dependencia trae consigo una reacción social de desaprobación por estar asociado a no poder realizar bien su rol maternal (Abel & Kruger, 2002; Beckman & Amaro, 1986). Se ha reflejado durante las entrevistas el hecho de que el consumo de alcohol excesivo por las mujeres es “mal visto” en la cultura latinoamericana, y que no se suele ver mujeres borrachas o en estado de embriaguez en sitios públicos; por lo cual, este componente cultural latinoamericano de prejuicio hacia el consumo de alcohol excesivo en mujeres, se ha visto reflejado como un elemento protector asociado al no consumo de alcohol en latinoamericanas inmigrantes.

- *La ocupación.* Se muestra que el estar trabajando se asocia al no consumo por presentarse escaso tiempo libre para realizar actividades de ocio relacionadas con el consumo; y podría ser igualmente explicado por un incremento en la autonomía económica. Se ha visto reflejado en estudios previos que la autonomía económica se encuentra asociada a las reducciones en el uso de sustancias y mejora en otras áreas de vida; siendo por ello que algunos autores enfatizan el impacto positivo que tiene los servicios de asistencia de empleo en respuestas de reducción o abstinencia del consumo (Gregoire & Snively, 2001).

- *Estatus de inmigrante ilegal.* El ser inmigrante ilegal ha mostrado asociarse con el no consumo de alcohol, dado que se evita consumir alcohol en exceso para evitar involucrarse en problemas asociados al consumo (ej. peleas o accidentes, etc.), lo cual conllevaría a tener contacto con la policía o guardia civil, que dado el caso podrían ser identificados como ilegales y correr el riesgo de ser deportados. Este aspecto contrasta con estudios previos que señalan que los inmigrantes indocumentados son más probables de tener altas tasas de abuso de sustancias (Perez & Fortuna, 2005).

Sin embargo, se puede señalar que el estar indocumentado es un factor de riesgo por las siguientes circunstancias estresoras que promueve:

- i) se asocia con el desempleo o “falta de trabajo”, ya que muchos inmigrantes se encuentran sin trabajo o les es difícil encontrar trabajo por encontrarse en situación ilegal en el país. Y los trabajos encontrados no suelen ser bien remunerados, sin condiciones laborales óptimas, y sin derechos laborales que los protejan.

- ii) se asocia con exacerbar la soledad o extrañar a la familia, debido a que se aminora la oportunidad de poder visitar a sus familiares o amigos en el país de origen, por correr el riesgo de no poder retornar a España por haber estado de forma ilegal; lo cual conlleva a que estén un tiempo indefinido sin poder viajar al país de origen y ver sus familiares.

- iii) se asocia con no solicitar y asistir a tratamiento médico o por abuso o dependencia al alcohol, o realizar otras actividades preventivas para el consumo -como son eventos culturales o deportivos-, por temor a ser detenidos por la policía y ser deportados.

- Entre los factores individuales, el *cuidar la salud, o querer estar bien de salud*, se encuentra entre los principales motivos para no consumir. Y respecto al *haber experimentado u observado experiencias adversas asociadas al consumo*, además de las familiares señaladas anteriormente, resaltan el haber observado personas en estado de indigencia por la adicción o con síntomas de dependencia al alcohol, y los accidentes de tráfico. Se ha señalado que uno de los predictores más importantes para la remisión del consumo es tener algo que perder (ej. amigos, trabajo), si uno continua o reanuda el consumo de la sustancias (Havassy, Wasserman, & Hall, 1993; Vaillant et al., 1983). En nuestro estudio se muestra que más que el hecho de pensar o planificar en reducir el consumo, es un factor precipitante para el deseo de reducir el consumo el haber experimentado un suceso adverso grave, como es el de un accidente de tráfico. Esto concuerda con estudios previos que señalan que la reciente experiencia de un accidente, especialmente si es atribuible al consumo de alcohol, representa para el paciente un “momento receptivo” para escuchar un consejo y plantearse un cambio de conducta. (Longabaugh et al., 1995)

- Otro grupo de variables se han categorizado como *gustos, creencias y actitudes relacionadas con el consumo*. Entre ellos están el no tener gusto por las bebidas alcohólicas, querer mantener el tipo de consumo, no desear o querer consumir alcohol, percibir que no se disfruta o vive plenamente cuando se consume alcohol, tener la actitud de no afrontar los problemas a través del consumo de alcohol y otras sustancias, tener fuerza de decisión y carácter para decir “no” al consumo de sustancias (que es

adquirido principalmente durante la niñez a través de la crianza de los padres), y percibir que “no se ve bien” el consumo excesivo.

Especialmente, el tener la actitud de no afrontar los problemas a través del consumo de sustancias, y de asociar el consumo de alcohol con solo divertirse y no huir de los problemas, es un factor protector relevante ante situaciones de estrés inherentes al proceso migratorio (estrés de aculturación). Los que asocian el consumo de alcohol solo para divertirse, estarán menos vulnerables a consumir alcohol ante situaciones de estrés. Se ha referido durante las entrevistadas, que muchos inmigrantes latinoamericanos consumen hasta emborracharse para “escapar del mundo”, por lo cual asocian algunos entrevistados el consumo de alcohol excesivo como un síntoma de la existencia de eventos estresantes o problemas. Esto es consistente con un estudio que señala que el abuso de drogas entre latinoamericanos es predicho por una alta apreciación de amenaza junto con un estilo de afrontamiento evitativo (Nyamathi et al., 1995).

- El *creer en Dios* se manifestó como un hecho directamente relacionado con el no consumo, percibiéndose como un apoyo y compañía. Diversos estudios han resaltado la importancia de las creencias y las actividades religiosas para afrontar eventos de vida estresantes; estas aminoran la influencia de circunstancias de vida negativas, y facilitan redes de apoyo social que son beneficiosas para la salud física y mental (Ellison & Levin, 1998; Pargament, 1997). Altos niveles de fe religiosa y espiritualidad se han encontrado asociados con una orientación más optimista de la vida, mayor apoyo social percibido, mayor resistencia al estrés, y menores niveles de ansiedad (Pardini, Plante, Sherman, & Stump, 2000). Desde esta perspectiva, las creencias religiosas son consideradas como un factor clave para aminorar el impacto de eventos estresantes en inmigrantes latinoamericanos; lo que puede reducir el riesgo de afrontar el estrés a través del abuso de alcohol. La religiosidad es un mecanismo de afrontamiento que aminora el estrés para muchos inmigrantes (Finch & Vega, 2003), sirviendo para contrarrestar la depresión y ansiedad en la primera generación de inmigrantes (Hovey, 2000).

Y por último, entre los factores interpersonales sociales señalados, cabe destacar el *pertenecer a una red social latinoamericana o tener amigos latinoamericanos en España*, influyendo el nivel de aculturación de los miembros de esta red; es decir, los que tienen contacto con una red social latinoamericana en la que sus miembros mantienen valores o costumbres del país de origen, se encontrarán más beneficiados. En la cultura latinoamericana existen los siguientes elementos culturales que son protectores para el consumo:

a) *Alto apoyo social*; que además de ser señalado directamente en las entrevistas, se ha documentado previamente en estudios previos. El apoyo social de la familia es característico dentro de las culturas latinoamericanas, contribuyendo a que exista menores tasas de trastornos entre inmigrantes latinoamericanos que han emigrado recientemente (Escobar, 1998). La tradición de mujeres ayudando a otras mujeres en la comunidad es muy fuerte en latinoamericana, y el alto valor atribuido a las relaciones interpersonales cálidas (*personalismo*) en las sociedades latinoamericanas persiste hasta el presente (Clark, 2002). Las madres latinoamericanas residiendo en los Estados Unidos, por ejemplo, han mostrado disfrutar sorprendentemente de buenos alumbramientos de hijos, a pesar de sus desventajas sociales; explicándose que dentro de este fenómeno denominado “latina paradox”, los factores sociales y culturales que contribuyen a ello son los sistemas informales de cuidado prenatal que está compuesto por familia, amigos y miembros de la comunidad (McGlade, Saha, & Dahlstrom, 2004).

b. *Mayor prejuicio y actitudes negativas hacia el consumo de sustancias ilegales en Latinoamérica, y mayor prejuicio del consumo excesivo de alcohol en mujeres*. Este es un factor cultural relevante, dado que es conocido que la influencia de pares, y las normas y conductas percibidas por los pares, son fuertes predictores para el consumo de sustancias en poblaciones de adolescentes y jóvenes adultos (Dielman et al., 1990; D. B. Kandel, 1980). En este estudio se muestra que el consumo de sustancias ilegales, en la cultura latinoamericana, no es utilizado como forma de socializar en el tiempo de ocio, por la alta frecuencia en que fue referido durante las entrevistas de que se llega a consumir sustancias o se llega a la adicción más como forma de evadir los problemas, y por las percepciones de que existe mayor consumo y permisividad para el consumo de sustancias en España.

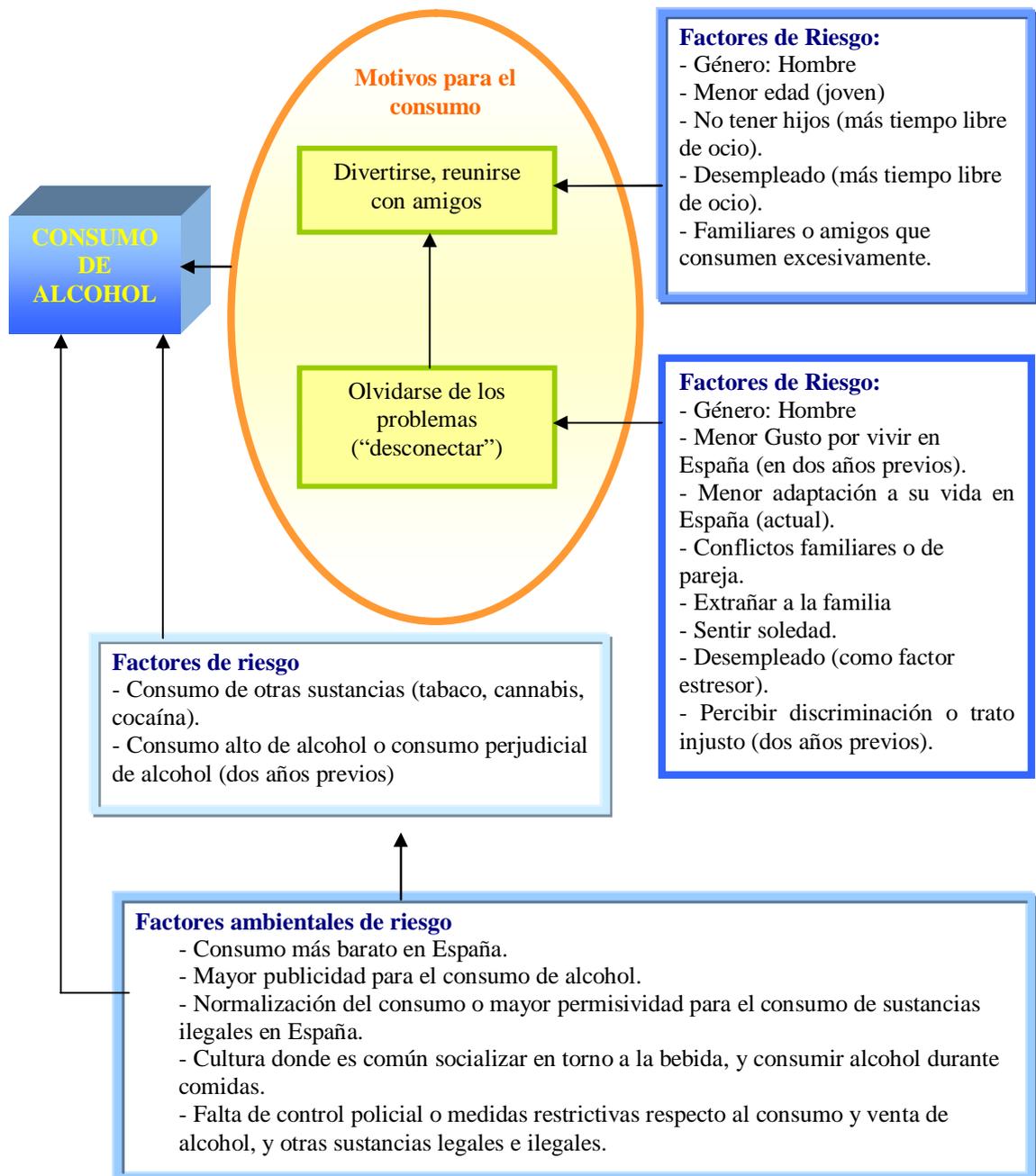
c. El *familismo*, que como se ha indicado anteriormente, permite una mayor monitorización y atención parental, que es especialmente protector para los jóvenes o niños inmigrantes. El familismo incluye “respeto” (respeto por los padres), y apoyo familiar (Vega & Gil, 1998), por lo cual se tiende a obedecer los mensajes parentales asociados al no consumo, además de recibir un mayor apoyo social por parte de los miembros de la familia. Se ha mostrado que el mantener los roles familiares más tradicionales es protector para el uso de drogas en jóvenes latinoamericanos viviendo en Estados Unidos (Warner et al., 2006).

Teniendo en consideración estos aspectos, se ha señalado la necesidad de examinar las creencias culturales, y prácticas tradicionales latinoamericanas (Ojeda, Patterson, & Strathdee, 2008). Entre latinoamericanos viviendo en Estados Unidos, aquellos que han mostrado mantener más sus normas, valores, creencias, y comportamientos culturales latinoamericanos, tienen menos probabilidades que sus pares más aculturados a utilizar sustancias, y en consecuencia, a ser menos propensos de experimentar problemas relacionados con el consumo de sustancias (Wallace, Jr., 1999). La integración de los valores y símbolos culturales latinoamericanos es un elemento importante de considerar para la prevención y el tratamiento del consumo en población latinoamericana inmigrante (Prado, Szapocznik, Maldonado-Molina, Schwartz, & Pantin, 2008).

1.2 FACTORES DE RIESGO.

Conviene comenzar este apartado de factores asociados al consumo de alcohol, señalando los principales motivos para el consumo. Como se puede observar en la **figura 6**, los motivos referidos son: a) consumir para divertirse o reunirse con los amigos, y b) consumir para olvidar los problemas o “desconectar”. Ambos motivos pueden encontrarse interrelacionados, mas no se puede especificar que exista la relación de consumir para divertirse y así olvidar los problemas en todos los entrevistados de este estudio. Por ello se ha mostrado esquematizado de forma unidireccional esta relación.

Figura 6: Factores asociados al consumo de alcohol.



Entre las variables asociadas al consumo y que podríamos especificar como aquellos problemas o situaciones de las cuales se busca “desconectar” o evadir, destacan: el tener conflictos de pareja o familiares, extrañar a la familia, sentir soledad, y estar sin trabajo o desempleado. Las variables percibir discriminación y trato injusto, tener menor gusto por vivir en España, y tener menor adaptación de su vida en España,

se encontraron relacionadas con respuestas de consumo de alcohol perjudicial en los análisis cuantitativos; y se consideran como estados subjetivos o percepciones estresantes que se asocian con el motivo de consumir para olvidar problemas o desconectar (aliviar tensión). Estos resultados son consistentes con el estudio de Lemke y cols., (2007), que señala que entre los estresores que predisponen al consumo de alcohol destacan los problemas familiares interpersonales, problemas de trabajo, problemas financieros, y malestar emocional como son la tristeza o ansiedad. Así mismo, concuerdan con los estresores señalados por Caplan (2007) que son parte del estrés de aculturación: desempleo, conflictos familiares o de pareja, discriminación social, y pérdida de las redes sociales (manifestado en este estudio con sentir soledad y extrañar a la familia).

El desempleo y la inseguridad laboral se ha asociado con un mayor riesgo de abuso o dependencia al alcohol caetano (Caetano & Clark, 1998; Finch et al., 2003; Wallisch & Spence, 2006); y la deprivación económica ha mostrado estar correlacionado de forma importante con el consumo de sustancias y problemas asociados, en latinoamericanos (Wallace, Jr., 1999). Sin embargo, es importante resaltar que el estar desempleado en este estudio tiene dos caras respecto al impacto que puede ejercer. Por un lado, se ha referido como un agente estresor que induce al consumo para aliviar la tensión o desconectar; y por el otro, induce a no consumir en algunos por la falta de ingreso económico, siendo necesario ahorrar para pagar gastos de vivienda o manutención mientras se encuentra empleo.

Se ha documentado que los hombres son propensos de reportar mayor reactividad ante las influencias sociales y estresores para el consumo de alcohol; y por lo tanto tienen mayor propensión a desarrollar problemas con la bebida comparado con las mujeres (Lemke, Schutte, Brennan, & Moos, 2008); es por ello que se ha ubicado la variable género (hombre) en el esquema de la **figura 3** como un factor asociado tanto con el motivo de diversión o reunirse con los amigos, como con el motivo de olvidar los problemas o “desconectar”.

Es importante destacar la relevancia que puede tener el presentar conflictos de pareja o familiares, como circunstancia que predispone al consumo de alcohol perjudicial. Los problemas de pareja, especialmente los relativos a temas de infidelidad, y los conflictos familiares en la relación padre-hijo, fue manifestado por algunos participantes como causantes de problemas de consumo excesivo de alcohol, tanto por hombres como por mujeres. Dada la importancia que representa para el latinoamericano la familia y el apoyo familiar, y más aún en la circunstancia de ser inmigrante, en donde solo se cuenta con la pareja e hijos como únicos miembros familiares cercanos, se puede hipotetizar que los conflictos de pareja o familiares son de gran relevancia en la etiología del consumo de alcohol perjudicial en inmigrantes latinoamericanos. Estos resultados se corroboran con datos cuantitativos de un análisis de regresión realizada con 610 inmigrantes latinoamericanos en Valencia (Morales-Manrique & Herzog, 2008) que muestra que los que están separados tienden a tener mayor probabilidad de ser consumidores problemáticos. Similarmente, ha sido documentado que los conflictos familiares y falta de apoyo familiar es uno de los mayores estresores reportados por los latinoamericanos inmigrantes en Estados Unidos (Caplan, 2007; Dalla & Christensen, 2005; Hiott, Grzywacz, Arcury, & Quandt, 2006; Hovey, 2000); y que el entorno familiar se ha identificado consistentemente como un elemento importante asociado al consumo de alcohol problemático y otras drogas en adolescentes (Brook et al., 2007; Brooks, Stuewig, & LecRoy, 1998; De La Rosa et al., 2006; Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Kumpfer & Turner, 1990; Sale et al., 2005; Sale, Sambrano, Springer, & Turner, 2003). En esta línea, se destaca la importancia de realizar intervenciones específicas para la población inmigrante latinoamericana con problemas de pareja (o que se encuentran separados o divorciados), y en jóvenes con conflictos familiares, dada la alta vulnerabilidad que presentan estos grupos poblacionales para el consumo de alcohol perjudicial.

La pérdida de redes sociales, debido a la separación de amigos y familiares que se encuentran en el país de origen, es así mismo relevante en su efecto como agentes estresores asociado al consumo. Han sido documentados previamente como uno de los mayores estresores en inmigrantes latinoamericanos, dado que la cultura latinoamericana tiene énfasis en el colectivismo más que el individualismo (Hovey, 2000; Smart & Smart, 1995; Sullivan & Rehm, 2005; Zuniga, 2002); siendo el

colectivismo definido como una auto-identidad basada en verse a sí mismo como parte de una comunidad, en donde las actividades de grupo e interdependencia son valoradas (Noh & Kaspar, 2003). Y además de ello, por el “familismo” (que se ha definido previamente), que implica vivir en proximidad con miembros de la familia y tener frecuentemente contacto cara a cara (Cabassa, 2003).

Los estresores de menor gusto y adaptación por vivir en España, mostrado como asociado al consumo perjudicial, especialmente en mujeres, puede ser explicado por las postulaciones de Berry y Sam (1997), que señala que aquellos inmigrantes más integrados tienden a estar más sanos y con menos grado de estrés de aculturación; y por un cambio de roles de género (en el que la mujer no se limita a realizar tareas domésticas), el cual se ha documentado con ser un estresor específico del estrés de aculturación en latinoamericanas inmigrantes (Caplan, 2007). Del mismo modo, hay que considerar que los sentimientos de soledad está estrechamente relacionado con la insatisfacción en la calidad de las relaciones interpersonales existentes, así como en el trabajo y otras actividades (Akerlind, Hornquist, & Hansson, 1987).

Un aspecto importante de discutir, es sobre el tipo de discriminación percibida, dado que la percepción de discriminación o trato injusto (registrado dos años previos) se asocia con el aumento del consumo de alcohol en hombres y mujeres. Los tipos de discriminaciones o trato injusto en mayor medida señalados por los entrevistados fueron: la discriminación por raza o color (como son recibir gestos de temor o despectivos, en la calle o bares, en caso de tener rasgos indígenas o color de piel oscuro); y la discriminación laboral (trato injusto en el trabajo, en la asignación de tareas o pago de salario). Estos datos concuerdan con estudios previos que señalan que el trato injusto y alta estigma racial entre minorías de Estados Unidos (incluyendo los latinoamericanos), correspondía a más del doble de probabilidad para el riesgo de problemas con el consumo de alcohol, síntomas de dependencia al alcohol, y consecuencias sociales por el consumo (Mulia et al., 2009; Mulia, Ye et al., 2008).

Entre los factores de riesgo asociados con el *motivo de consumir alcohol para divertirse* están: el ser hombre, tener menor edad, no tener hijos, estar desempleado, y el

tener familiares o amigos con alto consumo de alcohol. Estos resultados concuerdan con las situaciones sociales que se han documentado predisponen al consumo de alcohol, como son el consumo de pares (que incluye amigos y compañeros de trabajo), y cambios en el tiempo de ocio, con incremento del tiempo libre (Lemke et al., 2007). Específicamente sobre la edad, que se ha encontrado asociado con el consumo perjudicial de alcohol actual y mantenimiento de consumo perjudicial, se ha ubicado esta variable en el esquema como asociada con los dos tipos de motivaciones para el consumo (motivo de diversión, y motivo de olvidar problemas), debido a que el consumo de alcohol como producto de la reactividad a las influencias sociales, como son cambios en el tiempo libre y consumo de pares (amigos y compañeros de trabajo), y la reactividad a las situaciones estresantes (especialmente por problemas interpersonales familiares, o por trastornos emocionales como la ansiedad o depresión), tiende a ser mayor en la edad adulta temprana y en menor grado a medida que aumenta la edad (Lemke et al., 2007). Así mismo, se ha documentado que en hombres latinoamericanos, similar a como ocurre con otros grupos étnicos, los que son más jóvenes tienen mayores tasas de bebidas excesivas y borracheras (Caetano, Ramisetty-Mikler, & Rodriguez, 2008), y el tener menor edad se encuentra asociado con el incremento de episodios de bebida excesivos (Caetano & Herd, 1988). Del mismo modo, como se observó reflejado durante las entrevistas, al aumentar la edad disminuye la exposición a situaciones que incrementan la probabilidad del consumo, dado que las personas adquieren roles tales como son el ser padre o madre (Lemke et al., 2007).

La variable de *consumo de familiares o amigos*, que se ha reflejado durante las entrevistas, es consistente con estudios previos que señalan que el consumo de amigos o familiares son situaciones sociales que predisponen el consumo, siendo a mayor número de amigos que consumen alcohol u otras sustancias, mayor la probabilidad de consumir o incrementar el consumo de sustancias (De la Rosa & White, 2001; Lemke et al., 2007; Lindenberg et al., 1999; Wu et al., 2008). La variable *no tener hijos*, se asocia con el motivo de divertirse dado que se ha señalado durante las entrevistas que el hecho de no tener al cuidado hijos, el tiempo de ocio es mayor, existiendo más oportunidad para salir o reunirse con amigos en fiestas y discotecas.

Se observa reflejado en el estudio el riesgo que presentan los latinoamericanos con consumo perjudicial o mayores puntuaciones en el cuestionario AUDIT, para presentar consumo perjudicial dos años posterior; y de cómo se encuentra asociado al consumo de alcohol perjudicial o mantenimiento del consumo perjudicial, con el consumo de tabaco, cannabis y cocaína. Esto es consistente con estudios previos que señalan que la severidad de la dependencia o consumo de alcohol es predictivo de pobres respuestas de reducción o abstinencia del consumo (Carroll, Power, Bryant, & Rounsaville, 1993; Nyamathi et al., 1995; Pettinati, Pierce, Belden, & Meyers, 1999; Simpson, Joe, & Broome, 2002), y que el uso de drogas está asociado con el incremento del consumo excesivo de alcohol en población latinoamericana (Zayas et al., 1998). El consumo de sustancias menores (como el tabaco o el alcohol) se ha asociado con iniciar el consumo de otras sustancias “más fuertes”, como es la cocaína, en población general (Kandel & Faust, 1975). Este último aspecto se encontró reflejado durante una de las entrevistas realizadas, en la que refiere un entrevistado que comenzó a consumir la cocaína a raíz del consumo de alcohol, considerando el alcohol como la puerta de entrada al consumo de otras sustancias, considerándolo por ello altamente peligroso.

Y por último, y no menos importante, resaltan los factores ambientales o del entorno social español percibidos como asociados al consumo. Cabe destacar los temas emergentes sobre factores de la dinámica social contemporánea en España, que facilitan e incitan el consumo de alcohol y otras sustancias. Entre los más nombrados están el tener mayor nivel adquisitivo para consumir bebidas alcohólicas en España (que el consumo es más barato comparado con el país de origen); unido al hecho de que es más accesible y disponible las bebidas alcohólicas para la población joven, por la venta de alcohol en supermercados a bajo precio, y por el cual no se suele pedir carnet de identidad para su compra. Se percibe así mismo que existe una gran cantidad de publicidad para la compra de bebidas alcohólicas, que son transmitidas en los medios de comunicación en horas y lugares que pueden ser vistos por los niños y jóvenes. Y señalan que existe una cultura donde es común socializar en torno a la bebida (ej. Botellones) o tomar bebidas alcohólicas como parte de la gastronomía, lo cual induce más el consumo.

Del mismo modo, se ha hecho referencia de que existe en España una alta disponibilidad y accesibilidad de sustancias ilegales, como es el cannabis y la cocaína, en el sentido de que es fácilmente adquirida en sitios públicos como parques, bares y salidas de colegios; y es percibido una mayor normalización o permisividad para el consumo en parques o en sitios públicos, que es un aspecto contrario a lo observado en Latinoamérica, en donde existe un mayor prejuicio hacia el consumo de drogas ilegales, y que suele consumirse a escondidas y no en público. Sin embargo, se ha de enfatizar que una mayor disponibilidad de las drogas no puede explicar por sí solo el hecho de que se asocie con el consumo, dado que países de Latinoamérica, como por ejemplo Puerto Rico y México, en donde existe un alto tráfico y producción de sustancias ilegales, sus ciudadanos muestran bajas tasas de trastornos por abuso de sustancias (Alderete, Vega, Kolody, & Aguilar-Gaxiola, 2000; Canino et al., 1993; Warner, Canino, & Colon, 2001), señalando algunos autores que posiblemente es debido al limitado consumo, y los valores familiares y sociales fuertes contra el consumo de sustancias, que es común en latinoamérica (Alegria et al., 2006; Warner et al., 2001). Este último argumento se ve reflejado en algunas entrevistas realizadas, donde señalan algunos casos que los factores ambientales tienen mayor repercusión en latinoamericanos que han inmigrado de niños o jóvenes, más que aquellos que han inmigrado en edad adulta, dado que en los primeros no se encuentran tan afianzados los hábitos o creencias culturales relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas, que son protectores para el consumo (ej. mayor prejuicio hacia el consumo de drogas ilegales en toda la población, y prejuicio hacia el consumo de alcohol excesivo en mujeres), por no haber permanecido tiempo suficiente en latinoamérica.

La normalización del consumo o permisividad para el consumo percibida, a llevado consigo a que exista una preocupación por parte de progenitores latinoamericanos de que los hijos lleguen a consumir. Esta normalización del consumo entre jóvenes españoles ha sido referida en estudios previos. Calafat y cols., (2005), señalan en su artículo titulado “El consumo de alcohol en la lógica del botellón”, que “la tolerancia social y la tradición en España crean un tejido social que favorece la adquisición y consumo de bebidas alcohólicas. Algunas Comunidades Autónomas prohíben a menores de 18 años el consumo de alcohol, otras bajan la prohibición a los 16 años. El hecho de que haya menores de edad en los botellones marca una

contradicción importante entre la normativa y la práctica social”. En dicho artículo señalan que además del consumo de bebidas alcohólicas, que es la actividad principal y razón de ser del botellón (90% de los participantes en 5 estudios realizados consumen alcohol, y alrededor del 70% en 2 estudios), el consumo de drogas ilegales también existe, entre 37% y 51% consumen cannabis; y entre 2% y 13% cocaína. Así mismo, en los botellones existe variedad de edades: desde los 13 hasta los 30 años, destacando la participación de los adolescentes y jóvenes de 18 a 25 años, y jóvenes que suelen estar integrados socialmente, y que participan en el botellón como una forma de diversión o estilo para ocupar el tiempo libre. Así mismo, se ha documentado que entre los jóvenes en España se ha ido consolidando un estilo de ocio y diversión centrado en la noche de los fines de semana, y en el consumo de drogas (Calafat, Fernández, Juan, Becoña, & Gil, 2004).

Los latinoamericanos entrevistados refieren que la mayor accesibilidad, disponibilidad y normalización del consumo de sustancias legales e ilegales en la sociedad española se debe en gran medida a una falta de restricciones legales o judiciales efectivas respecto al consumo, venta y posesión de drogas. Resaltando de que es percibido como contraproducente el que no exista un mayor control policial en los botellones, donde suelen participar menores de edad; y el que no exista sanciones legales para las personas que tengan posesión de drogas ilegales en pequeñas cantidades o para el propio consumo, que en Latinoamérica por el contrario si es sancionado. Esto es consistente con argumentaciones realizadas por algunos autores que refieren que el efecto protector que tiene el ser nacido en el extranjero para la prevalencia de trastornos por abuso o dependencia de sustancias, especialmente en latinoamericanos residiendo en EU, puede estar relacionado con el fuerte control social del alcohol y uso de drogas en sus países de origen (Alegria et al., 2008; Grant & Harford, 1989).

<p style="text-align: center;">CAPÍTULO 2</p> <p style="text-align: center;">MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS.</p>

Observamos que algunos entrevistados muestran escepticismo respecto al efecto que puedan ejercer las campañas de prevención. Por un lado, porque se percibe que existe un componente individual (decisión de consumir) que influye en gran medida sobre el comportamiento de consumo, independientemente de las medidas preventivas utilizadas; y por el otro, porque existen intereses económicos en la venta de sustancias legales e ilegales dentro del sistema social, lo cual obstaculiza el que se realicen programas efectivos para la prevención o reducción del consumo.

Otros entrevistados han expresado críticas a las medidas de prevención actuales, y han realizado algunas sugerencias sobre medidas para la prevención o reducción del consumo, tanto para la comunidad en general, como específicas para los latinoamericanos inmigrantes.

Entre las críticas a las medidas de prevención actuales, o factores percibidos como influyentes para que no se consideren efectivas, destacan: 1) las medidas actuales, en su mayoría, se centran en “asustar a la gente”; 2) existe más publicidad de promoción que de prevención para el consumo de alcohol; 3) existen solo campañas de prevención informativas, no incluyendo medidas para el control del consumo o venta de sustancias; 4) es económica la adquisición de bebidas alcohólicas; y 6) no se incluye a las familias para que tengan un rol más activo en la prevención del consumo de los jóvenes.

En los **cuadros 4 y 5** se resumen las medidas preventivas sugeridas para la población en general y aquellas específicas para los latinoamericanos inmigrantes. Considerando las críticas y sugerencias realizadas, destacan los siguientes aspectos.

➤ Para los latinoamericanos *es importante que exista control en el consumo, además de campañas informativas sobre el efecto del consumo*; a través de la prohibición o penalización del consumo en sitios públicos, o por posesión de sustancias ilegales para el propio consumo; y sugiriendo algunos penalización a progenitores de niños o jóvenes menores de edad que se encuentren con posesión de drogas o consumiendo sustancias, por no cumplir su rol de padres o madres de forma adecuada respecto a la monitorización de las conductas de los hijos (este último aspecto es

característico del familismo que se ha señalado previamente). Parte de estas observaciones es congruente con resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España 2007/2008, que refleja entre las acciones más valoradas a nivel nacional para resolver el problema de las drogas, es la educación sobre drogas en la escuela, en primer lugar, y el control policial a continuación (Observatorio Español sobre Drogas, 2008). Igualmente se ha visto reflejado en estudios realizados sobre *el botellón*, que los autores señalan que aun cuando el elevado precio de las bebidas alcohólicas en los locales es el principal argumento para la práctica del botellón, la falta de control por parte de la policía es lo que permite esta forma alternativa de diversión en donde existe el consumo excesivo de alcohol, y en menor medida el consumo de otras sustancias ilegales (Calafat et al., 2005).

➤ Resaltan *la importancia de realizar medidas de prevención dirigidas especialmente a los niños o jóvenes*, debido a que los adultos inmigrantes tienen hábitos y creencias relacionados con el no consumo de sustancias ya adquiridos y afianzados desde su país de origen. Entre estas medidas estarían: establecer que los mensajes publicitarios no sean transmitidos en horarios o sitios públicos que son de fácil visibilidad por los niños y jóvenes; realizar más actividades recreativas o culturales para ocupar el tiempo de ocio; y realizar mayores campañas o talleres educativos sobre las drogas en los colegios, antes que se inicie el consumo. Diversos estudios apoyan estas sugerencias realizadas. La adolescencia es un período de la vida en donde la experimentación con las sustancias tiene más probabilidad de ocurrir, y diversos hallazgos confirman que a menor edad en que la persona consume sustancias, mayor es la probabilidad de tener problemas con el consumo de drogas en la adolescencia tardía y adultez temprana (Ellickson, Hays, & Bell, 1992; Newcomb & Bentler, 1986). Y la experimentación del uso de sustancias en adolescentes suele ir desde el consumo de drogas legales fácilmente accesibles, como son el alcohol o el tabaco, al consumo de drogas ilícitas como la marihuana y cocaína (Boyle et al., 1992; Duncan, Duncan, & Hops, 1998; Newcomb & Bentler, 1986; Segal & Stewart, 1996). Así mismo, la mayoría de los adolescentes que reportan consumo de drogas continúan consumiendo en la adolescencia tardía, y el aumento en el consumo de una droga también puede incrementar el consumo de otras (Boyle et al., 1992; Duncan, Duncan, Biglan, & Ary, 1998). Algunos autores en Estados Unidos han señalado la importancia de realizar

talleres en las escuelas sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias adversas no más tardar de tercer grado (de escuelas primarias en Estados Unidos), y sobre el consumo de tabaco no más tardar de cuarto grado, basándose en la edad de inicio de experimentación de estas sustancias en ese país (Vega, Gil, & Zimmerman, 1993); y de incluir la enseñanza de habilidades sociales de resistencia o negación, para mejorar la habilidad de resistir las influencias sociales para el consumo de sustancias (Epstein et al., 1999).

➤ Otro aspecto que se refleja en este estudio es sobre la *importancia otorgada a la familia como agente protector para el consumo*. Se ha señalado que es importante involucrar a los progenitores dentro de los programas preventivos, haciéndoles concienciar de la importancia de tener una mayor monitorización de las actividades que realizan sus hijos, además de una mayor atención hacia ellos (a través del tiempo compartido), y una mayor comunicación sobre lo que son las drogas y el efecto del consumo. Esto es consistente con las conclusiones de otros estudios sobre las estrategias de prevención del consumo de sustancias en jóvenes latinoamericanos residiendo en Estados Unidos. Se ha enfatizado la importancia que tiene las intervenciones familiares dada la particular relevancia que tiene la familia como factor protector dentro de la comunidad latinoamericana; y aún cuando ha existido evidencia sobre la importancia que tiene la familia como influencia protectora, se ha criticado que la mayoría de los programas de prevención administrados en los noventa en Estados Unidos han negado el uso de la familia como la audiencia principal a la cual designar el que transmitan mensajes sobre el consumo de alcohol y drogas (Sale et al., 2005). Las intervenciones basadas en la familia, que típicamente parecen ser eficaces para los adolescentes en general, tienen un mayor potencial para tratar el abuso de sustancias en adolescentes latinoamericanos (Szapocznik, Lopez, Prado, Schwartz, & Pantin, 2006). Se ha señalado la importancia y necesidad de no solo incluir, sino requerir, la participación de la familia en programas preventivos para jóvenes, enfatizando la importancia de comunicar a los padres el muy importante rol que tienen en modelar el desarrollo de sus hijos; padres latinoamericanos que se comunican regularmente con sus hijos, que supervisan a sus hijos y que expresan su desaprobación del consumo, son más probables de tener éxito en mantener a sus hijos lejos del consumo de alcohol respecto a padres que no están comprometidos y que son permisivos; sugiriéndose por ello que los

programas de prevención dentro de la comunidad latinoamericana se beneficiarán con una mayor atención en fortalecer las familias, enfatizando la comunicación familiar, supervisión familiar y desaprobación parental en el uso del alcohol (Prado et al., 2009; Sale et al., 2005).

➤ Sobre la importancia de transmitir *mensajes que tengan información sobre efectos adversos del consumo y que sea transmitido por una persona mediática o con el cual se puedan identificar los jóvenes*, similarmente concuerda con resultados de otros estudios. Entre ellos el estudio de Beck y Bargam (1993), en el cual muestran a través de grupos de discusión con adolescentes latinoamericanos que estos sugieren como estrategias de prevención más efectivas el aportar mensajes que retraten vívidamente las consecuencias dañinas del consumo de alcohol, utilizando testimonios de personas que han sufrido alguna forma de discapacidad debido al abuso en su consumo; y utilizar jóvenes o adolescentes que hablan español y entienden la cultura latinoamericana, ya que son vistos como los portavoces más creíbles para las campañas de prevención. Similarmente, el estudio de Lalonde y cols., (1997) muestra que utilizar novelas televisivas o libros adaptados a la cultura latinoamericana, que transmitan mensajes para mejorar la comunicación progenitor-joven y propagar actitudes hacia el consumo de alcohol, ha mostrado tener un impacto positivo en las actitudes e intenciones del consumo de alcohol en jóvenes latinoamericanos.

➤ La sugerencia realizada *de hacer campañas culturales y deportivas donde se de a conocer la cultura latinoamericana, especialmente para jóvenes inmigrantes*, es un aspecto que influiría en el desarrollo de la identidad étnica u orgullo étnico. La identidad étnica y orgullo étnico ha mostrado estar asociado con menores reportes de consumo y exposición a sustancias en minorías étnicas de EU, por lo cual se ha sugerido enfocar las estrategias de prevención para el desarrollo de estos aspectos (Brook et al., 2007; Marsiglia & Kulis, 2001; Wallace, Jr., 1999). Factores claves para el desarrollo de una identidad étnica es la participación en redes sociales étnicas, y apego o afinidad al grupo étnico al cual el individuo pertenece herd (Caetano, 1990; Herd & Grube, 1996).

➤ Se enfatiza la *importancia de la habilitación de más canchas deportivas, y la realización de más iniciativas sociales recreativas y laborables que permita ocupar el tiempo de ocio de jóvenes y adultos inmigrantes*, siendo especialmente relevante para

inmigrantes sin actividad laboral o desempleados. Específicamente sobre las canchas deportivas, es de gran interés en inmigrantes ecuatorianos la creación de canchas de voleibol, dado que es el deporte más popular en Ecuador, donde se suele jugar los fines de semana entre familiares y amigos. Sin embargo, se ha enfatizado que es necesario un control policial en las canchas deportivas para evitar el consumo en ellas, aspecto que ha sido criticado por algunos entrevistados ecuatorianos de que es necesario mayores medidas de control o prohibición del consumo de alcohol en ellas, donde suelen reunirse y beber después de los partidos. Así mismo, la importancia de aportar recurso laboral o empleo es consistente con los resultados aportados por Brown y Riley, (2005) que muestran que entre usuarios de sustancias con bajos recursos que se beneficiaban de asistencia laboral, el consumo de sustancias decreció en un 70%, y cambios beneficiosos ocurrieron en las percepciones sobre la calidad del apoyo social y disponibilidad de apoyo afectivo; y recíprocamente, la aminoración en el consumo de sustancias y mejoras en el apoyo social aumenta las respuestas positivas en el empleo.

Por último, se señalan algunas conclusiones aportadas por previos estudios en el ámbito de la prevención que serían especialmente beneficiosas de considerar con población inmigrante latinoamericana. Es necesario una detección temprana del consumo de alcohol reactivo ante situaciones de estrés, y estrategias de prevención enfocadas especialmente en reducir este tipo de consumo (Lemke et al., 2008). Y es beneficioso promover el mantenimiento de conductas saludables relacionadas con el no consumo de sustancias ilegales adquiridas en el país de origen en inmigrantes con menos tiempo de permanencia en el país o menos aculturados; y de promover la readquisición de las conductas saludables en inmigrantes con mayor tiempo de permanencia en el país o más aculturados (Lara et al., 2005).

Cuadro 4: Sugerencias sobre medidas preventivas relevantes de implantar en la comunidad.

1.	Más control policial para el consumo, venta y narcotráfico.
2.	Medidas preventivas dirigidas a las familias.
2.1	Concienciar a los progenitores sobre la importancia de la educación de hábitos y creencias para el no consumo de sustancias, y de tener mayor atención o cuidado de los hijos.
2.2	Multar a los progenitores de niños o jóvenes consumidores.
3.	Aumentar la publicidad para la prevención dirigida a niños y jóvenes.
4.	Campañas preventivas en los colegios, enfocadas para los niños o jóvenes desde temprana edad.
5.	Asistencia psicológica y médica a los jóvenes consumidores y sus familiares.
6.	Sobre los mensajes publicitarios para la prevención del consumo.
6.1	Mensajes que permitan tomar conciencia del daño que hace consumir.
6.2	Transmitir imágenes de personas drogodependientes experimentando problemas relacionados con el consumo de sustancias o síntomas de adicción.
6.3	Transmitir que no es necesario consumir alcohol u otras drogas: “No lo necesitas”.
6.4	Evitar mensajes moralistas o paternalistas.
7.	Promover la diversión sana en jóvenes.
8.	Aumentar el precio de las sustancias legales.
9.	Incentivar la creencia en Dios.

Cuadro 5: Opiniones y sugerencias sobre las medidas prevención para los latinoamericanos inmigrantes.

<ol style="list-style-type: none">1. Elaboración de campañas educativas sobre los efectos del consumo de alcohol y el alcoholismo.2. Crear o habilitar más canchas deportivas, y establecer control policial para evitar el consumo de alcohol en ellas o sus alrededores.3. Iniciativas sociales para “ocupar el tiempo” de los desempleados, o los niños y jóvenes sin estudios.4. Realizar talleres o escuelas para padres o madres latinoamericanos, sobre las consecuencias del consumo excesivo de alcohol o alcoholismo.5. Realizar talleres de integración para los latinoamericanos.6. Realizar más eventos culturales y deportivos, en donde se de a conocer la cultura latinoamericana y permita ocupar el tiempo de los jóvenes latinoamericanos.7. Que exista medidas preventivas especialmente dirigidas a los niños o jóvenes latinoamericanos.8. Deportar al país de origen y poner sanciones elevadas de dinero, a consumidores o vendedores de sustancias ilegales.
--

CAPÍTULO 3

LA ASISTENCIA SANITARIA EN LATINOAMERICANOS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA AL ALCOHOL.

Respecto a la solicitud y permanencia en tratamiento por consumo perjudicial de alcohol o alcoholismo, mientras algunos entrevistados señalan que solo tendrían problemas los latinoamericanos que no tienen interés por solicitar y asistir al tratamiento, o desconocen si existen dificultades para recibir tratamiento; otros han señalado dificultades o barreras en la obtención de tratamiento que se pueden categorizar en dos tipos: los relacionados con la solicitud del tratamiento, y los relacionados con la retención o respuesta positiva al tratamiento.

Entre los factores percibidos como asociados a dificultades para *solicitar tratamiento* están:

- Estar de forma ilegal en el país; teniendo problemas de solicitar tratamiento aquellos que se encuentran sin permiso de residencia o trabajo.
- Desconocimiento o negación del problema de consumo perjudicial o dependencia al alcohol.
- Temor o pena de solicitar tratamiento.
- Desconocimiento de donde acudir para tratamiento por abuso o dependencia al alcohol.
- Tener prioridad de trabajar y enviar dinero al país de origen, más que asistir a tratamiento por abuso o dependencia al alcohol.
- Discriminación que puede existir entre profesionales de la salud, por lo cual pueden tener falta de interés en asistir a un latinoamericano.

Y entre los factores percibidos como asociados a una *falta de adherencia o respuestas positivas al tratamiento* están:

- El tratamiento que se otorgue no permitirá subsanar necesidades básicas que son la raíz del problema del consumo perjudicial en varios inmigrantes latinoamericanos, como son el tener a la familia lejos y no tener trabajo, entre otras circunstancias que son inherentes al proceso migratorio.

-Dependiendo de si es un sistema de salud público o privado se tendría problemas con el tratamiento por abuso o dependencia al alcohol, debido a que el sistema público puede no considerar otras teorías psicológicas (ej. psicoanálisis), y otros aspectos necesarios de abordar relacionados o no con el proceso migratorio.

Aún cuando este estudio no se ha especializado en indagar las barreras de accesibilidad y adherencia al tratamiento por consumo perjudicial o alcoholismo en latinoamericanos, dado que las opiniones expresadas han sido realizadas por personas con o sin consumo perjudicial, es de relevancia considerar en futuros estudios la magnitud en que se presentan los factores sugeridos, así como indagar otras posibles barreras a la accesibilidad y adherencia al tratamiento. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos muestra que los latinoamericanos, en comparación con otros grupos étnicos, tienen las tasas más bajas de necesidad de tratamiento percibida y de participación en tratamiento, además de las mayores tasas de abandono de tratamiento después de atender solo una sesión de terapia (Romero et al., 2005). Y un aspecto que puede influir en una baja solicitud y participación en tratamiento, es el hecho de que en Latinoamérica el consumo excesivo está asociado con el despliegue o expresión de masculinidad y camaradería entre los hombres, lo cual puede motivar a que los hombres bebedores nieguen o minimicen sus problemas de consumo, o perciban los problemas asociados al consumo excesivo como normal o permisible (Capraro, 2000; Nayak, 2003; Nghe, Mahalik, & Lowe, 2003), aun cuando esto se asocie a la violencia (Graham & Wells, 2003; Hunt & Laidler, 2001; Tomsen, 1997). Por otro lado, las asunciones de que las mujeres no consumen excesivamente, puede llevar a que los problemas de bebida de las mujeres sean desestimadas o sobrevaloradas (Brienza & Stein, 2002; Denny, Serdula, Holtzman, & Nelson, 2003; Malet et al., 2003; Svikis & Reid-Quinones, 2003).

¿Que se ha considerado efectivo para el tratamiento de latinoamericanos con problemas de abuso o dependencia? Con muestra latinoamericana se ha sugerido que las intervenciones breves y aproximaciones psicoeducativas reducen patrones de bebida perjudiciales [Burge et al., 1997] 7-. Y en adultos jóvenes de la población en general, con consumo de riesgo de alcohol, igualmente las intervenciones breves se han

reportado como exitosas (Grossberg, Brown, & Fleming, 2004). Las intervenciones breves facilitadas por profesionales de la salud que expresan preocupación sobre las conductas de consumo y motivan un consumo más modesto, se asocia con una reducción del consumo global, así como indicadores de consumo problemático (World Health Organization Brief Intervention Study Group, 1996); intervenciones motivacionales breves han emergido como métodos potenciales para reducir el uso del alcohol y problemas asociados al consumo alcohol en adultos bebedores no dependientes (Borsari & Carey, 2000; Larimer et al., 2001; Murphy et al., 2001; Wilk, Jensen, & Havighurst, 1997).

Así mismo, se ha sugerido que los servicios de urgencias (SU) son sitios prometedores para identificar, a través de instrumentos de cribado, sujetos con problemas de alcohol que podrían beneficiarse de una intervención breve; que a pesar de las dificultades inherentes a la presión asistencial, los profesionales de la salud en los SU están en una posición clave para identificar y aplicar una intervención breve a bebedores con consumo de riesgo o perjudicial (Cherpitel & Rodríguez-Martos, 2005). Este último aspecto es relevante, dado que la reciente experiencia de un accidente, especialmente si es atribuible al consumo de alcohol, representa para el paciente un momento receptivo para escuchar un consejo y plantearse un cambio de conducta (Longabaugh et al., 1995).

Sin embargo, independientemente de la aproximación tomada, la sensibilidad cultural al momento del diseño e implementación de la intervención jugará un rol fundamental en su éxito (Grzywacz et al., 2007). Se ha señalado que variables relacionadas con la raza o etnicidad influyen en la respuesta al tratamiento (Wagner, 2003); y que es necesario en la planificación de los programas desarrollar diversos servicios de tratamiento para el abuso de sustancias, que atiendan las necesidades de grupos latinoamericanos no homogéneos dentro de esta población (Reynoso-Vallejo, Chassler, Witas, & Lundgren, 2008). Otros proponen, especialmente para la población de adolescentes, agruparlos en base a factores de riesgo o protectores que presentan, y que son maleables en intervención (para una revisión más detallada de esta propuesta ver el artículo de Pantin y cols., (2005).

Otro aspecto importante de considerar es que cambios en las conductas de terapeutas o facilitadores de tratamiento tienen un considerable potencial para mejorar el acceso y retención en tratamiento, y mejorar la calidad del servicio prestado (Szapocznik et al., 2007). Es por ello necesario estudiar, tanto las variables preexistentes del paciente que facilitan la solicitud o adherencia al tratamiento, como aquellos factores inherentes al tratamiento o del terapeuta que necesitan cambiarse o moldearse, para que sean más eficaces en incorporar y mantener en tratamiento a pacientes latinoamericanos inmigrantes. Y en base a estos últimos hallazgos realizar un manual que permita guiar las intervenciones de los profesionales ante población latinoamericana inmigrante con consumo de alcohol perjudicial o de riesgo.

Para finalizar este apartado, se señalan las siguientes afirmaciones que en mi opinión es importante de considerar al momento de planificar o facilitar servicios asistenciales a población inmigrante con problemas de abuso o dependencia al alcohol. El objetivo del tratamiento de adicción debe ir más allá de reducir el consumo de sustancias, incluyendo mejorar la salud personal y social (Laudet, 2007); y la recuperación se refiere al proceso en que las personas son capaces de vivir, trabajar, aprender y participar a plenitud en sus comunidades (New Freedom Commission on Mental Health, 2003). La salud es un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad” como es conceptualizado por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1985, p.34).

CAPÍTULO 4.
PROPUESTAS EN EL ÁMBITO PREVENTIVO Y ASISTENCIAL.

Además de considerar las medidas preventivas sugeridas directamente por los participantes de este estudio (señaladas en el capítulo 2), se sugieren las siguientes estrategias en el área de prevención y asistencia para el consumo de alcohol perjudicial o alcoholismo en inmigrantes latinoamericanos. Se han elaborado en base a los resultados obtenidos en este estudio, y por las conclusiones aportadas en estudios previos.

Las tres primeras estrategias pueden ser consideradas como medidas preventivas para el consumo de alcohol perjudicial, por lo cual puede ser facilitado a población inmigrante con o sin consumo perjudicial.

1. Realizar campañas de difusión, a través de panfletos o trípticos, en ONGs, asociaciones o instituciones frecuentadas por inmigrantes latinoamericanos, donde se informe qué es consumo perjudicial, o los trastornos por abuso o dependencia al alcohol, sus problemas asociados, cómo detectarlo, sitios a donde acudir para solicitar y asistir a tratamiento, modalidades de tratamiento disponibles, y requisitos para la admisión a tratamiento. Incluir la realización de jornadas de un día en donde, además de entregar estos trípticos, se incentive a adultos y jóvenes de la población en general a realizarse un chequeo médico, incluyendo un cribado de consumo de alcohol perjudicial. Objetivo de la estrategia: facilitar la oportunidad de detectar problemas de abuso o dependencia al alcohol, y aminorar barreras para la solicitud de tratamiento por desconocimiento de los sitios donde solicitarlo y sobre los requisitos de admisión.

2. Instrucción sobre técnicas de relajación (ej. Entrenamiento Autógeno de Schultz, Relajación progresiva de Jacobson, entre otros), y habilidades de afrontamiento ante situaciones de estrés. Facilitar gratuitamente manuales de instrucción sobre estas técnicas en asociaciones, ONGs o instituciones frecuentados por inmigrantes latinoamericanos; y habilitar espacios públicos (ej. en organizaciones, asociaciones, instituciones o parques) para la instrucción y práctica de estas técnicas (especialmente las de relajación), dirigidos por personal instruido. Objetivo de la estrategia: prevenir o

aminorar el consumo perjudicial asociado con aliviar tensión o “desconectar” (prevención del consumo por reactividad al estrés).

3. Realizar campañas de instrucción en el manejo de internet y programas informáticos, que permitan una comunicación con familiares o amigos en el país de origen a través de mensajería instantánea, videoconferencia, y llamada telefónica gratuita o a bajo precio. Entre estos programas están: el skype, el voipbuster, el msn Messenger, entre otros. Objetivo de la estrategia: aminorar las carencias afectivas y de apoyo social asociadas al proceso migratorio (soledad y extrañar a la familia) que han mostrado estar asociadas al consumo de alcohol.

4. Realizar jornadas de formación dirigidos a profesionales de la salud (ej. médicos, psicólogos, enfermeros), para la asistencia de pacientes inmigrantes latinoamericanos con consumo perjudicial de alcohol, o trastornos por abuso o dependencia al alcohol. Formar sobre aspectos relacionados con la inmigración y estresores asociados (estrés de aculturación), sobre los factores de riesgo y protectores para el consumo de alcohol perjudicial en esta población, y aspectos de la cultura latinoamericana relacionados con el consumo de alcohol (patrones de consumo, percepciones sobre el consumo, etc.). Objetivo de la estrategia: Facilitar tratamientos que consideran aspectos culturales y del proceso migratorio, con el fin de mejorar la adherencia y respuestas positivas al tratamiento.

5. Instruir a profesionales de la salud (ej. médicos, enfermeros, psicólogos) que asistan en servicios de urgencias de hospitales o clínicas, el manejo de instrumentos de cribado como el AUDIT, para la detección y derivación a tratamiento de consumidores de alcohol con consumo perjudicial o de riesgo, que entran en urgencias por incidentes asociados al consumo (ej. accidentes, lesiones por peleas, etc). De ser posible, instrucción en intervención breve y/o entrevista motivacional. Objetivo de la estrategia: Ampliar medios para la detección e intervención breve de consumidores de alcohol que se encuentran en un momento receptivo para recibir consejos o advertencias sobre su consumo de alcohol perjudicial.

<p style="text-align: center;">CAPÍTULO 5</p> <p style="text-align: center;">LIMITACIONES, Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.</p>

El estudio presenta las siguientes **limitaciones**:

- Sesgo en selección muestral, dado que el método utilizado para la recolección de los participantes consistió en llamar por teléfono a latinoamericanos y preguntarles si podían responder de forma voluntaria a preguntas vía telefónica, lo cual aumenta la probabilidad de que personas con consumo perjudicial no participen por su resistencia a responder preguntas sobre su consumo de alcohol por vía telefónica a un entrevistador que no conocen personalmente.

- Es importante señalar que el estudio no permite aportar resultados generalizables sobre una tendencia a la reducción del consumo de alcohol en inmigrantes latinoamericanos posterior a los dos años de una primera evaluación; debido a que no consiste en una muestra representativa de latinoamericanos inmigrantes, unido al hecho del sesgo en la selección de la muestra que se ha señalado anteriormente. El estudio solo puede limitarse a informar sobre factores asociados al consumo perjudicial y no perjudicial, y sobre factores asociados al aumento, reducción, o mantenimiento del tipo de consumo o abstinencia.

- Es posible que se haya fallado en determinar otros factores asociados al consumo de alcohol perjudicial, o aumento del consumo de alcohol en inmigrantes latinoamericanos, por la falta de casos con estos tipos de respuesta entre los encuestados vía telefónica; y porque ningún sujeto entrevistado personalmente percibió que aumentó su consumo (solo participaron personas que percibieron haber mantenido o disminuido su consumo).

- Dado que solo se utilizó un cuestionario de cribado, no se ha permitido determinar factores asociados al consumo abusivo o dependencia al alcohol, según criterios del DSM-IV-TR, por lo cual se debe considerar que no se han explorado en profundidad factores de riesgo asociados a estos trastornos, solo factores asociados al consumo perjudicial.

- Se carece de la participación de jóvenes o adolescentes, por lo cual no se han indagado factores de riesgo y protectores específicos para este grupo poblacional.

- Finalmente, el estudio no considera otras variables que pueden moderar el efecto de las variables asociadas al consumo y cambios en el consumo, como son el grado de aculturación de los entrevistados, trastornos psiquiátricos comórbidos y rasgos de la personalidad, entre otros.

Considerando las conclusiones y limitaciones del estudio, se sugieren las siguientes **líneas de investigación**:

- Estudios con latinoamericanos inmigrantes menores de edad (preadolescentes y adolescentes), dado que el presente estudio carece de participantes con estas edades, y porque es un grupo poblacional que se infiere –en base a los resultados de estudios previos- que presentan otros estresores y factores de riesgo asociados al inicio y mantenimiento del consumo de alcohol perjudicial y consumo de otras sustancias (ej. conflicto de padres e hijos por diferencias en la adquisición de valores y hábitos del país de acogida, mayor efecto de la presión de pares, etc.). Y en base a los resultados obtenidos, realizar propuestas de medidas preventivas y de asistencia específicas para este tipo de población.

- Realizar estudios empíricos que permitan medir el impacto y eficacia de las estrategias que se han propuesto en el presente estudio, en el área preventiva y asistencial del consumo de alcohol perjudicial; siendo de particular importancia aquellas enfocadas en la detección de consumo perjudicial en esta población; y aquellas dirigidas a aminorar el impacto de estresores asociados con el proceso migratorio, en población con consumo o no de alcohol perjudicial (ver estrategias 1, 2 y 3, de capítulo 4). Sería relevante establecer grupos de trabajo, que permitan planificar, coordinar, y evaluar el impacto de estas medidas preventivas y asistenciales.

- Realizar estudios sobre preferencias y expectativas de tratamiento para el abuso o dependencia al alcohol en población latinoamericana, además de otros factores inherentes al tratamiento; que permita determinar las modalidades de tratamiento preferidas o a las que están habituados culturalmente los diferentes grupos de latinoamericanos según su nacionalidad. Como ejemplo, es importante señalar que en

Argentina es común el uso del psicoanálisis como modalidad terapéutica, siendo además común el que personas asistan a sesiones de psicoanálisis aun cuando no se presenten síntomas psiquiátricos o malestar emocional. Esto puede traer consigo que argentinos con problemas de dependencia presenten problemas de adherencia al tratamiento por no empatizar con el tipo de tratamiento facilitado en los centros públicos, en los que usualmente impera una tendencia cognitivo-conductual.

- Finalmente, es relevante la realización de un estudio cualitativo, con entrevistas en profundidad o narrativas, de latinoamericanos inmigrantes que hayan mantenido la abstinencia o consumo de alcohol no perjudicial, con el objeto explorar y analizar los tipos de mensajes parentales recibidos sobre el consumo de alcohol y drogas, forma en que fue transmitido, y otras características inherentes a la crianza recibida durante la niñez. Los hallazgos de este estudio permitirá determinar elementos claves sobre los mensajes parentales y forma de crianza asociados a la resiliencia del consumo de alcohol y otras drogas en población adulta latinoamericana, estableciendo así bases empíricas para determinar formas de educación parental efectivas para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en jóvenes latinoamericanos. Los resultados pueden ser transmitidos posteriormente en un monográfico para ser impartido en talleres o escuelas para padres.

- Del mismo modo, la información obtenida del estudio propuesto anteriormente, específicamente sobre las creencias y los riesgos percibidos sobre el consumo de alcohol y otras drogas, puede ser utilizado como material didáctico para la realización de un video o documental con fines preventivos, y ser transmitido a población joven escolar. Al ser transmitida la información por personas de origen latinoamericano, que comparten los mismos modismos o expresiones, se estima que tendría una mayor repercusión en población joven latinoamericana, por ser una estrategia preventiva sensible culturalmente.

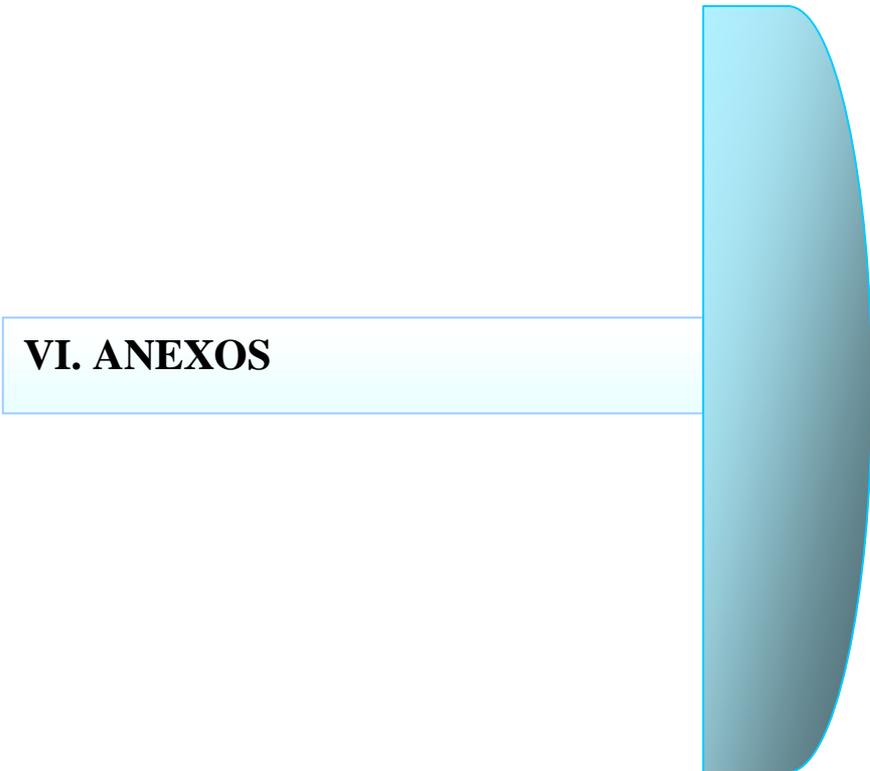
<p style="text-align: center;">CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES</p>
--

Considerando las limitaciones del estudio, que no permite una generalización de los resultados, se plantean las siguientes conclusiones:

- Se muestra una mayor tendencia a la reducción del consumo y mantenimiento del consumo no perjudicial. Existe un mayor porcentaje de cambios de sujetos con consumo perjudicial a consumo no perjudicial que a la inversa.
- Los principales motivos asociados al consumo perjudicial son: para divertirse o reunirse con amigos, y olvidarse de los problemas (“desconectar”). Los principales motivos para el no consumo, fueron: cuidar la salud y querer estar bien, querer mantener el tipo de consumo o no querer consumir, querer ser modelo o ejemplo para los hijos/as para el no consumo de alcohol y otras sustancias, no querer decepcionar o ser objeto de vergüenza de hijos/as por estar borracho/a, evitar conflictos de pareja, y no querer disgustar a los progenitores por consumir.
- En la muestra estudiada percibir discriminación y trato injusto en el 2005 se asoció con el aumento del consumo de alcohol (consumo *no* perjudicial a consumo perjudicial), en mujeres y hombres; es decir, tienen más probabilidad de aumentar el consumo de alcohol de forma perjudicial, posterior a los dos años, aquellos inmigrantes que perciban discriminación y trato injusto. Sin embargo, la percepción de discriminación y trato injusto en el momento actual no implica el presentar consumo de alcohol perjudicial actual.
- En el estudio se han mostrado especialmente variables familiares protectoras para el consumo; asociadas con la reducción del consumo, consumo no perjudicial, mantenimiento del consumo no perjudicial, y abstinencia. Entre las variables de riesgo para el consumo de alcohol perjudicial destacan: i) estar lejos

de la familia o extrañar a la familia; ii) tener conflictos familiares o de pareja, y iii) tener familiares o amigos que consumen excesivamente.

- Tener *menor (o poco) gusto por vivir en España en los dos años previos* y tener *menor adaptación de su vida en España en la actualidad* se encuentra asociado con el consumo de alcohol perjudicial actual o mantenimiento del consumo perjudicial, especialmente en mujeres. Esta asociación significativa no se reflejó en los hombres. Por lo tanto, el gusto y adaptación a la vida en España es especialmente relevante para las mujeres latinoamericanas inmigrantes como factor de riesgo para el consumo.
- Las variables relacionadas con el estrés de aculturación que se muestran en este estudio, según las dimensiones propuestas por Caplan (2007), son: el desempleo, la pérdida de redes sociales, conflictos familiares y discriminación social estigma. Sin embargo, respecto al estatus legal (estar indocumentado), aun cuando se ha mostrado ser un estresor de aculturación presente (ej. relacionado con estar desempleado), en el estudio muestra ser así mismo un factor protector, dado que algunos inmigrantes señalan el evitar consumir alcohol en exceso con el fin de evitar problemas asociados al consumo (ej. accidentes) y ser por ello deportados a su país de origen.
- Se muestra que uno de los principales motivos para el consumo es de carácter social (divertirse, o reunirse con amigos). Entre los factores asociados se encuentra el tener familiares o amigos que consumen excesivamente, y el de tener más tiempo libre o de ocio (especialmente en aquellos que se encuentran desempleados o sin hijos), además de tener menor edad y ser hombre.



VI. ANEXOS

ANEXO 1: GUIÓN PARA EL PRIMER CONTACTO TELEFÓNICO

Código de persona (en base de datos "código de la entrevista") _____

Fecha: ___/___/___

Hola. Buenos Días (o Buenas tardes). Soy Claudia Morales

Llamo de la Universidad de Valencia, ¿es un buen momento para hablar o se encuentra ocupado?. Si_ No_

En caso de "no": ¿Cuándo es posible volver a llamar? Día___Hora:___

- Bueno.... Le llamo entonces (hoy/el día___) a las (hora dada). Gracias.

En caso de "sí": Somos un grupo de investigación, y estamos contactando con personas que respondieron a un cuestionario en el año 2006, sobre un estudio que se realizaba con población latinoamericana. En esa entrevista se preguntó por el número de teléfono de la persona que contestó. ¿Es usted la persona que fue entrevistada?

Si_ No_

En caso de "no": ¿Sabe actualmente cómo poder contactar a la persona que nos ha facilitado este número de teléfono?. No es necesario que nos dé su nombre o el nombre de él.

En caso de "Si": El motivo de volverlo a contactar es para invitarlo a participar en un nuevo estudio que tiene como objetivo medir si han existido cambios a través del tiempo en algunas cuestiones sobre el consumo de sustancias que fueron medidas en la primera entrevista realizada. Solo es necesario responder algunas preguntas por teléfono. La entrevista dura aproximadamente de 2 a 5 min. Su participación es voluntaria y confidencial. ¿Le importaría participar?: Si_ No_

EN CASO DE "SI" QUERER PARTICIPAR

¿Puedo ahora hacerle las preguntas, o prefiere que lo llame en otro momento?

Si en "otro momento":

- ¿Qué día y a qué hora puedo llamar? Día___Hora:___

- Muchas gracias. Le llamo entonces (hoy/el día___) a las (hora dada).

Que tengas un buen día. (colgar)

AL FINALIZAR LA ENTREVISTA POR TELÉFONO (DE AUDIT Y OTRAS PREGUNTAS)..

Si ESTÁ en Valencia: Ya hemos finalizado con las preguntas. En nombre de nuestro equipo de investigación le damos las gracias por su colaboración. Le quería comentar que en unas semanas necesitaremos contactar a algunos participantes de este estudio para una entrevista (no telefónica), que puede durar aproximadamente 1 hora. Los participantes se seleccionarían al azar y se compensaría la participación con una tarjeta regalo de 30€ ¿Estaría interesado en participar?. Si_ No_

Si quiere comentar algo al responsable de este estudio o plantear alguna queja por esta entrevista, por favor contacta con Victor Agulló al teléfono 96 392 62 70

Muchas gracias por tu tiempo. Que tengas una buena semana (colgar).

Si NO ESTÁ en Valencia: Ya hemos finalizado con las preguntas. En nombre de nuestro equipo de investigación le damos las gracias por su colaboración. ¿Le importaría si llegásemos a contactarle de nuevo en un futuro para otros estudios? Si_ No_

Si quieres comentar algo al responsable de este estudio o plantear alguna queja por esta entrevista, por favor contacta con Victor Agulló al teléfono 96 392 62 70

Muchas gracias por tu tiempo. Que tengas una buena semana (colgar).

EN CASO DE "NO" QUERER PARTICIPAR

- ¿Hay algún motivo en específico para no participar? No_ Si_

En caso de "si": **¿Podría decirme el motivo?:** _____

Si quiere comentar algo al responsable de este estudio o plantear alguna queja por esta entrevista, por favor contacta con Victor Agulló al teléfono 96 392 62 70.

Muchas gracias por su tiempo. Que tengas una buena semana (colgar).

ANEXO 2: CUESTIONARIO INICIAL

Código de persona (en base de datos "código de la entrevista") _____

Fecha de entrevista: ___/___/___

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Fecha de nacimiento: Día:___Mes:_____Año:_____
2. ¿Cuál es su máximo curso o nivel de estudios que ha aprobado? :_____
3. ¿Cuál es su estado civil actual?
| 1 | soltero | 2 | casado | 3 | separado | 4 | divorciado | 5 | viudo
5. ¿Tiene hijos? | 1 | si | 2 | no *En caso afirmativo preguntar el número, ¿Cuántos?* |__||__|
6. ¿Estudia o trabaja actualmente?
| 1 | estudio | 2 | trabajo | 3 | estudio y trabajo | 4 | no hago nada
7. ¿Qué trabajo/estudios realiza en la actualidad?.....
8. ¿Cómo de satisfecho esta con el trabajo/estudios que realiza actualmente?
| 1 | nada | 2 | poco | 3 | bastante | 4 | no trabaja/no estudia
9. Dé una puntuación del 1 al 10 para medir cómo se ha adaptado usted a su vida en España (Valencia/Alicante/Castellón). Siendo 1 muy mal y 10 muy bien.
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 |
10. ¿Continúa viviendo en la Comunidad Valenciana? | 1 | si | 2 | No
11. ¿Podrías decirme cuánto te gusta vivir en España?
| 1 | nada | 2 | poco | 3 | algo | 4 | mucho | 5 | muchísimo

Realizar preguntas del AUDIT..

Al finalizar AUDIT:

12. ¿Ha consumido tabaco en el último año? | 1 | si | 2 | No
13. ¿Ha consumido otras sustancias? | 1 | si | 2 | No

En caso afirmativo....

14. Le voy a decir unas sustancias, y solo contestas si o no respecto a si las has consumido:

- | | | |
|----------------------|--------|--------|
| Cannabis (marihuana) | 1 si | 2 No |
| Cocaína | 1 si | 2 No |
| Otras | 1 si | 2 No |

ANEXO 3: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes
(2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana
(4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) 1 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7, 8, ó 9 (3) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?.

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

- (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año

Puntuación TOTAL AUDIT: _____

ANEXO 4: GUIÓN DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Código de persona: _____ Día y hora de entrevista: _____
Bebe (Si/no) Fuma (si/no) Consume otras sustancias (si/no)

<p>GUIÓN DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA Estudio con latinoamericanos 2008</p>
--

- **Introducción a la entrevista** (quienes somos, objetivo del estudio)

Quisiera corroborar unos detalles...

A. ¿Cuál es tu país de origen o nacimiento? _____

B. ¿Desde cuando vives en España? _____

Respuestas y observaciones:

A) SOBRE CONSUMO ACTUAL (SOLO PARA LOS QUE CONSUMEN)

1. Vamos a hablar sobre tu consumo de alcohol... ¿Piensas que has aumentado, disminuido o mantenido tu tipo de consumo desde la última entrevista? (¿hace como 2 años, desde el 2005?).

Disminuido | 1 | Aumentado | 2 | Mantenido | 3 |

1.1 ¿Qué crees tú que ha influido para que sucediera?...para que aumentara (o disminuyera/ mantuviera) tu consumo?.

Si son varios factores o circunstancias....

1.2 ¿Cuál consideras que tiene más peso?

2 Señala con una "X" las bebidas que tomas entre semana, y con O las de fines de semana. Y señala cuántas aproximadamente tomas cada día que bebes.

<input type="checkbox"/> Vino	__ __	<input type="checkbox"/> Cazalla/aguardiente	__ __
<input type="checkbox"/> Mezcla de vino	__ __	<input type="checkbox"/> Coñac	__ __
<input type="checkbox"/> Cerveza	__ __	<input type="checkbox"/> Cubatas/combinados	__ __
<input type="checkbox"/> Cerveza con refresco	__ __	<input type="checkbox"/> Pacharán	__ __
<input type="checkbox"/> Vermú	__ __	<input type="checkbox"/> Cremas de licor	__ __
<input type="checkbox"/> Anís	__ __	<input type="checkbox"/> Vodka	__ __
<input type="checkbox"/> Ginebra	__ __	<input type="checkbox"/> Licores	__ __
<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)		__ __

SI FUMA

3. ¿Con qué frecuencia fumas actualmente?

| 0 | No consume

| 1 | diariamente, aproximadamente cuantos cigarrillos diarios |__| |__|

| 2 | solo los fines de semana... ¿aproximadamente cuantos durante el fin de semana completo? |__| |__|

| 3 | en alguna ocasión especial

3.1. ¿Sientes que ha aumentado tu frecuencia de consumo de cigarrillos desde la última entrevista? (¿desde hace como dos años aproximadamente? (si/no)

En caso afirmativo...

3.2 ¿A qué crees que se debe?

4. (SI "HA CONSUMIDO OTRAS SUSTANCIAS") ¿Qué otras sustancias has consumido desde la última entrevista o hace dos años?

Ninguna___

	Ningún día	Solo una vez la probé	Menos de 1 día/mes	Menos de 1 día/semana	1-3 días /semana	Todos los días
Cocaína						
Heroína						
Tranquilizantes Pastillas para dormir						
Drogas de diseño (éxtasis)						
Speed o anfetaminas						
LSD u otras sustancias alucinógenas						
Inhalables						
Cannabis						
Esteroides/anabolizantes						

4.1 ¿Sientes que ha aumentado tu frecuencia de consumo de otras sustancias desde la última entrevista? (si/no)

En caso afirmativo...

4.2 ¿A qué crees que se debe?

B) SOBRE PERCEPCIONES, CREENCIAS Y OPINIONES

5. ¿Qué grado de peligrosidad percibes que tienen las siguientes drogas?:
(peligrosidad tanto en el nivel físico, psíquico, social, familiar, laboral, etc.)

	No tiene peligro 1	Es un poco peligrosa 2	Es bastante peligrosa 3	Es muy peligrosa 4	NS/NC 5
Alcohol					
Tabaco					
Tranquilizantes Pastillas para dormir					
Cannabis					
Esteroides/anabolizantes					
Drogas de diseño (éxtasis)					
Speed o anfetaminas					
LSD u otras sustancias alucinógenas					
Inhalables					
Cocaína					
Heroína					

5.1. ¿Sientes que ha cambiado tu percepción de peligrosidad que tiene estas drogas desde la última vez que fuiste entrevistado, hace como dos años atrás? (si/no)

En caso afirmativo...

5.2 ¿Sobre que drogas y en qué sentido (sobre si antes era más o menos peligrosa)

5.3. ¿Por qué crees que has cambiado de opinión?

6. De las siguientes afirmaciones **acerca de las personas drogodependientes**, dime si estás de acuerdo o no con ellas.

	si	no
1. Son víctimas de situaciones	1	2
2. Son amorales o viciosos	1	2
3. Son víctimas de una enfermedad	1	2
4. Son personas asociales o delincuentes	1	2
5. Son personas corrientes, que tienen este problema	1	2

6.1. Desde la última entrevista, hace como 2 años, pensabas diferente sobre algunas de estas afirmaciones? (si/no)

En caso afirmativo....

6.2 ¿En cual o cuales afirmaciones, y en qué sentido?

6.3 ¿Porqué crees que has cambiado de opinión?

7. De las siguientes afirmaciones **sobre lo que son las drogas**, dime si estás de acuerdo o no con ellas.

	si	no
1. Algo que es preciso conocer y probar al menos una vez	1	2
2. Ayudan a superar problemas	1	2
3. El consumo ocasional de algunas sustancias no es peligroso	1	2
4. Son producto de problemas sociales	1	2

7.1. Desde la última entrevista, hace como 2 años, pensabas diferente sobre algunas de estas afirmaciones? (si/no)

En caso afirmativo....

7.2 ¿En cual o cuales afirmaciones, y en qué sentido?

7.3 ¿Porqué crees que has cambiado de opinión?

8. Quisiera escuchar cualquier otra opinión que quieras expresar sobre el consumo de drogas en general. Y dime si se refiere a alguna droga en especial o a todas en general.

C) SOBRE REPRESENTACIONES MENTALES

9. Vamos ahora hablar sobre las imágenes que puedas pensar ¿Tienes alguna imagen que cuando la piensas o recuerdas, te induce las ganas de consumir? (Puede ser de ti mismo, de alguna circunstancia que sucedió o no sucedió, etc.). (Si/no)

En caso afirmativo...

9.1 ¿Me la puedes describir?

9.2 ¿Y tienes alguna imagen que cuando la piensas, hace que NO quieras consumir? (Si/no)

En caso afirmativo...

9.3 ¿Me la puedes describir?

10 ¿Hay circunstancias en específico que hacen que la(s) recuerde(s) o pienses en ello? (Si/no)

En caso afirmativo...

10.1 Dime para las de consumir...

10.2 ¿Y para las de no consumir?....

D) SOBRE MOTIVOS

Si consume

11. ¿Cuándo consumes alcohol, qué motivos tienes para consumir?

Si son varios motivos...

11.1 ¿Cuál de esos motivos influye más, o tiene más peso?

11.2 ¿Desde cuando tienes esos motivos?

Si consume y no consume

12 Tienes algunos motivos para no consumir alcohol? (si/no)

En caso afirmativo...

12.1 ¿Me puedes decir cuál o cuales son tus motivos para no consumir?

Si son varios motivos...

12.2 ¿Cuál de esos motivos influye más, o tiene más peso para que no consumas?

12.3 ¿Desde cuando tienes ese(os) motivo(s)?

E) SOBRE DESEOS

Si consume

13. ¿Tienes actualmente deseo de reducir el consumo de alcohol o no consumir nada? (Si/No)

En caso afirmativo...

13.1 ¿Cuál es tu intensidad de deseo, del 1 al 7, de reducir el consumo de alcohol?, siendo 1 nada de deseo y 7 con muchísimo deseo___

13.2 ¿Y cuál es tu intensidad de deseo, del 1 al 7, de ser abstinentes del todo, de no consumir nada?___

13.3 ¿Hay alguna situación o factor en específico que te hace disparar el deseo de reducir el consumo o ser abstinentes?

13.4 ¿Desde cuando surgió ese deseo de reducir el consumo/ o ser abstinentes?

Si no consume

14 ¿Tienes deseo de mantenerte abstinentes del consumo de alcohol? (Si/no)

En caso afirmativo...

14.1 ¿Cuál es tu intensidad de deseo, del 1 al 7, de mantenerte abstinentes del todo?, siendo 1 nada de deseo y 7 con muchísimo deseo. ___

14.2 ¿Hay alguna situación o factor en específico que te hace disparar el deseo de ser abstinentes del consumo, de no consumir?

14.3 ¿Desde cuando surgió ese deseo de ser abstinentes del todo?
¿Cómo surgió?

15 Si has llegado a tener deseos de consumir... ¿qué influyó en que tuvieras ese deseo?

16 ¿Qué ha influido para que no consumas en casos en que has tenido el deseo de consumir?

F) SOBRE FACTORES AMBIENTALES

17. ¿En España te has sentido discriminado o tratado injustamente por ser hispano o latino?

| 1 | nada | 2 | poco | 3 | algo | 4 | mucho | 5 | muchísimo

18. Desde que vives en España, comparado con tu país de origen, has tenido

| 1 | muchas menos oportunidades para beber alcohol

| 2 | menos oportunidades | 3 | mismas oportunidades

| 4 | más oportunidades | 5 | muchas más oportunidades

19 ¿Qué factores de tu entorno social o de lo que te rodea, crees que al estar presentes influyen para que no consumas?

20 ¿Qué factores de tu entorno social o de lo que te rodea crees tu que no deberían estar o estar en menor medida, para ayudar en la reducción o abstinencia del consumo?

Solo a los que no consumen:

21 ¿Que factores, eventos o circunstancias en tu vida presentes crees que influyen en gran medida para que te abstengas hoy en día de consumir?

22 ¿Qué factores, eventos o circunstancias pasadas en tu vida crees que influyeron en gran medida para que te abstengas hoy en día de consumir?

G. SOBRE PREVENCIÓN

23. ¿Cree que son efectivas las campañas de prevención para el consumo de alcohol?

| 1 | si | 2 | no | 3 | NS/NC En caso de NO... **23.1** ¿Por qué?

24. ¿Y sobre las campañas de prevención para el consumo de tabaco?

| 1 | si | 2 | no | 3 | NS/NC En caso de NO... **24.1** ¿Por qué?

25. ¿Qué medidas crees que tu que son o serían buenas tener en la comunidad para ayudar a reducir o prevenir el consumo de drogas en España?

26. Y en especial para latinoamericanos inmigrantes... ¿que medidas serían buenas para prevenir o disminuir el consumo de drogas? Dime si tienes otras además de las que has señalado anteriormente.

H) SOBRE ASISTENCIA SANITARIA

27 ¿Piensas que las personas latinoamericanas en España, que puedan sufrir un problema de adicción al alcohol tienen dificultades para recibir tratamiento en España? (Si/no)

Si es afirmativo...

27.1 Especificame...

| 1 | Si, para solicitar y asistir al tratamiento

| 2 | Si para solicitar, no para asistir al tratamiento

| 3 | Solo para asistir al tratamiento

27.2 ¿Me puedes explicar el por qué de tu respuesta?

ANEXO 5: TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra total y por género.

Variables	Muestra total N=113		Mujeres (n=62)		Hombres (n=51)	
	n	%	n	%	n	%
Argentina	13	11.5	8	12.9	5	9.8
Bolivia	5	4.4	2	3.2	3	5.9
Colombia	34	30.1	18	29.0	16	31.4
Cuba	3	2.7	2	3.2	1	2.0
Ecuador	55	48.7	31	50.0	24	47.1
Uruguay	3	2.7	1	1.6	2	3.9
Estado civil (n; %)						
Soltero	35	31.0	22	35.5	13	25.5
Casado	68	60.2	34	54.8	34	66.7
Separado	5	4.4	3	4.8	2	3.9
Divorciado	5	4.4	3	4.8	2	3.9
Nivel educativo						
Ninguno	1	0.9	1	1.6		
Primaria (completo o sin terminar)	17	15.0	14	22.6	3	5.9
ESO: 1ro o 2do ciclo; y Bachillerato (Completo o sin terminar)	50	44.2	26	41.9	24	47.1
Formación Profesional (FP)	3	2.7	--	--	3	5.9
Universitarios: carrera media o superior. (Incompleto o en curso).	13	11.5	7	11.3	6	11.8
Universitarios: carrera media o superior. (Culminado)	24	21.2	12	19.4	12	23.5
Post grado, Master o Doctorado	5	4.4	2	3.2	3	5.9
Ocupación (n; %)						
Estudia	2	1.8	1	1.6	1	2.0
Trabaja	92	81.4	51	82.3	41	80.4
Estudia y trabaja	10	8.8	3	4.8	7	13.7
No estudia y trabaja	9	8.0	7	11.3	2	3.9
Hijos (n; %)						
Si	82	72.6	46	74.2	36	70.6
No	31	27.4	16	25.8	15	29.4
Número de hijos(n; %)						
1	25	22.1	14	22.6	11	21.6
2	32	28.3	17	27.4	15	29.4
3	15	13.3	9	14.5	6	11.8
4	7	6.2	5	8.1	2	3.9
5	1	.9	--	--	1	2.0
6	2	1.8	1	1.6	1	2.0

Tabla 2: Características sociodemográficas de los entrevistados personalmente.

Variables socioemográficas	N=27	
	n	%
Estado civil (n; %)		
Soltero	13	48.1
Casado	14	51.9
Nivel educativo		
Primaria	4	14.8
ESO	4	14.8
Bachillerato	11	40.7
Formación Profesional (FP)	2	7.4
Universitarios: carrera media o superior. (Incompleto o en curso).	1	3.7
Universitarios: carrera media o superior. (Culminado)	5	18.5
Ocupación (n; %)		
Trabaja	20	74.1
Estudia y trabaja	3	11.1
No estudia y trabaja	4	14.8
Hijos (n; %)		
Si	20	74.1
No	7	25.9
Número de hijos(n; %)		
1	7	25.9
2	8	29.6
3	2	7.4
4	3	11.1

Tabla 3: Variables Independientes de Análisis Cuantitativo.

Variables dicotómicas	Variables con >2 categorías	Variables continuas
1. Género.	1. País de nacimiento.	1. Edad.
2. Hijos en el 2008.	2. Estado civil en el 2008 (1 soltero, 2 casado, 3 separado 4 divorciado, 5 viudo).	2. Número de hijos en el 2008.
3. Hijos en el 2005.	3. Estado civil en el 2005 (1 soltero, 2 casado, 3 separado 4 divorciado, 5 viudo).	3. Número de hijos en el 2005.
4. Consumo de tabaco en el 2005.	4. Estudia o trabaja en el 2008 (1 estudio, 2 trabajo, 3 estudio y trabajo, 4 no hago nada).	4. Adaptación a su vida en España en el 2008.
5. Consumo de tabaco en el 2008.	5. Estudia o trabaja en el 2005 (1 estudio, 2 trabajo, 3 estudio y trabajo, 4 no hago nada).	5. Adaptación a su vida en España en el 2005.
6. Consumo de cannabis en el 2005.	6. Satisfacción con trabajo y/o estudios en el 2008 (1 nada, 2 poco, 3 algo/normal, 4 bastante, 5 no trabaja/estudia).	6. Puntuación total AUDIT en el 2005.
7. Consumo de cannabis en el 2008.	7. Satisfacción con trabajo y/o estudios en el 2005 (1 nada, 2 poco, 3 bastante, 4 no trabaja/estudia).	
8. Consumo de cocaína en el 2005.	8. Cuanto le gusta vivir en España en el 2005 (1 nada, 2 poco, 3 algo, 4 mucho, 5 muchísimo).	
9. Consumo de cocaína en el 2008.	9. Cuanto le gusta vivir en España en el 2008 (1 nada, 2 poco, 3 algo, 4 mucho, 5 muchísimo).	
10. Consumo perjudicial de alcohol (AUDIT \geq 8) en el 2005.	10. Percibir discriminación o trato injusto en el 2005 (1 nada, 2 poco, 3 algo, 4 mucho, 5 muchísimo).	
11. Consumo perjudicial de alcohol (AUDIT \geq 5) en el 2005.		
12. Consumo perjudicial de alcohol (AUDIT \geq 7) en el 2005.		

Tabla 4: Descriptivos de indicadores de satisfacción con ocupación/estudios, adaptación, gusto por vivir en España, y percepción de discriminación y trato injusto.

Variables	En el año 2005						En el año 2008					
	Muestra N=113		Mujeres N=62		Hombres N=51		Total N=113		Mujeres (n=62)		Hombres (n=51)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Satisfacción con el trabajo/estudio actual (n; %)												
1. Nada	4	3.5	2	3.2	2	3.9	4	3.5	2	3.2	2	3.9
2. Poco	39	34.5	24	38.7	15	29.4	18	15.9	9	14.5	9	17.6
3. Algo o normal ^a	--	--	--	--	--	--	50	44.2	32	51.6	18	35.3
4. Bastante	61	54.0	33	53.2	28	54.9	33	29.2	13	21.0	20	39.2
5. No trabaja /no estudia	9	8.0	3	4.8	6	11.8	8	7.1	6	9.7	2	3.9
Cuanto le gusta vivir en España (n; %)												
1. Nada	3	2.7	2	3.2	1	2.0	2	1.8	1	1.6	1	2.0
2. Poco	6	5.3	4	6.5	2	3.9	10	8.8	8	12.9	2	3.9
3. Algo	18	15.9	9	14.5	9	17.6	31	27.4	21	33.9	10	19.6
4. Mucho	62	54.9	34	54.8	28	54.9	65	57.5	32	51.6	33	64.7
5. Muchísimo	24	21.2	13	21.0	11	21.6	5	4.4	0	0	5	9.8
Percepción de Discriminación o trato injusto ^b												
1. Nada	43	38.1	27	43.5	16	31.4						
2. Poco	32	28.3	16	25.8	16	31.4						
3. Algo	27	23.9	12	19.4	15	29.4						
4. Mucho	8	7.1	4	6.5	4	7.8						
5. Muchísimo	3	2.7	3	4.8								
		$\bar{x} \pm d.t$		$\bar{x} \pm d.t$		$\bar{x} \pm d.t$		$\bar{x} \pm d.t$		$\bar{x} \pm d.t$		$\bar{x} \pm d.t$
Cuanto le gusta vivir en España (Media \pm DT)		3.87 \pm 0.90		3.84 \pm 0.94		3.90 \pm 0.86		3.54 \pm 0.79		3.35 \pm 0.77		3.76 \pm 0.76
Adaptación de su vida en España (Media \pm DT)		7.80 \pm 1.73		7.66 \pm 1.98		7.96 \pm 1.36		7.85 \pm 1.80		7.56 \pm 2.01		8.22 \pm 1.45
Percepción de Discriminación o trato injusto (Media \pm DT)		2.08 \pm 1.07		2.03 \pm 1.16		2.14 \pm 0.96						

a. No incluida la categoría "algo o normal" en el 2005

b. No preguntado esta variable en entrevistados por teléfono en el 2008.

Tabla 5: Porcentaje de puntuaciones por preguntas del cuestionario AUDIT en el 2005 y 2008. Subescala de “Consumo de riesgo de alcohol” (ítems 1 al 3).

Ítems AUDIT. Subescala: Consumo de riesgo de alcohol	En 2005 (n=113)			En 2008 (N=113)		
	Total ^a	Mujeres ^b N=62	Hombres ^c N=51	Total ^d	Mujeres ^e N=62	Hombres ^f % N=51
Ítem 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (n; %)						
Nunca	27; 23.9	18; 29.0	9; 17.6	17; 15.0	11; 17.7	6; 11.8
Una o menos veces al mes	43; 38.1	23; 37.1	20; 39.2	66; 58.4	37; 59.7	29; 56.9
De 2 a 4 veces al mes	30; 26.5	16; 25.8	14; 27.5	28; 24.8	13; 21.0	15; 29.4
De 2 a 3 veces a la semana	9; 8.0	3; 4.8	6; 11.8	2; 1.8	1; 1.6	1; 2.0
4 o más veces a la semana	4; 3.5	2; 3.2	2; 3.9		0; 0	0; 0
Ítem 1: Rango promedio		52.98	61.88		53.99	60.66
Ítem 1: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-1.504; p=0.132			Z=-1.217; p=0.224	
Ítem 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (n; %)						
1 ó 2	52; 46.0	31; 50.0	21; 41.2	59; 52.2	40; 64.5	19; 37.3
3 ó 4	20; 17.7	12; 19.4	8; 15.7	22; 19.5	8; 12.9	14; 27.5
5 ó 6	9; 8.0	1; 1.6	8; 15.7	8; 7.1	3; 4.8	5; 9.8
7 ó 9	3; 2.7	0; 0	3; 5.9	3; 2.7	0; 0	3; 5.9
10 o más	2; 1.8	0; 0	2; 3.9	4; 3.5	0; 0	4; 7.8
Ítem 2: Rango promedio		37.47	49.82		39.62	58.57
Ítem 2: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-2.622; p=0.009			Z=-3.827; p=0.000	
Ítem 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (n; %)						
Nunca	55; 48.7	33; 53.2	22; 43.1	54; 47.8	35; 56.5	19; 37.3
Menos de una vez al mes	18; 15.9	8; 12.9	10; 19.6	25; 22.1	11; 17.7	14; 27.5
Mensualmente	8; 7.1	2; 3.2	6; 11.8	15; 13.3	5; 8.1	10; 19.6
Semanalmente	5; 4.4	1; 1.6	4; 7.8	2; 1.8		2; 3.9
A diario o casi a diario	0; 0	0; 0				
Ítem 3: Rango promedio		38.16	49.10		41.85	56.03
Ítem 3: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-2.379; p=0.017			Z=-2.782; p=0.005	

a. n=86 respondieron ítems 2 al 10.

b. n=44 mujeres respondieron ítems 2 al 10.

c. n=42 hombres respondieron ítems 2 al 10.

d. n=96 respondieron ítems 2 al 10.

e. n=51 mujeres respondieron ítems 2 al 10.

f. n=45 hombres respondieron ítems 2 al 10.

* Prueba U Mann Whitney

Tabla 6: Porcentaje de puntuaciones por preguntas del cuestionario AUDIT en el 2005 y 2008 Subescala de “Síntomas de dependencia” (ítems 4 al 6).

Ítems AUDIT. Subescala: Consumo de riesgo de alcohol	En 2005 (n=113)			En 2008 (N=113)		
	Total ^a %	Mujeres % N=62 ^b	Hombres % N=51 ^c	Total ^d %	Mujeres % N=62 ^e	Hombres % N=51 ^f
Item 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (n; %)						
Nunca	73; 64.6	38; 61.3	35; 68.6	82; 72.6	45; 72.6	37; 72.5
Menos de una vez al mes	6; 5.3	4; 6.5	2; 3.9	10; 8.8	6; 9.7	4; 7.8
Mensualmente	4; 3.5	1; 1.6	3; 5.9	3; 2.7	0; 0	3; 5.9
Semanalmente	3; 2.7	1; 1.6	2; 3.9	1; 0.9	0; 0	1; 2.0
A diario o casi a diario	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0
Item 4: Rango promedio		42.69	44.35		46.91	50.30
Item 4: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-0.492; p=0.622			Z=-0.970; p=0.332	
Item 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (n; %)						
Nunca	73; 64.6	40; 64.5	33; 64.7	85; 75.2	47; 75.8	38; 74.5
Menos de una vez al mes	10; 8.8	3; 4.8	7; 13.7	8; 7.1	3; 4.8	5; 9.8
Mensualmente	2; 1.8	0; 0	2; 3.9	3; 2.7	1; 1.6	2; 3.9
Semanalmente	1; 0.9	1; 1.6	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0
A diario o casi a diario	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0
Item 5: Rango promedio		40.94	46.18		46.75	50.48
Item 5: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-1.563; p=0.118			Z=-1.183; p=0.237	
Ítem 6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (n; %)						
Nunca	84; 74.3	44; 71.0	40; 78.4	95; 84.1	51; 82.3	44; 86.3
Menos de una vez al mes	2; 1.8	0; 0	2; 3.9	1; 0.9	0; 0	1; 2.0
Mensualmente	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0
Semanalmente	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0
A diario o casi a diario	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0
Item 6: Rango promedio		42.50	44.55		48,00	49,07
Item 6: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-1.456; p=0.145			Z=-1.065; p=0.287	

a. n=86 respondieron ítems 2 al 10; b. n=44 mujeres respondieron ítems 2 al 10; c. n=42 hombres respondieron ítems 2 al 10;

d. n=96 respondieron ítems 2 al 10; e. n=51 mujeres respondieron ítems 2 al 10; f. n=45 hombres respondieron ítems 2 al 10;

* Prueba U Mann Whitney

Tabla 7: Porcentaje de puntuaciones por preguntas del cuestionario AUDIT en el 2005 y 2008 Subescala de “Consumo Perjudicial de alcohol” (ítems 7 al 10).

Ítems AUDIT. Subescala: Consumo Perjudicial de alcohol	En 2005 (n=113)			En 2008 (N=113)		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
	N=113 ^a	N=63 ^b	N=51 ^c	N=113 ^d	N=63 ^e	N=51 ^f
Ítem 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (n; %)						
Nunca	53; 46.9	29; 46.8	24; 47.1	75; 66.4	42; 67.7	33; 64.7
Menos de una vez al mes	24; 21.2	12; 19.4	12; 23.5	14; 12.4	5; 8.1	9; 17.6
Mensualmente	5; 4.4	2; 3.2	3; 5.9	7; 6.2	4; 6.5	3; 5.9
Semanalmente	2; 1.8	1; 1.6	1; 2.0	0; 0	0; 0	0; 0
A diario o casi a diario	2; 1.8	0; 0	2; 3.9	0; 0	0; 0	0; 0
Ítem 7: rango promedio		41.19	45.92		46.68	50.57
Ítem 7: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-1.017; p=0.309			Z-0.947; p=0.344	
Ítem 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (n; %)						
Nunca	63; 55.8	33; 53.2	30; 58.8	78; 69.0	46; 74.2	32; 62.7
Menos de una vez al mes	17; 15.0	7; 11.3	10; 19.6	11; 9.7	3; 4.8	8; 15.7
Mensualmente	4; 3.5	3; 4.8	1; 2.0	7; 6.2	2; 3.2	5; 9.8
Semanalmente	1; 0.9	1; 1.6	1; 2.0	0; 0	0; 0	0; 0
A diario o casi a diario	1; 0.9	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0
Ítem 8: rango promedio		43.0	44.0		44.22	53.36
Ítem 8: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-0.240; p=0.810			Z=-2.361; p=0.018	
Ítem 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (n; %)						
No	77; 68.1	40; 64.5	37; 72.5	93; 82.3	51; 82.3	42; 82.4
Sí, pero no en el curso del último año	1; 0.9	0; 0	1; 2.0	2; 1.8	0; 0	2; 3.9
Sí, el último año	8; 7.1	4; 6.5	4; 7.8	1; 0.9	0; 0	1; 2.0
Ítem 9: rango promedio		42.95	44.07		47.00	50.20
Ítem 9: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-0.391; p=0.696			Z=-1.863; p=0.062	
Ítem 10. Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (n; %)						
No	76; 67.3	39; 62.9	37; 72.5	88; 77.9	49; 79.0	39; 76.5
Sí, pero no en el curso del último año	5; 4.4	3; 4.8	2; 3.9	3; 2.7	1; 1.6	2; 3.9
Sí, el último año	5; 4.4	2; 3.2	3; 5.9	5; 4.4	1; 1.6	4; 7.8
Ítem 10: rango promedio		43.33	43.68		46.36	50.92
Ítem 10: Diferencias por el género (Z; p)*		Z=-0.116; p=0.907			Z=-1.670; p=0.095	

a. n=86 respondieron ítems 2 al 10; b. n=44 mujeres respondieron ítems 2 al 10; c. n=42 hombres respondieron ítems 2 al 10; d. n=96 respondieron ítems 2 al 10; e. n=51 mujeres respondieron ítems 2 al 10; f. n=45 hombres respondieron ítems 2 al 10; * Prueba U Mann Whitney

Tabla 8: Proporción de sujetos con consumo problemático o perjudicial de alcohol en cada año de evaluación.

	En 2005			En 2008		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
AUDIT						
AUDIT ≥ 8 (n; %)	19; 16.8	7; 11.3	12; 23.5	12; 10.6	3; 4.8	9; 17.6
AUDIT ≥ 7 (n; %) ^a	-	-	14; 27.5	-	-	12; 23.5
AUDIT ≥ 5 (n; %) ^b	-	15; 24.2	-	-	8; 12.9	-
Media puntuación AUDIT \pm Desv. Típica	3.86 \pm 4.45	2.92 \pm 3.76	5.0 \pm 4.96	3.30 \pm 3.69	2.23 \pm 2.56	4.7 \pm 4.40
Rango promedio^c		49.98	65.53		47.36	68.72

a. Punto de corte para hombres.

b. Punto de corte para mujeres.

c. Utilizado para la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 9: Proporción de sujetos que disminuyeron, aumentaron o mantuvieron su consumo de alcohol.

Variables Dependientes Dicotómicas	Total N=113		Mujeres N=62		Hombres N=51	
	n	%	n	%	n	%
Disminuyó consumo						
(de AUDIT ≥ 8 a AUDIT ≤ 8)	13	11.5	6	9.7	7	13.7
(de AUDIT ≥ 5 a AUDIT ≤ 5)	-	-	9	14.5	-	-
(de AUDIT ≥ 7 a AUDIT ≤ 7)	-	-	-	-	7	13.7
Aumentó consumo						
(de AUDIT ≤ 8 a AUDIT ≥ 8)	6	5.3	2	3.2	4	7.8
(de AUDIT ≤ 5 a AUDIT ≥ 5)			2	3.2		
(de AUDIT ≤ 7 a AUDIT ≥ 7)					5	9.8
Mantuvo consumo perjudicial						
Mantuvo AUDIT ≥ 8	6	5.3	1	1.6	5	9.8
Mantuvo AUDIT ≥ 5			6	9.7		
Mantuvo AUDIT ≥ 7					7	13.7
Mantuvo sin consumo perjudicial						
Mantuvo AUDIT ≤ 8	88	77.9	53	85.5	35	68.6
Mantuvo AUDIT ≤ 5			45	72.6		
Mantuvo AUDIT ≤ 7					32	62.7
Mantuvo Abstinencia (no consumo)	9	8.0	5	8.1	4	7.8

Tabla 10: Resultados de la Prueba de Independencia.

Prueba de Independencia	
$X^2; p$	
En la muestra total:	
AUDIT \geq 8	$X^2 = 10.57; p = \mathbf{0.005}$
En mujeres:	
AUDIT \geq 8	$X^2 = 1.53; p = 0.306$
AUDIT \geq 5	$X^2 = 12.93; p = \mathbf{0.002}$
En hombres	
AUDIT \geq 8	$X^2 = 6.23; p = \mathbf{0.024}$
AUDIT \geq 7	$X^2 = 7.52; p = \mathbf{0.011}$

Tabla 11: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes dicotómicas. Variable dependiente: “Consumo perjudicial”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Tiene hijos 2008	0.04; 0.840			0.15; 0.698			0.00; 0.955		
Si	9	11	8	9	25	17.6	6	13	9.7
No	3	9.7	2.7	3	20	5.9	2	12.5	3.2
Tiene hijos 2005	0.38; 0.539			0.13; 0.719			0.14; 0.706		
Si	7	9.3	6.2	7	21.9	13.7	6	14	9.7
No	5	13.2	4.4	5	26.3	9.8	2	10.5	3.2
Consumo de tabaco en 2005	0.11; 0.742			1.44; 0.230			4.80; 0.028/0.181^P		
Si	4	12.1	3.5	6	33.3	11.8	0	0	0
No	8	10	7.1	6	18.2	11.8	8	17	12.9
Consumo de tabaco en 2008	1.27; 0.260			1.09; 0.302			0.968; 0.668		
Si	5	16.1	4.4	5	33.3	9.8	1	6.3	1.6
No	7	8.5	6.2	7	19.4	13.7	7	15.2	11.3
Consumo de cannabis en 2005	1.16; 0.281			2.71; 0.134			NC		
Si	1	33.3	0.9	2	66.7	3.9	0	0	0
No	11	10	9.7	10	20.8	19.6	8	12.9	12.9
Consumo de cannabis en 2008	5.66; 0.017/0.029^P			0.690; 0.419			4.21; 0.040/0.129^P		
Si	2	66.7	1.8	1	50	2	1	100	1.6
No	10	9.1	8.8	11	22.4	21.6	7	11.5	11.3
Consumo de cocaína en 2005	NC			NC			NC		
Si	0	0		0	0	0	0	0	0
No	12	10.6		12	23.5	23.5	8	12.9	12.9
Consumo de cocaína en 2008	4.56; 0.033/0.106^P			2.96; 0.235			NC		
Si	1	100		1	100	2	0	0	0
No	11	9.8		11	22	21.6	8	12.9	12.9
AUDIT ≥8 en 2005	8.17; 0.004/0.005^P								
Si	6	31.6		--	--	--	--	--	--
No	6	6.4		--	--	--	--	--	--
AUDIT ≥7 en 2005				6.94; 0.008/0.011^P					
Si	--	--	--	7	50	13.7	--	--	--
No	--	--	--	5	13.5	9.8	--	--	--
AUDIT ≥5 en 2005							10.95; 0.001/0.002^P		
Si	--	--	--	--	--	--	6	40	9.7
No	--	--	--	--	--	--	2	43	3.2

a. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT ≥ 8; b. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT ≥ 7; c. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT ≥ 5; §. Porcentaje de la variable independiente; ¥. Porcentaje de la muestra total; P. Estadístico exacto de Fisher; NC: No es posible calcular medida asociación por falta de casos.

Tabla 12: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes con >2 categorías. Variable dependiente: “Consumo perjudicial”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
País de procedencia	7.86; 0.164			6.85; 0.232			4.85; 0.435		
Uruguay	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecuador	5	9.1	4.4	6	25	11.8	4	12.9	6.5
Cuba	0	0	0	1	100	2	0	0	0
Colombia	5	14.7	4.4	4	25	7.8	3	16.7	4.8
Bolivia	2	40	1.8	1	33.3	2	1	50	1.6
Argentina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados civil en 2005	2.24; 0.524			3.48; 0.323			1.35; 0.717		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	0	0	0	1	100	2	0	0	0
Casado	5	8.6	4.4	7	21.9	13.7	3	11.5	4.8
Soltero	7	14.3	6.2	4	23.5	7.8	5	15.6	8.1
Estado civil en 2008	3.84; 0.279			1.73; 0.630			2.19; 0.534		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	0	0	0	1	50	2	0	0	0
Casado	6	8.8	5.3	8	23.5	15.7	4	11.8	6.5
Soltero	6	17.1	5.3	3	23.1	5.9	4	18.2	6.5
Si estudia o trabaja 2008	2.64; 0.450			1.72; 0.632			3.37; 0.338		
No hago nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estudio y trabajo	1	10	0.9	2	28.6	3.9	0	0	0
Trabajo	11	12	9.7	10	24.4	19.6	8	15.7	12.9
Estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Si estudia o trabaja 2005	1.40; 0.705			0.67; 0.881			1.37; 0.712		
No hago nada	2	1.4	1.8	2	28.6	3.9	1	16.7	1.6
Estudio y trabajo	1	10	0.9	1	20	2	1	20	1.6
Trabajo	9	10.6	8	9	23.7	17.6	6	12.8	9.7
Estudio	5	0	0	0	0	0	0	0	0

a. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT ≥ 8 .

b. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT ≥ 7 .

c. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT ≥ 5 .

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

£. X^2 de Pearson.

Tabla 12: (continuación).

	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Satisfacción con trabajo/estudios en 2008	4.81; 0.307			3.24; 0.518			3.36; 0.499		
No trabaja/no estudia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bastante	3	9.1	2.7	3	15	5.9	1	7.7	1.6
Algo o normal	5	10	4.4	5	27.8	9.8	5	15.6	8.1
Poco	4	22	3.5	3	33.3	5.9	2	22.2	3.2
Nada	0	0	0	1	50	2	0	0	0
Satisfacción con trabajo/estudios en 2005	1.09; 0.779			0.98; 0.807			1.53; 0.676		
No trabajo/estudio	1	11.1	0.9	1	16.7	2	0	0	0
Bastante	7	11.5	6.2	6	21.4	11.8	5	15.2	8.1
Poco	3	7.7	2.7	4	26.7	7.8	3	12.5	4.8
Nada	1	25.0	0.9	1	50	2	0	0	0
Percibir discriminación o trato injusto en 2005	4.57; 0.334			1.17; 0.760			8.49; 0.075 (0.027[£])		
Muchísimo	0	0	0	0	0	0	2	66.7	3.2
Mucho	1	12.5	0.9	1	25	2	1	25	1.6
Algo	3	11.1	2.7	5	33.3	9.8	1	8.3	1.6
Poco	6	18.8	5.3	3	18.8	5.9	3	18.8	4.8
Nada	2	4.7	1.8	3	18.8	5.9	1	3.7	1.6
Cuanto le gusta vivir en España 2005	2.14; 0.709			4.68; 0.322			11.50; 0.021		
Muchísimo	4	16.7	3.5	5	45.5	9.8	1	7.7	1.6
Mucho	5	8.1	4.4	5	17.9	9.8	4	11.8	6.5
Algo	2	11.1	1.8	2	22.2	3.9	0	0	0
Poco	1	16.7	0.9	0	0	0	3	75	4.8
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuanto le gusta vivir en España 2008	4.77; 0.311			5.89; 0.207			4.91; 0.178		
Muchísimo	1	20	0.9	1	20	2	0	0	0
Mucho	4	6.2	3.5	6	18.2	11.8	2	6.3	3.2
Algo	5	16.1	4.4	4	40	7.8	3	14.3	4.8
Poco	1	10	0.9	0	0	0	3	37.5	4.8
Nada	1	50	0.9	1	100	2	0	0	0

a. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT \geq 8.b. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT \geq 7.c. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT \geq 5.

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

£. X^2 de Pearson.

Tabla 13: Resultados de análisis univariante. Variable dependiente: “Consumo abusivo o perjudicial”.

Variables	Total muestra ^a	Hombres ^b	Mujeres ^c
Edad (β ; X^2 ; p)	-0.06; 3.13; 0.077	-0.06; 2.32; 0.128	-0.12; 4.90; 0.027
Número de hijos 2008 (β ; X^2 ; p)	-0.86; 4.22; 0.040	-1.34; 6.66; 0.010	-0.44; 0.95; 0.329
Número de hijos 2005 (β ; X^2 ; p)	-0.68; 2.21; 0.138	-1.33; 4.71; 0.030	-0.52; 1.32; 0.250
Adaptación a su vida en España en 2008 (β ; X^2 ; p)	-0.01; 0.00; 0.959	-0.14; 0.35; 0.554	-0.37; 4.35; 0.037
Adaptación a su vida en España en 2005 (β ; X^2 ; p)	-0.11; 0.39; 0.535	0.09; 0.13; 0.717	-0.05; 0.06; 0.805
AUDIT en 2005 (variable continua) (β ; X^2 ; p)	0.23; 15.12; 0.000	0.16; 6.32; 0.012	0.45; 14.16; 0.000

a. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT ≥ 8 .

b. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT ≥ 7 .

c. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT ≥ 5 .

Tabla 14: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes dicotómicas. Variable dependiente: “Disminuyó consumo”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Género	0.45; 0.503								
Hombre	7	13.7	6.2	--	--	--	--	--	--
Mujer	6	9.7	5.3	--	--	--	--	--	--
Tiene hijos 2008	0.08; 0.777			0.00; 0.958			0.30; 0.585		
Si	9	11	8.0	5	13.9	9.8	6	13	9.7
No	4	12.9	3.5	2	13.3	3.9	3	18.8	4.8
Tiene hijos 2005	0.06; 0.815			0.27; 0.603			0.90; 0.344		
Si	9	12	8.0	5	15.6	9.8	5	11.6	8.1
No	4	10.5	3.5	2	10.5	3.9	4	21.1	6.5
Consumo de tabaco 2005	0.02; 0.895			0.20; 0.656			0.45; 0.502		
Si	4	12.1	3.5	3	16.7	5.9	3	20	4.8
No	9	11.3	8.0	4	12.1	7.8	6	12.8	9.7
Consumo de tabaco 2008	1.19; 0.276			0.00; 0.958			0.07; 0.788		
Si	2	6.5	1.8	2	13.3	3.9	2	12.5	3.2
No	11	13.4	9.7	5	13.9	9.8	7	15.2	11.3
Consumo de cannabis 2005	0.74; 0.388			0.92; 0.339			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	13	11.8	11.5	7	14.6	13.7	9	14.5	14.5
Consumo de cannabis 2008	0.74; 0.388			0.60; 0.437			0.32; 0.574		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	13	11.8	11.5	7	14.3	13.7	9	14.8	14.5
Consumo de cocaína 2005	NC			NC			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	13	11.5	11.5	7	13.7	13.7	9	14.5	14.5
Consumo de cocaína 2008	0.25; 0.620			0.30; 0.585			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	13	11.6	11.5	7	14	13.7	9	14.5	14.5

a. Disminuyó a consumo sin riesgo: cambió a AUDIT \leq 8.

b. Disminuyó a consumo sin riesgo: cambió a AUDIT \leq 7.

c. Disminuyó a consumo sin riesgo: cambió a AUDIT \leq 5.

§. Porcentaje de Variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total

NC: No es posible calcular medida asociación por falta de casos.

Tabla 15: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes con >2 categorías. Variable dependiente: “Disminuyó consumo”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
País de nacimiento	3.15; 0.677			4.18; 0.525			2.42; 0.789		
Uruguay	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecuador	6	10.9	5.3	5	20.8	9.8	5	16.1	8.1
Cuba	1	33.3	0.9	0	0	0	0	0	0
Colombia	4	11.8	3.5	2	12.5	3.9	2	11.1	3.2
Bolivia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	2	15.4	1.8	0	0	0	2	25	3.2
Estados civil en 2005	1.15; 0.765			2.30; 0.512			6.90; 0.075		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	1	25.0	0.9	0	0	0	0	0	0
Casado	7	12.1	6.2	6	18.8	11.8	1	3.8	1.6
Soltero	5	10.2	4.4	1	5.9	2	8	1.5	12.9
Estado civil en 2008	3.98; 0.264			2.06; 0.561			2.05; 0.562		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	2	40	1.8	0	0	0	1	33.3	1.6
Casado	7	10.3	6.2	6	17.6	11.8	4	11.8	6.5
Soltero	4	11.4	3.5	1	7.7	2	4	18.2	6.5
Si estudia o trabaja 2008	2.92; 0.404			3.32; 0.345			6.45; 0.092 (0.032 [£])		
No hago nada	0	0	0	0	0	0	2	28.6	3.2
Estudio y trabajo	1	10	0.9	0	0	0	2	66.7	3.2
Trabajo	12	13	10.6	7	17.1	13.7	5	9.8	8.1
Estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Si estudia o trabaja 2005	4.96; 0.175			4.49; 0.213			4.24; 0.237		
No hago nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estudio y trabajo	1	10	0.9	0	0	0	2	40	3.2
Trabajo	12	14.1	10.6	7	18.4	13.7	6	12.8	9.7
Estudio	0	0	0	0	0	0	1	25	1.6

a. Disminuyó a consumo sin riesgo: cambió a $AUDIT \leq 8$.

b. Disminuyó a consumo sin riesgo: cambió a $AUDIT \leq 7$.

c. Disminuyó a consumo sin riesgo: cambió a $AUDIT \leq 5$.

§. Porcentaje de Variable independiente

¥. Porcentaje de total de la muestra.

£. X^2 de Pearson.

Tabla 15: (continuación).

	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Satisfacción con trabajo/estudios en 2008	7.12; 0.130			2.04; 0.729			5.68; 0.225		
No trabaja/no estudia	0	0	0	0	0	0	2	33.3	3.2
Bastante	2	6.1	1.8	2	10	3.9	2	15.4	3.2
Algo o normal	6	12	5.3	3	16.7	5.9	4	12.5	6.5
Poco	3	16.7	2.7	2	22.2	3.9	0	0	0
Nada	2	50	1.8	0	0	0	1	50	1.6
Satisfacción con trabajo/estudios en 2005	3.71; 0.295			2.74; 0.434			2.42; 0.489		
No trabajo/estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bastante	7	11.5	6.2	5	17.9	9.8	4	12.1	6.5
Poco	6	15.4	5.3	2	13.3	3.9	5	20.8	8.1
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Percibir discriminación o trato injusto en 2005	1.89; 0.755			1.52; 0.679			2.05; 0.727		
Muchísimo	1	33.3	0.9	0	0	0	0	0	0
Mucho	1	12.5	0.9	4	100	7.8	1	25	1.6
Algo	2	7.4	1.8	13	86.7	25.5	1	8.3	1.6
Poco	3	9.4	2.7	14	87.5	27.5	2	12.5	3.2
Nada	6	14	5.3	13	81.3	25.5	5	18.5	8.1
Cuanto le gusta vivir en España 2005	2.96; 0.564			1.12; 0.891			6.01; 0.198		
Muchísimo	3	12.5	2.7	2	18.2	3.9	0	0	0
Mucho	6	9.7	5.3	4	14.3	7.8	7	20.6	11.3
Algo	2	11.1	1.8	1	11.1	2	1	11.1	1.6
Poco	2	33.3	1.8	0	0	0	1	25	1.6
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuanto le gusta vivir en España 2008	1.79; 0.774			2.90; 0.574			3.18; 0.365		
Muchísimo	1	20	0.9	1	20	2	0	0	0
Mucho	6	9.2	5.3	3	9.1	5.9	5	15.6	8.1
Algo	4	12.9	3.5	2	20	3.9	4	19	6.5
Poco	2	20	1.8	1	50	2	0	0	0
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0

a. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT \geq 8.b. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT \geq 7.c. Consumo perjudicial: punto de corte AUDIT \geq 5.

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

£. X^2 de Pearson.

Tabla 16: Resultados de análisis univariante. Variable dependiente: “Disminuyó consumo”.

Variables	Total muestra^a	Hombres^b	Mujeres^c
Edad (β ; X^2 ; p)	-0.03;0.67; 0.412	-0.03; 0.43; 0.514	-0.02;0.17; 0.683
Número de hijos 2008 (β ; X^2 ; p)	0.11; 0.14; 0.709	0.03;0.01; 0.945	0.95; 6.13; 0.013
Número de hijos 2005 (β ; X^2 ; p)	0.02; 0.00; 0.958	0.14; 0.10; 0.758	0.83; 3.61; 0.057
Adaptación a su vida en España en 2008 (β ; X^2 ; p)	-0.24; 2.56; 0.110	0.13; 0.18; 0.668	-0.126; 0.52; 0.470
Adaptación a su vida en España en 2005 (β ; X^2 ; p)	-0.01; 0.00; 0.952	0.03; 0.01; 0.934	0.190; 0.92; 0.337
AUDIT en 2005 (variable continua) (β ; X^2 ; p)	0.30;24.16; 0.000	0.31 ;14.08; 0.000	0.30; 9.05; 0.003

a. Disminuyó a consumo sin riesgo: cambió a AUDIT \leq 8.

b. Disminuyó a consumo sin riesgo: cambió a AUDIT \leq 7.

c. Disminuyó a consumo sin riesgo: cambió a AUDIT \leq 5.

Tabla 17: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes dicotómicas. Variable dependiente: “Aumentó consumo”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Género		1.19; 0.275							
Hombre	4	7.8	3.5	--	--	--	--	--	--
Mujer	2	3.2	1.8	--	--	--	--	--	--
Tiene hijos 2008		0.11; 0.744		0.25; 0.615			0.55; 0.457		
Si	4	4.9	3.5	4	11.1	7.8	1	2.2	1.6
No	2	6.5	1.8	1	6.7	2	1	6.3	1.6
Tiene hijos 2005		0.00; 0.987		0.77; 0.381			0.34; 0.562		
Si	4	5.3	3.5	4	12.5	7.8	1	2.3	1.6
No	2	5.3	1.8	1	5.3	2	1	5.3	1.6
Consumo de tabaco en 2005		0.05; 0.821		1.41; 0.236			1.13; 0.288		
Si	2	6.1	1.8	3	16.7	5.9	0	0	0
No	4	5.0	3.5	2	6.1	3.9	2	4.3	3.2
Consumo de tabaco en 2008		4.26; 0.039/0.047 ^P		2.26; 0.144			0.55; 0.453		
Si	4	12.9	3.5	3	20	5.9	1	6.3	1.6
No	2	2.4	1.8	2	5.6	3.9	1	2.2	1.6
Consumo de cannabis en 2005		0.33; 0.565		0.64; 0.424			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	6	5.5	5.3	5	10.4	9.8	2	3.2	3.2
Consumo de cannabis en 2008		0.791; 0.374		0.42; 0.516			7.47; 0.006/0.032 ^P		
Si	1	33.3	0.9	0	0	0	1	100	1.6
No	5	4.5	4.4	5	10.2	9.8	1	1.6	1.6
Consumo de cocaína en 2005		NC		NC			NC		
Si	0	0		0	0	0	0	0	0
No	6	5.3		5	9.8	9.8	2	3.2	3.2
Consumo de cocaína en 2008		6.04; 0.014/0.053 ^P		4.84; 0.028/0.098 ^P			NC		
Si	1	100					0	0	0
No	5	4.5					2	3.2	3.2

a. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 8

b. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 7.

c. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 5.

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

P. Estadístico exacto de Fisher

NC: No es posible calcular medida de asociación por falta de casos.

Tabla 18: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes con >2 categorías. Variable dependiente: “Aumentó consumo”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
País de nacimiento	3.40; 0.638			3.33; 0.649			1.11; 0.953		
Uruguay	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecuador	3	5.5	2.7	3	12.5	5.9	1	3.2	1.6
Cuba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Colombia	2	5.9	1.8	1	6.3	2	1	5.6	1.6
Bolivia	1	20	0.9	1	33.3	2	0	0	0
Argentina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados civil en 2005	1.80; 0.616			0.49; 0.921			2.71; 0.439		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casado	2	3.4	1.8	3	9.4	5.9	0	0	0
Soltero	4	8.2	3.5	2	11.8	3.9	2	6.3	3.2
Estado civil en 2008	3.93; 0.264			1.26; 0.738			0.51; 0.916		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casado	2	2.9	1.8	3	8.8	5.9	1	2.9	1.6
Soltero	4	11.4	3.5	2	15.4	3.9	1	4.5	1.6
Si estudia o trabaja 2008	1.56; 0.670			0.76; 0.859			0.80; 0.851		
No hago nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estudio y trabajo	1	10	0.9	1	14.3	2.0	0	0	0
Trabajo	5	5.4	4.4	4	9.8	7.8	2	3.9	3.2
Estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Si estudia o trabaja 2005	3.28; 0.350			3.35; 0.341			7.26; 0.064 (0.022[£])		
No hago nada	2	15.4	1.8	2	28.6	3.9	1	16.7	1.6
Estudio y trabajo	1	10	0.9	0	0	0	1	20	1.6
Trabajo	3	3.5	2.7	3	7.9	5.9	0	0	0
Estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0

a. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 8

b. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 7.

c. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 5.

§. Porcentaje de la variable independiente.

¥. Porcentaje de la muestra total.

£. X² de Pearson.

Tabla 18: (continuación).

	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Satisfacción con trabajo/estudios en 2008	2.34; 0.674			2.28; 0.685			1.72; 0.787		
No trabaja/no estudia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bastante	1	3.0	0.9	1	5	2	1	7.7	1.6
Algo o normal	4	8.0	3.5	3	16.7	5.9	1	3.1	1.6
Poco	1	5.6	0.9	1	11.1	2	0	0	0
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Satisfacción con trabajo/estudios en 2005	0.92; 0.820			1.12; 0.772			0.39; 0.941		
No trabajo/estudio	1	11.1	0.9	1	16.7	2	0	0	0
Bastante	3	4.9	2.7	2	7.1	3.9	1	3	1.6
Poco	2	5.1	1.8	2	13.3	3.9	1	4.2	1.6
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Percibir discriminación o trato injusto en 2005	8.15; 0.086			7.84; 0.049			6.37; 0.173 (0.031[£])		
Muchísimo	0	0	0	0	0	0	1	33.3	1.6
Mucho	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Algo	3	11.1	2.7	4	26.7	7.8	0	0	0
Poco	3	9.4	2.7	1	6.3	2	1	6.3	1.6
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuanto le gusta vivir en España 2005	1.20; 0.878			0.67; 0.955			1.60; 0.809		
Muchísimo	1	4.2	0.9	1	9.1	2	1	7.7	1.6
Mucho	4	6.5	3.5	3	10.7	5.9	1	2.9	1.6
Algo	1	5.6	0.9	1	11.1	2	0	0	0
Poco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuanto le gusta vivir en España 2008	4.32; 0.364			2.62; 0.624			2.74; 0.433		
Muchísimo	1	20	0.9	1	20	2	0	0	0
Mucho	2	3.1	1.8	2	6.1	3.9	1	3.1	1.6
Algo	3	9.7	2.7	2	20	3.9	0	0	0
Poco	0	0	0	0	0	0	1	12.5	1.6
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0

a. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 8b. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 7.c. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 5.

§. Porcentaje de la variable independiente.

¥. Porcentaje de la muestra total.

£. X² de Pearson.

Tabla 19: Resultados de análisis univariante. Variable dependiente: “Aumentó consumo”.

Variables	Total muestra^a	Hombres^b	Mujeres^c
Edad (β ; X^2 ; p)	-0.00; 0.00; 0.976	0.01;0.03; 0.869	-0.19; 2.67; 0.103
Número de hijos 2008 (β ; X^2 ; p)	-0.18;0.14; 0.712	-0.95; 2.05; 0.152	-17.17; 2.54; 0.111
Número de hijos 2005 (β ; X^2 ; p)	-0.09; 0.03; 0.856	-0.96; 1.80; 0.180	-16.83; 2.02; 0.155
Adaptación a su vida en España en 2008 (β ; X^2 ; p)	0.27; 0.92; 0.337	0.10; 0.09; 0.759	0.315; 0.54; 0.464
Adaptación a su vida en España en 2005 (β ; X^2 ; p)	0.01;0.00; 0.957	0.02; 0.01; 0.945	1.03; 2.70; 0.101
AUDIT en 2005 (variable continua) (β ; X^2 ; p)	0.01; 0.01; 0.936	0.37; 0.544	-0.10; 0.16; 0.687

- a. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 8
 b. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 7.
 c. Aumentó a consumo de riesgo: cambió a AUDIT \geq 5.

Tabla 20: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes dicotómicas. Variable dependiente: “Mantuvo consumo no perjudicial”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Género	4.62; 0.032								
Hombre	35	68.6		--	--	--	--	--	--
Mujer	53	85.5		--	--	--	--	--	--
Tiene hijos 2008	0.01; 0.943			0.14; 0.707			0.16; 0.693		
Si	64	78	21.2	22	61.1	43.1	34	73.9	54.8
No	24	77.4	56.6	10	66.7	19.6	11	68.8	17.7
Tiene hijos 2005	0.08; 0.777			0.00; 0.963			0.23; 0.628		
Si	59	78.7	52.2	20	62.5	39.2	32	74.4	51.6
No	29	76.3	25.7	12	63.2	23.5	13	68.4	21
Consumo de tabaco en 2005	0.12; 0.729			1.91; 0.167			0.57; 0.449		
Si	25	75.8	22.1	9	50	17.6	12	80	19.4
No	63	78.8	55.8	23	69.7	45.1	33	70.2	53.2
Consumo de tabaco en 2008	0.00; 0.943			0.79; 0.373			0.86; 0.354		
Si	24	77.4	21.2	8	53.3	15.7	13	81.3	21
No	64	78	56.6	24	66.7	47.1	32	69.6	51.6
Consumo de cannabis en 2005	0.20; 0.651			1.13; 0.287			NC		
Si	2	66.7	1.8	1	33.3	2	0	0	0
No	86	78.2	76.1	31	64.6	60.8	45	72.6	72.6
Consumo de cannabis en 2008	2.81; 0.094			0.14; 0.708			2.63; 0.105		
Si	1	33.3	0.9	1	50	2	0	0	0
No	87	79.1	77	31	63.3	60.8	45	73.8	72.6
Consumo de cocaína en 2005	NC			NC			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	88	77.9	77.9	32	62.7	62.7	45	72.6	72.6
Consumo de cocaína en 2008	3.05; 0.081			2.01; 0.373			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	88	78.6	77.9	32	64	62.7	45	72.6	72.6

a. Consumo no perjudicial punto de corte ≤ 8

b. Consumo no perjudicial punto de corte ≤ 7

c. Consumo perjudicial punto de corte ≤ 5

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

NC: No es posible calcular medida de asociación por falta de casos.

Tabla 21: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes con >2 categorías. Variable dependiente: “Mantuvo consumo no perjudicial”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
País de nacimiento	3.38; 0.642			9.26; 0.099			2.44; 0.785		
Uruguay	3	100	2.7	2	100	3.9	1	100	1.6
Ecuador	44	80	38.9	13	54.2	25.5	22	71	35.5
Cuba	2	66.7	1.8	0	0	0	2	100	3.2
Colombia	25	73.5	22.1	10	62.5	19.6	13	72.2	21
Bolivia	3	100	2.7	2	66.7	3.9	1	50	1.6
Argentina	11	84.6	9.7	5	100	9.8	6	75	9.7
Estados civil en 2005	1.25; 0.742			3.52; 0.318			7.28; 0.063		
Divorciado	2	100	1.8	1	100	2	1	100	1.6
Separado	3	75.0	2.7	0	0	0	3	100	4.8
Casado	46	79.3	40.7	19	59.4	37.3	22	84.6	35.5
Soltero	37	75.5	32.7	12	70.6	23.5	19	59.4	30.6
Estado civil en 2008	4.47; 0.215			2.46; 0.483			3.07; 0.380		
Divorciado	5	100	4.4	2	100	3.9	3	100	4.8
Separado	3	60	2.7	1	50	2	2	66.7	3.2
Casado	55	80.9	48.7	20	58.8	39.2	26	76.5	41.9
Soltero	25	71.4	22.1	9	69.2	17.6	14	63.6	22.6
Si estudia o trabaja 2008	5.96; 0.114			3.34; 0.342			2.74; 0.433		
No hago nada	9	100	8	2	100	3.9	5	71.4	8.1
Estudio y trabajo	8	80	7.1	5	71.4	9.8	1	33.3	1.6
Trabajo	69	75	61.1	24	58.5	47.1	38	74.5	61.3
Estudio	2	100	1.8	1	100	2	1	100	1.6
Si estudia o trabaja 2005	3.22; 0.359			2.24; 0.524			2.80; 0.424		
No hago nada	11	84.6	9.7	5	71.4	9.8	5	83.3	8.1
Estudio y trabajo	8	80	7.1	4	80	7.8	2	40	3.2
Trabajo	64	75.3	56.6	22	57.9	43.1	35	74.5	56.5
Estudio	5	100	4.4	1	100	2	3	75	4.8

a. Consumo no perjudicial punto de corte ≤ 8

b. Consumo no perjudicial punto de corte ≤ 7

c. Consumo perjudicial punto de corte ≤ 5

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

Tabla 21: (continuación).

	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Satisfacción con trabajo/estudios en 2008	9.07; 0.059			4.99; 0.288			0.82; 0.936		
No trabaja/no estudia	8	100	7.1	2	100	3.9	4	66.7	6.5
Bastante	28	84.8	24.8	15	75	29.4	10	76.9	16.1
Algo o normal	39	78	34.5	10	55.6	19.6	23	71.9	37.1
Poco	11	61.1	9.7	4	44.4	7.8	7	77.8	11.3
Nada	2	5.0	1.8	1	50	2	1	50	1.6
Satisfacción con trabajo/estudios en 2005	0.80; 0.849			1.46; 0.691			3.61; 0.307		
No trabajo/estudio	8	88.9	7.1	5	83.3	9.8	3	100	4.8
Bastante	47	77	41.6	17	60.7	33.3	24	72.7	38.7
Poco	30	76.9	26.5	9	60	17.6	16	66.7	25.8
Nada	3	75.0	2.7	1	50	2	2	100	3.2
Percibir discriminación o trato injusto en 2005	1.40; 0.844			1.08; 0.782			4.18; 0.382		
Muchísimo	2	66.7	1.8	0	0	0	1	33.3	1.6
Mucho	6	75.0	5.3	3	75	5.9	2	50	3.2
Algo	22	81.5	19.5	8	53.3	15.7	10	83.3	16.1
Poco	23	71.9	20.4	11	68.8	21.6	11	68.8	17.7
Nada	35	81.4	31	10	62.5	19.6	21	77.8	33.9
Cuanto le gusta vivir en España 2005	5.11; 0.276			6.31; 0.177			16.70; 0.002		
Muchísimo	17	70.8	15	4	36.4	7.8	12	92.3	19.4
Mucho	51	82.3	45.1	19	67.9	37.3	23	67.6	37.1
Algo	14	77.8	12.4	6	66.7	11.8	8	88.9	12.9
Poco	3	50	2.7	2	100	3.9	0	0	0
Nada	3	100	2.7	1	100	2	2	100	3.2
Cuanto le gusta vivir en España 2008	4.55; 0.337			5.72; 0.221			1.90; 0.594		
Muchísimo	3	60	2.7	3	60	5.9	0	0	0
Mucho	55	84.6	48.7	24	72.7	47.1	25	78.1	40.3
Algo	22	71	19.5	4	40	7.8	14	66.7	22.6
Poco	7	70	6.2	1	50	2	5	62.5	8.1
Nada	1	50	0.9	0	0	0	1	100	1.6

a. Consumo no perjudicial punto de corte ≤ 8 b. Consumo no perjudicial punto de corte ≤ 7 c. Consumo perjudicial punto de corte ≤ 5

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

Tabla 22: Resultados de análisis univariante. Variable dependiente: “Mantuvo consumo no perjudicial”.

Variables	Total muestra^a	Hombres^c	Mujeres^b
Edad (β ; X^2 ; p)	0.05;3.70; 0.054	0.06; 3.21; <i>0.073</i>	0.07;3.66; <i>0.056</i>
Número de hijos 2008 (β ; X^2 ; p)	0.28;1.24; 0.266	0.73; 4.04; 0.044	-0.38; 1.66; 0.198
Número de hijos 2005 (β ; X^2 ; p)	0.26; 0.89; 0.345	0.56 ;1.90; 0.168	-0.18; 0.30; 0.581
Adaptación a su vida en España en 2008 (β ; X^2 ; p)	0.16; 1.69; 0.194	0.05; 0.05; 0.825	0.32; 4.85; 0.028
Adaptación a su vida en España en 2005 (β ; X^2 ; p)	0.07;0.26; 0.609	-0.08;0.14; 0.706	-0.08; 0.30; 0.583
AUDIT en 2005 (variable continua) (β ; X^2 ; p)	-0.75; 68.65; 0.000	-0.74; 37.10; 0.000	-1.40; 52.53; 0.000

a. Consumo no perjudicial punto de corte ≤ 8

b. Consumo no perjudicial punto de corte ≤ 7

c. Consumo perjudicial punto de corte ≤ 5

Tabla 23: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes dicotómicas. Variable dependiente: “Mantuvo consumo perjudicial”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¶]	n	% [§]	% [¶]	n	% [§]	% [¶]
Género	3.95; 0.047								
Hombre	5	9.8	4.4	--	--	--	--	--	--
Mujer	1	1.6	0.9	--	--	--	--	--	--
Tiene hijos 2008	0.41; 0.524			0.00; 0.958			0.32; 0.575		
Si	5	6.1	4.4	5	13.9	9.8	5	10.9	8.1
No	1	3.2	0.9	2	13.3	3.9	1	6.3	1.6
Tiene hijos 2005	0.72; 0.396			1.33; 0.250			0.68; 0.411		
Si	3	4.0	2.7	3	9.4	5.9	5	11.6	8.1
No	3	7.9	2.7	4	21.1	7.8	1	5.3	1.6
Consumo de tabaco 2005	0.05; 0.821			0.20; 0.656			3.52; 0.060		
Si	2	6.1	1.8	3	16.7	5.9	0	0	0
No	4	5.0	3.5	4	12.1	7.8	6	12.8	9.7
Consumo de tabaco 2008	0.41; 0.524			0.00; 0.958			3.80; 0.051		
Si	1	3.2	0.9	2	13.3	3.9	0	0	0
No	5	6.1	4.4	5	13.9	9.8	6	13	9.7
Consumo de cannabis 2005	2.40; 0.121			4.90; 0.027/0.046 ^P			NC		
Si	1	33.3	0.9	2	66.7	3.9	0	0	0
No	5	4.5	4.4	5	10.4	9.8	6	9.7	9.7
Consumo de cannabis 2008	2.40; 0.121			1.59; 0.258			0.205; 0.650/1000		
Si	1	33.3	0.9	1	50	2	0	0	0
No	5	4.5	4.4	6	12.2	11.8	6	9.8	9.7
Consumo de cocaína 2005	NC			NC			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	6	5.3	5.3	7	13.7	13.7	6	9.7	9.7
Consumo de cocaína 2008	0.11; 0.741			0.30; 0.585			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	6	5.4	5.3	7	14	13.7	6	9.7	9.7

a. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 8

b. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 7

c. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 5

P. Estadístico exacto de Fisher

NC: No es posible calcular medida de asociación por falta de casos.

Tabla 24: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes con >2 categorías. Variable dependiente: “Mantuvo consumo perjudicial”.

Variables	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
País de nacimiento	4.42; 0.490			7.27; 0.202			4.38; 0.496		
Uruguay	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecuador	2	3.6	1.8	3	12.5	5.9	3	9.7	4.8
Cuba	0	0	0	1	100	2	0	0	0
Colombia	3	8.8	2.7	3	18.8	5.9	2	11.1	3.2
Bolivia	1	20	0.9	0	0	0	1	50	1.6
Argentina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados civil en 2005	0.72; 0.869			4.37; 0.225			0.92; 0.822		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	0	0	0	1	100	2	0	0	0
Casado	3	5.2	2.7	4	12.5	7.8	3	11.5	4.8
Soltero	3	6.1	2.7	2	11.8	3.9	3	9.4	4.8
Estado civil en 2008	1.15; 0.766			2.58; 0.462			1.61; 0.658		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	0	0	0	1	50	2	0	0	0
Casado	4	5.9	3.5	5	14.7	9.8	3	8.8	4.8
Soltero	2	5.7	1.8	1	7.7	2	3	13.6	4.8
Si estudia o trabaja 2008	2.54; 0.468			0.92; 0.822			2.48; 0.479		
No hago nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estudio y trabajo	0	0	0	1	14.3	2	0	0	0
Trabajo	6	6.5	5.3	6	14.6	11.8	6	11.8	9.7
Estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Si estudia o trabaja 2005	3.53; 0.317			2.64; 0.450			3.52; 0.318		
No hago nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estudio y trabajo	0	0	0	1	20	2	0	0	0
Trabajo	6	7.1	5.3	6	15.8	11.8	6	12.8	9.7
Estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0

a. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 8
b. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 7
c. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 5
§. Porcentaje de la variable independiente
¥. Porcentaje de la muestra total.

Tabla 24: (continuación).

	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Satisfacción con trabajo/estudios en 2008	5.79; 0.215			2.93; 0.570			5.78; 0.217		
No trabaja/no estudia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bastante	2	6.1	1.8	2	10	3.9	0	0	0
Algo o normal	1	2.0	0.9	2	11.1	3.9	4	12.5	6.5
Poco	3	16.7	2.7	2	22.2	3.9	2	22.2	3.2
Nada	0	0	0	1	50	2	0	0	0
Satisfacción con trabajo/estudios en 2005	3.58; 0.311			3.28; 0.351			1.28; 0.734		
No trabajo/estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bastante	4	6.6	3.5	4	14.3	7.8	4	12.1	6.5
Poco	1	2.6	0.9	2	13.3	3.9	2	8.3	3.2
Nada	1	25	0.9	1	50	2	0	0	0
Percibir discriminación o trato injusto en 2005	4.79; 0.310			1.45; 0.694			3.61; 0.461		
Muchísimo	0	0	0	0	0	0	1	33.3	1.6
Mucho	1	12.5	0.9	1	25	2	1	25	1.6
Algo	0	0	0	1	6.7	2	1	8.3	1.6
Poco	3	9.4	2.7	2	12.5	3.9	2	12.5	3.2
Nada	2	4.7	1.8	3	18.8	5.9	1	3.7	1.6
Cuanto le gusta vivir en España 2005	5.45; 0.244			5.69; 0.224			14.63; 0.006		
Muchísimo	3	12.5	2.7	4	36.4	7.8	0	0	0
Mucho	1	1.6	0.9	2	7.1	3.9	3	8.8	4.8
Algo	1	5.6	0.9	1	11.1	2	0	0	0
Poco	1	16.7	0.9	0	0	0	3	75	4.8
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuanto le gusta vivir en España 2008	4.94; 0.294			6.41; 0.171			4.30; 0.231		
Muchísimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mucho	2	3.1	1.8	4	12.1	7.8	1	3.1	1.6
Algo	2	6.5	1.8	2	20	3.9	3	14.3	4.8
Poco	1	10	0.9	0	0	0	2	25	3.2
Nada	1	50	0.9	1	100	2	0	0	0

a. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 8 b. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 7 c. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 5

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

Tabla 25: Resultados de análisis univariante. Variable dependiente: “Mantuvo consumo perjudicial”.

Variables	Total muestra^a	Hombres^b	Mujeres^c
Edad (β ; X^2 ; p)	-0.17; 6.89; 0.009	-0.11; 4.58; 0.032	-0.09; 2.45; 0.117
Número de hijos 2008 (β ; X^2 ; p)	-1.98; 6.87; 0.009	-1.28 ;3.76; 0.052	-0.22; 0.24; 0.625
Número de hijos 2005 (β ; X^2 ; p)	-17.70; 6.60; 0.010	-1.45 ;2.47; 0.116	-0.34; 0.51; 0.474
Adaptación a su vida en España en 2008 (β ; X^2 ; p)	-0.20; 0.86; 0.354	-0.27; 0.95; 0.329	-0.36; 7.33; 0.007
Adaptación a su vida en España en 2005 (β ; X^2 ; p)	-0.20; 0.79; 0.376	0.12;0.15; 0.698	-0.21; 1.09; 0.296
Discriminación o trato injusto en 2005 (X^2 ; p)	4.79; 0.310	1.45; 0.694	3.61; 0.461
AUDIT en 2005 (variable continua) (β ; X^2 ; p)	0.39; 23.49; 0.000	0.27;11.76; 0.001	0.76; 20.12; 0.000

a. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 8

b. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 7

c. Consumo perjudicial punto de corte ≥ 5

Tabla 26: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes dicotómicas. Variable dependiente: “Mantuvo abstinente”.

Variables	Muestra total			Hombres			Mujeres		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Género	0.00; 0.965								
Hombre	4	7.8	3.5	--	--	--	--	--	--
Mujer	5	8.1	4.4	--	--	--	--	--	--
Tiene hijos 2008	1.54; 0.214			0.04; 0.838			3.14; 0.077		
Si	8	9.8	7.1	3	8.3	5.9	5	10.9	8.1
No	1	3.2	0.9	1	6.7	2	0	0	0
Tiene hijos 2005	2.63; 0.105			0.29; 0.587			3.85; 0.050/0.312^P		
Si	8	10.7	7.1	3	9.4	5.9	5	11.6	8.1
No	1	2.6	0.9	1	5.3	2	0	0	0
Consumo de tabaco 2005	0.24; 0.623			0.39; 0.530			2.91; 0.088		
Si	2	6.1	1.8	2	11.1	3.9	0	0	0
No	7	8.8	6.2	2	6.1	3.9	5	10.6	8.1
Consumo de tabaco 2008	0.14; 0.709			0.81; 0.571			3.14; 0.077		
Si	2	6.5	1.8	2	13.3	3.9	0	0	0
No	7	8.5	6.2	2	5.6	3.9	5	10.9	8.1
Consumo de cannabis 2005	0.51; 0.477			0.51; 0.477			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	9	8.2	8	4	8.3	7.8	5	8.1	8.1
Consumo de cannabis 2008	0.51; 0.477			0.33; 0.564			0.170; 0.680		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	9	8.2	8	4	8.2	7.8	5	8.2	8.1
Consumo de cocaína 2005	NC			NC			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	9	8.0	8.0	4	7.8	7.8	5	8.1	8.1
Consumo de cocaína 2008	0.17; 0.683			0.17; 0.685			NC		
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	9	8	8	4	8	7.8	5	8.1	8.1

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

P. Estadístico exacto de Fisher.

NC: No es posible calcular medida de asociación por falta de casos.

Tabla 27: Frecuencia y proporciones de respuestas para cada una de las variables independientes con >2 categorías. Variable dependiente: “Mantuvo abstinente”.

Variables	Muestra total			Hombres			Mujeres		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
País de nacimiento	5.87; 0.319			6.42; 0.268			4.60; 0.467		
Uruguay	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecuador	6	10.9	5.3	4	16.7	7.8	2	6.5	3.2
Cuba	1	33.3	0.9	0	0	0	1	50	1.6
Colombia	2	5.9	1.8	0	0	0	2	11.1	3.2
Bolivia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados civil en 2005	3.37; 0.338			0.52; 0.914			3.54; 0.316		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casado	7	12.1	6.2	3	9.4	5.9	4	15.4	6.5
Soltero	2	4.1	1.8	1	5.9	2	1	3.1	1.6
Estado civil en 2008	2.39; 0.495			0.70; 0.874			2.00; 0.573		
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Separado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casado	7	10.3	6.2	3	8.8	5.9	4	11.8	6.5
Soltero	2	5.7	1.8	1	7.7	2	1	4.5	1.6
Si estudia o trabaja 2008	1.94; 0.584			0.84; 0.841			2.05; 0.563		
No hago nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estudio y trabajo	1	10	0.9	1	14.3	2	0	0	0
Trabajo	8	8.7	7.1	3	7.3	5.9	5	9.8	8.1
Estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Si estudia o trabaja 2005	0.87; 0.832			2.05; 0.563			2.54; 0.467		
No hago nada	1	7.7	0.9	0	0	0	1	16.7	1.6
Estudio y trabajo	1	10	0.9	1	20	2	0	0	0
Trabajo	6	7.1	5.3	3	7.9	5.9	3	6.4	4.8
Estudio	1	20	0.9	0	0	0	1	25	1.6

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

Tabla 27: (continuación).

	Muestra total ^a			Hombres ^b			Mujeres ^c		
	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]	n	% [§]	% [¥]
Satisfacción con trabajo/estudios en 2008	4.31; 0.365			2.48; 0.648			5.54; 0.236		
No trabaja/no estudia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bastante	5	15.2	4.4	2	10	3.9	3	23.1	4.8
Algo o normal	3	6.0	2.7	2	11.1	3.9	1	3.1	1.6
Poco	1	5.6	0.9	0	0	0	1	11.1	1.6
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Satisfacción con trabajo/estudios en 2005	2.56; 0.464			1.85; 0.604			3.57; 0.312		
No trabajo/estudio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bastante	5	8.2	4.4	2	7.1	3.9	3	9.1	4.8
Poco	3	7.7	2.7	2	13.3	3.9	1	4.2	1.6
Nada	1	2.5	0.9	0	0	0	1	5.0	1.6
Percibir discriminación o trato injusto en 2005	4.64; 0.326			4.21; 0.240			2.21; 0.697		
Muchísimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mucho	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Algo	4	14.8	3.5	2	13.3	3.9	2	16.7	3.2
Poco	1	3.1	0.9	0	0	0	1	6.3	1.6
Nada	4	9.3	3.5	2	12.5	3.9	2	7.4	3.2
Cuanto le gusta vivir en España 2005	11.79; 0.019			2.27; 0.686			17.44; 0.002		
Muchísimo	6	25	5.3	1	9.1	2	5	38.5	8.1
Mucho	3	4.8	2.7	3	10.7	5.9	0	0	0
Algo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuanto le gusta vivir en España 2008	1.34; 0.855			3.68; 0.451			1.64; 0.650		
Muchísimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mucho	5	7.7	4.4	2	6.1	3.9	3	9.4	4.8
Algo	3	9.7	2.7	1	10	2	2	9.5	3.2
Poco	1	10	0.9	1	5.0	2	0	0	0
Nada	0	0	0	0	0	0	0	0	0

§. Porcentaje de la variable independiente

¥. Porcentaje de la muestra total.

Tabla 28: Resultados de análisis univariante. Variable dependiente: “Mantuvo abstinente”.

Variables	Total muestra	Hombres	Mujeres
Edad (β ; X^2 ; p)	-0.01;0.10; 0.758	0.01;0.01; 0.916	-0.03;0.29; 0.590
Número de hijos 2008 (β ; X^2 ; p)	-0.05;0.02; 0.893	-0.15; 0.07; 0.790	0.02; 0.00; 0.958
Número de hijos 2005 (β ; X^2 ; p)	-0.09; 0.07; 0.792	-0.06;0.01; 0.913	-0.12; 0.07; 0.797
Adaptación a su vida en España en 2008 (β ; X^2 ; p)	0.09; 0.20; 0.652	-0.35; 1.02; 0.314	0.38; 1.77; 0.184
Adaptación a su vida en España en 2005 (β ; X^2 ; p)	0.12; 0.34; 0.558	-0.56; 2.15; 0.142	0.56; 3.18; 0.074

**Tabla 29: Resultados de prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para toda la muestra.
Variable dependiente: puntuación total AUDIT (variable continua).**

Variables dicotómicas	MUESTRA TOTAL		
	n	Rango promedio	Z; p (bilateral) / p (unilateral)
Género			
Mujer	62	47.36	-3.49; 0.000
Hombre	51	68.72	
Tiene hijos 2008			
No	31	58.55	-0.31; 0.754
Si	82	56.41	
Tiene hijos 2005			
No	38	60.28	-0.77; 0.443
Si	75	55.34	
Consumo de tabaco en 2005			
No	80	54.73	-1.16; 0.246
Si	33	62.50	
Consumo de tabaco en 2008			
No	81	54.19	-1.23; 0.218
Si	31	62.53	
Consumo de cannabis en 2005			
No	110	56.19	-1.61; 0.107 / 0.119
Si	3	86.67	
Consumo de cannabis en 2008			
No	109	55.36	-2.26; 0.024 / 0.019
Si	3	97.83	
Consumo de cocaína en 2005			
No	113	57.00	--
Si	0 ^a	0.00	
Consumo de cocaína en 2008			
No	111	56.00	-1.74; 0.082 / 0.018
Si	1	112.00	
AUDIT ≥8 en 2005			
No	94	51.00	-4.39; 0.000
Si	19	86.68	

a. No es posible realizar la prueba de Mann-Whitney en grupos vacíos.

Tabla 30: Resultados de prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para toda la muestra. Variable dependiente: puntuación total AUDIT (variable continua).

Variables independientes categóricas	Toda la muestra N=113		
	n	Rango promedio	X ² ; p
País de nacimiento			
Argentina	13	51.15	3.72; 0.591
Bolivia	5	76.60	
Colombia	34	61.62	
Cuba	3	63.17	
Ecuador	55	53.49	
Uruguay	3	55.50	
Estados civil en 2005			
Soltero	49	57.60	2.85; 0.416
Casado	58	57.26	
Separado	4	64.38	
Divorciado	2	20.00	
Estado civil en 2008			
Soltero	35	57.03	2.33; 0.508
Casado	67	58.06	
Separado	5	52.60	
Divorciado	5	35.80	
Si estudia o trabaja 2008			
Estudio	2	31.00	2.92; 0.405
Trabajo	92	58.51	
Estudio y trabajo	10	59.65	
No hago nada	9	44.44	
Si estudia o trabaja 2005			
Estudio	5	38.60	2.59; 0.459
Trabajo	85	57.06	
Estudio y trabajo	10	54.50	
No hago nada	13	65.58	

Tabla 30: (continuación).

Satisfacción con trabajo/estudios en 2008			
Nada	4	64.38	3.02; 0.554
Poco	18	65.17	
Algo o normal	50	58.28	
Bastante	33	52.35	
No trabaja/no estudia	8	46.13	
Satisfacción con trabajo/estudios en 2005			
Nada	4	54.50	0.69; 0.876
Poco	39	55.44	
Bastante	61	56.96	
No trabajo/estudio	9	65.17	
Cuanto le gusta vivir en España 2005			
Nada	3	39.17	4.39; 0.356
Poco	6	81.00	
Algo	18	58.22	
Mucho	62	55.51	
Muchísimo	24	56.17	
Cuanto le gusta vivir en España 2008			
Nada	2	93.75	4.21; 0.378
Poco	10	64.90	
Algo	31	52.63	
Mucho	65	56.03	
Muchísimo	5	66.20	
Percibir discriminación o trato injusto en 2005			
Nada	43	50.10	4.79; 0.309
Poco	32	62.80	
Algo	27	62.06	
Mucho	8	48.44	
Muchísimo	3	71.33	

Tabla 31: Resultados ANOVA en toda la población. Variable dependiente: puntuación total AUDIT (variable continua).

Variables independientes continuas	En muestra total N=113		
	B	F	p
Edad en el 2008	- 0.08	5.08	0.026
Número de hijos en 2008	- 0.79	5.39	0.023
Número de hijos en 2005	- 0.76	4.02	0.049
Adaptación a su vida en España en 2008	- 0.03	0.03	0.874
Adaptación a su vida en España en 2005	- 0.01	0.00	0.964
Puntuación. AUDIT en 2005	0.47	52.59	0.000

Tabla 32: Resultados de prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney cada grupo de género. Variable dependiente: puntuación total AUDIT (variable continua).

Variables Dicotómicas	En Hombres N=51			En Mujeres N=62		
	n	Rango promedio	Z; p (bilateral) / p (unilateral)	n	Rango promedio	Z; p (bilateral) / p (unilateral)
Tiene hijos 2008						
No	15	26.80	-0.25; 0.803	16	31.00	-0.13; 0.895
Si	36	25.67		46	31.67	
Tiene hijos 2005						
No	19	28.66	-0.99; 0.322	19	30.11	-0.42; 0.677
Si	32	24.42		43	32.12	
Consumo de tabaco en 2005						
No	33	24.23	-1.16; 0.246	47	31.04	-0.36; 0.716
Si	18	29.25		15	32.93	
Consumo de tabaco en 2008						
No	36	24.39	-1.21; 0.228	45	29.63	-1.04; 0.301
Si	15	29.87		16	34.84	
Consumo de cannabis en 2005						
No	48	25.50	-0.97; 0.334/ 0.364(b)	62	31.50	
Si	3	34.00		0(a)	0.00	
Consumo de cannabis en 2008						
No	49	25.48	-1.25; 0.213 /0.245(b)	60	30.53	-1.66; 0.097 / 0.066(b)
Si	2	38.75		1	59.50	
Consumo de cocaína en 2005						
No	51	26.00	--	62	31.50	
Si	0(a)	0.00		0(a)	0.00	
Consumo de cocaína en 2008						
No	50	25.50	-1.71; 0.088 /0.039 (b)	61	31.00	
Si	1	51.00		0(a)	0.00	
AUDIT ≥8 en 2005						
No	39	22.29	-3.23; 0.001	55	29.75	-2.21; 0.027 /0.031(b)
Si	12	38.04		7	45.29	
AUDIT ≥7 en 2005						
No	37	21.38	-3.63; 0.000			
Si	14	38.21				
AUDIT ≥5 en 2005						
No	--	--	--	47	29.62	-1.50; 0.135
Si	--	--	--	15	37.40	

a. No es posible realizar la prueba de Mann-Whitney en grupos vacíos.

b. No corregidos para los empates.

Tabla 33: Resultados ANOVA por género. Variable dependiente: puntuación total AUDIT (variable continua).

Variables independientes continuas	En Hombres N=51			En Mujeres N=62		
	B	F	<i>p</i>	B	F	<i>p</i>
Edad en el 2008	- 0.12	4.17	0.047	- 0.07	4.26	0.043
Número de hijos en 2008	- 1.04	3.26	0.080	- 0.53	2.17	0.148
Número de hijos en 2005	- 1.10	2.55	0.121	- 0.47	1.48	0.231
Adaptación a su vida en España en 2008	0.20	0.22	0.640	- 0.31	3.76	0.057
Adaptación a su vida en España en 2005	- 0.12	0.06	0.801	- 0.05	0.09	0.760
Puntuación AUDIT en 2005	0.42	13.77	0.001	0.46	48.49	0.000

Tabla 34: Resultados de prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis por género. Variable dependiente: puntuación total AUDIT (variable continua).

Variables independientes categóricas	En Hombres N=51			En Mujeres N=62		
	n	Rango promedio	X ² ; p	n	Rango promedio	X ² ; p
País de nacimiento						
Argentina	5	16.40	5.74; 0.333	8	35.88	1.66; 0.894
Bolivia	3	30.67				
Colombia	16	30.31				
Cuba	1	41.00				
Ecuador	24	24.67				
Uruguay	2	17.00				
Estados civil en 2005						
Soltero	17	27.24	3.49; 0.322	32	32.58	0.84; 0.841
Casado	32	25.58				
Separado	1	41.00				
Divorciado	1	3.50				
Estado civil en 2008						
Soltero	13	26.54	2.56; 0.465	22	31.82	0.45; 0.929
Casado	34	26.94				
Separado	2	22.25				
Divorciado	2	10.25				
Si estudia o trabaja 2008						
Estudio	1	9.50	3.19; 0.363	1	22.00	1.42; 0.702
Trabajo	41	27.61				
Estudio y trabajo	7	21.71				
No hago nada	2	16.25				
Si estudia o trabaja 2005						
Estudio	1	33.50	2.23; 0.525	4	18.25	3.72; 0.293
Trabajo	38	26.30				
Estudio y trabajo	5	17.60				
No hago nada	7	29.29				

Tabla 34: (continuación).

Variables independientes categóricas	En Hombres N=51			En Mujeres N=62		
	n	Rango promedio	X ² ; p	n	Rango promedio	X ² ; p
Satisfacción con trabajo/estudios en 2008						
Nada	2	25.25	3.67; 0.453	2	43.50	2.64; 0.620
Poco	9	31.33		9	33.00	
Algo o normal	18	28.42		32	32.72	
Bastante	20	22.48		13	25.58	
No trabaja/no estudia	2	16.25		6	31.58	
Satisfacción con trabajo/estudios en 2005						
Nada	2	34.75	0.97; 0.810	2	14.00	2.98; 0.395
Poco	15	27.13		24	30.63	
Bastante	28	24.84		33	32.35	
No trabajo/estudio	6	25.67		3	40.83	
Cuanto le gusta vivir en España 2005						
Muchísimo	11	30.68	2.05; 0.726	13	25.77	6.16; 0.187
Mucho	28	24.05		34	32.35	
Algo	9	26.72		9	30.78	
Poco	2	28.75		4	49.25	
Nada	1	17.00		2	22.00	
Cuanto le gusta vivir en España 2008						
Muchísimo	5	24.70	4.53; 0.339	0	0	7.69; 0.053
Mucho	33	24.82		32	30.28	
Algo	10	31.05		21	27.17	
Poco	2	13.75		8	45.13	
Nada	1	45.50		1	52.50	
Percibir discriminación o trato injusto en 2005						
Nada	16	23.34	1.95; 0.582	27	29.72	2.14; 0.710
Poco	16	27.41		16	32.59	
Algo	15	28.97		12	31.04	
Mucho	4	19.88		4	30.38	
Muchísimo				3	45.00	

Tabla 35 : Resultados regresión logística con varias variables independientes. Variable dependiente: “mantuvo consumo *no* perjudicial”.

		B	Sig.	Exp(B)
Modelo A final ^a	Consumo de cannabis en 2008	-4.40	0.010	0.01
	Consumo de cocaína en 2008	-22.91	1.000	0.00
	Puntuación AUDIT en 2005	-0.90	0.000	0.41
Modelo B final ^b	Satisfacción con trabajo y estudios en 2008	0.97	0.128	2.63
	Puntuación AUDIT en 2005 (variable continua)	-0.84	0.000	0.43

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1 de Modelo A: género, Edad_2008, si estudia o trabaja en 2008, satisfacción con trabajo/estudios en el 2008, Adaptación a su vida en España en 2008, Consumo de cannabis en 2008, Consumo de cocaína en 2008, Puntuación audit en 2005 (variable continua).

b Variable(s) introducida(s) en el paso 1 de Modelo B: género, edad en el 2008, Si estudia o trabaja en 2008, Satisfacción con trabajo y estudios en 2008, Adaptación a su vida en España en 2008, , Consumo de cannabis en 2008, Puntuación AUDIT (variable continua) en 2005, número de hijos en 2008.

Tabla 36: Frecuencia y porcentaje de consumo de tabaco y otras sustancias ilegales.

Consumo de otras sustancias en el último año	En 2005			En 2008		
	Muestra total N=113 n; %	Mujeres N=62 n; %	Hombres N=51 n; %	Muestra total N=113 n; %	Mujeres (n=62) n; %	Hombres (n=51) n; %
Consumo tabaco						
Si	33; 29.2	15; 24.2	18; 35.3	31; 27.4	16; 25.8	15; 29.4
No	80; 70.8	47; 75.8	33; 64.7	82; 72.6	46; 74.2	36; 70.6
Consumo de cannabis						
Si	3; 2.7	0; 0	3; 5.9	3; 2.7	1; 1.6	2; 3.9
No	110; 97.3	62; 100	48; 94.1	110; 97.3	61; 98.4	49; 96.1
Consumo cocaína						
Si	0; 0	0; 0	0; 0	1; 0.9	0; 0	1; 2.0
No	113; 100	62; 100	51; 100	112; 99.1	62; 100	50; 98.0
Consumo otras sustancias						
Si	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0	0; 0
No	113; 100	62; 100	51; 100	113; 100	62; 100	51; 100

Tabla 37. Resultados de prueba de Independencia, en proporción de respuestas de consumo de tabaco y otras sustancias.

Resultados de Prueba de Independencia:	
En muestra total:	
Tabaco (si)	$X^2= 35,527; p=0.000$
Cannabis	$X^2= 11.112; p=0.001$
Cocaina ^a	--
En mujeres:	
Tabaco (si)	$X^2= 22.809; p=0.000$
Cannabis ^a	--
En hombres	
Tabaco (si)	$X^2: 13.464; p=0.001$
Cannabis	$X^2: 7.318; p=0.115$

^a No hay suficientes casos para realizar prueba estadística

Tabla 38: Características de los inmigrantes latinoamericanos entrevistados con entrevista semi-estructurada.

Código del sujeto	Sexo	País de procedencia	Edad	AUDIT en 2005	AUDIT en 2008	Percepción sobre su consumo desde la primera entrevista en el 2005	Consumo de tabaco
Grupo 1: Aumentó consumo^a (n=3)							
Sujeto 1	Mujer	Ecuador	25	2	5	Disminuyó	No
Sujeto 2	Hombre	Colombia	50	6	14	Mantuvo	No
Sujeto 3	Hombre	Ecuador	49	2	10	Disminuyó	Si, 2 ó 3 cigarrillos diarios.
Grupo 2: Disminuyó consumo^b (n=10)							
Sujeto 4	Hombre	Ecuador	23	15	5	Disminuyó	No
Sujeto 5	Mujer	Colombia	48	5	0	Disminuyó	No
Sujeto 6	Mujer	Ecuador	24	6	3	Disminuyó	Si, fuma ocasionalmente
Sujeto 7	Mujer	Ecuador	57	5	1	Mantuvo	No
Sujeto 8	Hombre	Ecuador	44	7	6	Disminuyó	Si, 1 cigarrillo diario
Sujeto 9	Hombre	Ecuador	36	11	3	Mantuvo	No
Sujeto 10	Hombre	Ecuador	35	9	4	Disminuyó	No
Sujeto 11	Mujer	Argentina	40	8	2	Mantuvo	Si, 1 paquete diario
Sujeto 12	Mujer	Colombia	26	7	1	Disminuyó	No
Sujeto 13	Mujer	Ecuador	39	10	1	Mantuvo	No
Grupo 3: Mantuvo consumo perjudicial^c (n=4)							
Sujeto 14	Mujer	Bolivia	20	23	15	Disminuyó	No
Sujeto 15	Hombre	Bolivia	30	20	14	Disminuyó	Si, 1 paquete diario
Sujeto 16	Hombre	Ecuador	30	12	10	Disminuyó	No
Sujeto 17	Hombre	Colombia	35	8	13	Disminuyó	No
Grupo 4: Mantuvo sin consumo perjudicial^d (n=5)							
Sujeto 18	Hombre	Argentina	53	1	1	Mantuvo	No
Sujeto 19	Mujer	Ecuador	39	1	4	Mantuvo	No
Sujeto 20	Mujer	Ecuador	25	1	2	Mantuvo	No
Sujeto 21	Mujer	Ecuador	34	3	4	Mantuvo	No
Sujeto 22	Hombre	Colombia	29	3	6	Disminuyó	Si (no especifica cantidad).
Grupo 5: Mantuvo Abstinencia (no consumo) (n=5)							
Sujeto 23	Hombre	Ecuador	33	0	0	Mantuvo	Si, 15 cigarrillos diarios.
Sujeto 24	Mujer	Colombia	26	0	0	Mantuvo	No
Sujeto 25	Hombre	Ecuador	31	0	0	Mantuvo	No
Sujeto 26	Hombre	Ecuador	38	0	0	Mantuvo	No
Caso con participación dudosa en el 2005^e							
Sujeto 27	Mujer	Colombia	36	-	0	Disminuyó	No

a. AUDIT ≤ 8 en el 2005, y AUDIT ≥ 8 en el 2008.

b. AUDIT ≥ 8 en el 2005, y AUDIT ≤ 8 en el 2008.

c. AUDIT ≥ 8 en el 2005 y en el 2008.

d. AUDIT ≤ 8 en el 2005 y en el 2008.

e. El sujeto 27 no fue incluido en los análisis cuantitativos, debido a que se dudaba de su participación en el 2005; sin embargo, las respuestas obtenidas en la entrevista semi-estructurada si fueron incluidas en el análisis cualitativo.

Tabla 39: Resultados de análisis cualitativo: Listado de temas emergentes de las 10 áreas temáticas principales.

1)	Factores asociados al consumo.
1.	Diversión, festejo, o reunión con amigos.
2.	Bajo precio de alcohol en España.
3.	No saber que influye, o nada influye para el consumo.
4.	Consumir para olvidar los problemas: “desconectar”, “relajarse”, o “calmar los nervios”.
5.	Problemas de pareja o conflictos familiares.
6.	Extrañar a la familia: estar lejos de la familia y no verlos.
7.	Soledad (por estar lejos de la familia y amigos en el país de origen).
8.	Estar sin trabajo o desempleado (conlleva a tener más tiempo de ocio para el consumo, o es un factor estresor que se busca olvidar a través del consumo).
9.	Percepción de mayor publicidad para el consumo en el entorno social español.
10.	Permisividad para el consumo de sustancias en España, junto con la pérdida de valores o costumbres del país de origen.
11.	Tener familiares que consumen excesivamente alcohol.
12.	Habitar en la cultura española donde es común socializar en torno a la bebida.
2)	Factores asociados a la reducción del consumo.
1.	Adquirir responsabilidades familiares y económicas.
2.	Aumentar la edad.
3.	Querer ser modelo o ejemplo para los hijos/as para el no consumo de alcohol y otras sustancias.
4.	No querer decepcionar o ser objeto de vergüenza de hijos/hijas por estar borracho/a.
5.	Cuidar la salud.
6.	Estabilizarse en una relación de pareja.
7.	No extrañar tanto a familiares y amigos en el país de origen.
8.	Haber observado o experimentado problemas relacionados con el consumo de alcohol (ej. conflictos familiares, accidentes).
9.	Percibir que se consume alcohol en exceso o con mucha frecuencia.
10.	No tener familiares o conocidos para salir.
11.	Haber adquirido el carnet de conducir (no se consume para evitar amonestaciones legales o evitar accidentes).
3)	Factores asociados al no consumo.
1.	Cuidar la salud.
2.	Querer estar bien o cuidarse.
3.	No influye nada.
4.	Cuidar y/o dedicar tiempo a los hijos y la familia.
5.	Recordar o ver personas con síntomas de adicción o problemas asociados al consumo.
6.	Haber adquirido durante la niñez valores y creencias relacionadas con el no consumo de alcohol y otras sustancias.
7.	Criarse en un entorno familiar donde no se consumía.
8.	Querer ser modelo o ejemplo para los hijos/as para el no consumo de alcohol y otras sustancias (para evitar que estos consuman en el futuro).
9.	No querer decepcionar o ser objeto de vergüenza de hijos/hijas por estar borracho/a.
10.	Tener hábito de divertirse sin incluir el consumo de alcohol.
11.	No tener gusto por las bebidas alcohólicas.
12.	Haber observado o experimentado problemas relacionados con el consumo de alcohol (ej. conflictos familiares, accidentes).
13.	Factor económico: falta de dinero, necesidad de ahorrar o pagar deudas.
14.	Actitud de no afrontar los problemas a través del consumo de alcohol y otras sustancias.
15.	Evitar conflictos de pareja, por el consumo de alcohol.
16.	Tener pareja que no consume alcohol.
17.	Tener trabajo, que conlleva a tener escaso tiempo de ocio para salir y consumir.

Tabla 39: (continuación).

18.	No querer defraudar o disgustar a los progenitores.
19.	Conducir vehículo (no se consume para evitar amonestaciones legales o evitar accidentes).
20.	Creer en Dios.
21.	Querer mantener el tipo de consumo.
22.	Ser inmigrante ilegal.
23.	Tener amigos latinoamericanos y/o tener contacto con el colectivo latinoamericano en España.
24.	Tener fuerza de decisión o carácter para decir “no” al consumo.
25.	Recibir consejos de familiares de no consumir.
26.	Recibir información a través de los medios de comunicación de que es negativo el consumo.
27.	Percibir que no se disfruta o “vive” plenamente cuando se consume.
28.	Percibir que “no se ve bien” el consumo excesivo.
29.	No querer consumir.
4)	Factores de la dinámica social contemporánea de España percibidos como precipitantes para el consumo de alcohol y otras drogas.
1.	Mayor consumo en España, comparado con el país de origen.
1B.	Prejuicio que existe por parte de muchos españoles, de que en latinoamérica o en el país de origen del entrevistado se consume con igual o mayor frecuencia drogas ilegales que en España.
2.	En la sociedad española es más libre el consumo de sustancias legales e ilegales.
3.	Temor de que los hijos/as crezcan en España y adquieran hábitos de consumo de sustancias.
4.	Falta de control del gobierno español en el tráfico o consumo de drogas.
5.	Forma de crianza o educación de hijos en España.
5.1	Se informa o comunica insuficientemente sobre las drogas a los hijos.
5.2	No se dedica suficiente tiempo a los hijos por el trabajo.
5.3	Los progenitores españoles suelen no comunicarse o prestar atención adecuada a los hijos.
5.4	Se otorga objetos o ganancias a los hijos sin que estos hayan realizado un esfuerzo por ellos.
6.	El consumo de drogas legales e ilegales como forma de recreación en jóvenes españoles.
7.	Más visibilidad y disponibilidad de las sustancias legales e ilegales en España.
8.	Se aborda el síntoma y no la raíz del problema del consumo de sustancias.
5)	Creencias sobre el alcohol y las drogas.
1.	Es peligroso el alcohol dependiendo del grado en que lo consumas.
2.	El Alcohol es peligroso especialmente para conducir.
3.	El alcohol es peligroso porque induce a consumir otras sustancias.
4.	Visión “fatalista” de la droga.
5.	Es bueno conocer las drogas, pero no probarlas.
6.	Las pastillas para dormir (tranquilizantes) pueden ser peligrosas.
7.	Las drogas empeoran los problemas.
6)	Percepción sobre los drogodependientes y de cómo han llegado al consumo de sustancias.
1.	Se cae en la adicción por conflictos familiares, y por falta de atención y afecto dentro de la familia.
2.	Se cae en la adicción por problemas en general (familiares, sociales y económicos).
3.	Se cae en la adicción por decisión propia.
4.	Se cae en la adicción dependiendo del gusto por la droga al probarla.
5.	Se llega al consumo, y posteriormente a la adicción, por la presión y búsqueda de la aprobación de los amigos (falta de carácter o personalidad).
6.	Por curiosidad, de conocer o probar la sustancia.
7.	Por falta de amor propio.
8.	Por no estar en comunión con Dios.
9.	Por haber recibido durante la infancia exceso de bienes, ganancias, o lo que se quiere.
10.	El drogodependiente puede llegar a delinquir.
11.	Cualquier persona puede ser consumidor o adicto, de cualquier estrato social y no necesariamente al margen de la sociedad.

Tabla 39: (continuación).

7)	Críticas y sugerencias sobre medidas preventivas para el consumo de alcohol y otras drogas en España.
7.1)	Críticas.
1.	Asustar a la gente no lo es todo.
2.	Existe más publicidad de promoción de la bebida que de prevención para el consumo.
3.	Existen solo campañas o medidas de prevención informativas.
4.	Es muy barato el consumo.
5.	No hay un rol más activo por parte de las familias.
6.	No existe suficiente control policial en el consumo de sustancias.
7.2)	Sugerencias sobre medidas preventivas relevantes de implantar en la comunidad.
1.	Más control policial para el consumo, venta y narcotráfico.
2.	Medidas preventivas dirigidas a las familias.
2.1	Concienciar a los progenitores sobre la importancia de la educación de hábitos y creencias para el no consumo de sustancias, y de tener mayor atención o cuidado de los hijos.
2.2	Multar a los progenitores de niños o jóvenes consumidores.
3.	Aumentar la publicidad para la prevención dirigida a niños y jóvenes.
4.	Campañas preventivas en los colegios, enfocadas para los niños o jóvenes desde temprana edad.
5.	Asistencia psicológica y médica a los jóvenes consumidores y sus familiares.
6.	Sobre los mensajes publicitarios para la prevención del consumo.
6.1	Mensajes que permitan tomar conciencia del daño que hace consumir.
6.2	Transmitir imágenes de personas drogodependientes experimentando problemas relacionados con el consumo de sustancias o síntomas de adicción.
6.3	Transmitir que no es necesario consumir alcohol u otras drogas: “No lo necesitas”.
6.4	Evitar mensajes moralistas o paternalistas.
7.	Promover la diversión sana en jóvenes.
8.	Aumentar el precio de las sustancias legales.
9.	Incentivar la creencia en Dios.
7.3)	Opiniones y sugerencias sobre las medidas prevención para los latinoamericanos inmigrantes.
1.	Elaboración de campañas educativas sobre los efectos del consumo de alcohol y el alcoholismo.
2.	Crear o habilitar más canchas deportivas, y establecer control policial para evitar el consumo de alcohol en ellas o sus alrededores.
3.	Iniciativas sociales para “ocupar el tiempo” de los desempleados, o los niños y jóvenes sin estudios.
4.	Realizar talleres o escuelas para padres o madres latinoamericanos, sobre las consecuencias del consumo excesivo de alcohol o alcoholismo.
5.	Realizar talleres de integración para los latinoamericanos.
6.	Realizar más eventos culturales y deportivos, en donde se de a conocer la cultura latinoamericana y permita ocupar el tiempo de los jóvenes latinoamericanos.
7.	Que exista medidas preventivas especialmente dirigidas a los niños o jóvenes latinoamericanos.
8.	Deportar al país de origen y poner sanciones elevadas de dinero, a consumidores o vendedores de sustancias ilegales.
7.4)	Las medidas de prevención pueden no ser efectivas.
1.	Depende en gran medida de la persona el prestar atención a los programas preventivos.
2.	Es difícil realizar campañas de prevención cuando hay intereses económicos de por medio.

Tabla 39: (continuación).

8)	La asistencia sanitaria para inmigrantes latinoamericanos con abuso o dependencia al alcohol.
1.	Pueden existir problemas para los inmigrantes ilegales, al momento de solicitar o recibir tratamiento.
2.	Necesitan regresar a sus países de origen más que recibir un tratamiento.
3.	Desconocen o no aceptan que padecen una enfermedad.
4.	No tener interés de acudir a tratamiento y estar empleado.
5.	Desconocer a donde acudir para tratamiento.
6.	Por temor o pena.
7.	Por discriminación.
8.	No tener interés para solicitar y asistir al tratamiento.
9.	Depende de si es un sistema de salud público o privado, tendrán problemas con el tratamiento.
9)	Consumo de tabaco.
9.1)	Factores asociados al aumento del consumo de tabaco.
1.	Preocupación por problemas familiares.
2.	Vender cigarrillos en cajas y no por unidades.
9.2)	Factores asociados a la disminución del consumo de tabaco.
1.	Tener hijos o estar más tiempo con los hijos.
2.	Estar con personas no fumadoras.
3.	Pensar “ya no es necesario” o indispensable fumar.
4.	Cuidar la salud.
10)	Discriminación percibida.
1.	Discriminación por raza o color de piel.
2.	Trato injusto o agresivo en el trabajo.
3.	No poder ejercer o tener dificultad para ejercer su profesión.
4.	Abuso de poder por parte de la policía.
5.	Sin embargo, no se puede generalizar.

Tabla 40: Factores de riesgo para el consumo (resumen de resultados cualitativos y cuantitativos).

FACTORES DE RIESGO	Variable dependiente* / grupo (muestra total; hombres; mujeres)
A. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
Género: Hombre	2) Mantenimiento del consumo perjudicial: <i>muestra total</i> 3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>muestra total</i> 3b) Mayores puntuaciones AUDIT: <i>muestra total</i>
Edad: menor	2) Mantenimiento del consumo perjudicial: <i>muestra total; hombres</i> 3b) Mayores puntuaciones AUDIT: <i>muestra total; hombres; mujeres</i> 3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>mujeres</i>
Hijos: Menor número en el 2005	3b) Mayores puntuaciones AUDIT: <i>muestra total</i> 2) Mantenimiento del consumo perjudicial: <i>muestra total</i> 3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>hombres</i>
Hijos: Menor número en el 2008	3b) Mayores puntuaciones AUDIT: <i>muestra total</i> 2) Mantenimiento del consumo perjudicial: <i>muestra total</i> 3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>hombres</i>
Estar sin trabajo: (conlleva a tener más tiempo de ocio para el consumo, o es un factor estresor que se busca olvidar a través del consumo). ¥	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> £
B. FACTORES INDIVIDUALES/COGNITIVOS	
Gusto por vivir en España en 2005: <i>menor</i> o poco gusto. ¥	3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>mujeres</i> 2) Mantenimiento del consumo perjudicial: <i>mujeres</i>
Adaptación de su vida en España en 2008: menor adaptación. ¥	3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>mujeres</i> 2) Mantenimiento del consumo perjudicial: <i>mujeres</i>

* Variables dependientes: 1) Aumento del consumo; 2) Mantenimiento del consumo perjudicial; 3) Consumo perjudicial en el 2008; 3b) Mayores puntuaciones AUDIT; 3c) Percibidos como asociados al consumo.

£ Resultado de análisis cualitativo de entrevistas semi-estructuradas.

¥ Relacionados con el proceso migratorio

§ Valores casi significativos

Tabla 40: (continuación).

C. FACTORES INDIVIDUALES: RELACIONADOS CON EL CONSUMO	
Motivo para el consumo: Consumir para olvidar los problemas: “desconectar”, “relajarse”, o “calmar los nervios”. [¥]	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]
Motivo para el consumo: Diversión, festejo, o reunión con amigos.	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]
Consumo de tabaco en 2005	3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>mujeres</i>
Consumo de tabaco en el 2008	1) Aumento del consumo: <i>muestra total</i>
Consumo de cannabis en el 2005	2) Mantenimiento del consumo perjudicial: <i>hombres</i>
Consumo de cannabis en el 2008	1) Aumento del consumo: <i>mujeres</i> 3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>muestra total</i> 3b) Mayores puntuaciones AUDIT: <i>muestra total</i>
Consumo de cocaína en el 2008	1) Aumento del consumo: <i>muestra total; hombres</i> 3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>muestra total</i> 3b) Mayores puntuaciones AUDIT: <i>muestra total; hombres</i>
Consumo perjudicial (AUDIT positivo) en el 2005	3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>muestra total; hombres</i> 3b) Mayores puntuaciones AUDIT: <i>muestra total; hombres</i>
Puntuación AUDIT en el 2005: mayores puntuaciones	2) Mantenimiento del consumo perjudicial: <i>muestra total; hombres; mujeres.</i> 3) Consumo perjudicial en el 2008: <i>muestra total; hombres; mujeres</i> 3b) Mayores puntuaciones AUDIT: <i>muestra total; hombres; mujeres.</i>
D. FACTORES INTERPERSONALES/SOCIALES	
Problemas de pareja o conflictos familiares.	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]
Extrañar a la familia: estar lejos de la familia y no verlos. [¥]	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]
Soledad (por estar lejos de la familia y amigos en el país de origen). [¥]	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]
Tener familiares que consumen excesivamente alcohol.	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]
E. FACTORES AMBIENTALES O DEL ENTORNO SOCIAL ESPAÑOL.	
Percibir discriminación o trato injusto en el 2005 [¥]	1) Aumento del consumo: <i>hombres; mujeres.</i>
Bajo precio de alcohol en España.	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]
Percepción de mayor publicidad para el consumo en el entorno social español.	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]
Permisividad para el consumo de sustancias en España, junto con la pérdida de valores o costumbres del país de origen.	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]
Habitar en la cultura española donde es común socializar en torno a la bebida.	3c) Percibidos como asociados al consumo: <i>muestra total</i> [£]

* Variables dependientes: 1) Aumento del consumo; 2) Mantenimiento del consumo perjudicial; 3) Consumo perjudicial en el 2008; 3b) Mayores puntuaciones AUDIT; 3c) Percibidos como asociados al consumo; [£] Resultado de análisis cualitativo de entrevistas semi-estructuradas; [¥] Relacionados con el proceso migratorio; [§] Valores casi significativos.

Tabla 41: Factores Protectores para el consumo (resumen de resultados cualitativos y cuantitativos).

FACTORES PROTECTORES	Variable dependiente* / grupo (muestra total; hombres; mujeres)
A. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
Género: mujer	4) Disminución del consumo: <i>muestra total</i> . 5) Mantenimiento del consumo no perjudicial: <i>muestra total</i> .
Hijos en el 2005: las que <i>si</i> tienen hijos respecto las que no tienen hijos.	6) Mantenimiento de la abstinencia o no consumo: <i>mujeres</i>
Hijos: mayor número en el 2008.	4) Disminución del consumo: <i>mujeres</i> 5) Mantenimiento del consumo no perjudicial: <i>hombres</i>
Ocupación en 2008: más probabilidad si estudian y trabajan vs. solo estudian, o no hacen nada.	4) Disminución del consumo: <i>mujeres</i>
Tener trabajo, que conlleva a tener escaso tiempo de ocio para salir y consumir.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Aumentar la edad.	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £
Estabilizarse en una relación de pareja.	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £
Factor económico: falta de dinero, necesidad de ahorrar o pagar deudas.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Adquirir responsabilidades familiares y económicas.	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £
Ser inmigrante ilegal. ¥	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
B. FACTORES INDIVIDUALES/COGNITIVOS	
Cuidar la salud, y querer estar bien.	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £ 8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Adaptación de su vida en España en 2008: <i>mayor</i> adaptación. ¥	5) Mantenimiento del consumo no perjudicial: <i>mujeres</i>
Gusto por vivir en España en el 2005: <i>mayor</i> gusto. ¥	5) Mantenimiento del consumo no perjudicial: <i>mujeres</i> 6) Mantenimiento de la abstinencia o no consumo: <i>muestra total; mujeres</i>
Creer en Dios.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
C. FACTORES INDIVIDUALES: RELACIONADOS CON EL CONSUMO	
Querer mantener el tipo de consumo.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Haber observado o experimentado problemas relacionados con el consumo de alcohol (ej. conflictos familiares, accidentes).	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £ 8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Recordar o ver personas con síntomas de adicción o problemas asociados al consumo.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £

* Variable dependientes: 4) Disminución del consumo; 4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo, 5) Mantenimiento del consumo no perjudicial; 6) Mantenimiento de la abstinencia o no consumo; 7) Consumo no perjudicial; 8) Percibido como asociado a no consumir.

£ Resultado de análisis cualitativo de entrevistas semi-estructuradas.

¥ Relacionados con el proceso migratorio.

Tabla 41: (continuación).

C. FACTORES INDIVIDUALES: RELACIONADOS CON EL CONSUMO	
Haber adquirido durante la niñez valores y creencias relacionadas con el no consumo de alcohol y otras sustancias.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
No querer consumir.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Actitud de no afrontar los problemas a través del consumo de alcohol y otras sustancias.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
No tener gusto por las bebidas alcohólicas.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Criarse en un entorno familiar donde no se consumía.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Tener fuerza de decisión o carácter para decir “no” al consumo.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Percibir que no se disfruta o “vive” plenamente cuando se consume.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Percibir que se consume alcohol en exceso o con mucha frecuencia.	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £
Puntuación AUDIT en el 2005: menores puntuaciones	5) Mantenimiento del consumo no perjudicial: <i>muestra total; hombres; mujeres</i>
D. FACTORES INTERPERSONAL/SOCIAL	
Querer ser modelo o ejemplo para los hijos/as para el no consumo de alcohol y otras sustancias (para evitar que estos consuman).	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £ 8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Cuidar y/o dedicar tiempo a los hijos y la familia.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
No querer decepcionar o ser objeto de vergüenza de hijos/hijas por estar borracho/a.	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £
No extrañar tanto a familiares y amigos en el país de origen. ¥	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £
No tener familiares o conocidos para salir.	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £
Tener hábito de divertirse sin incluir el consumo de alcohol.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Evitar conflictos de pareja, por el consumo de alcohol.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Tener pareja que no consume alcohol.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
No querer defraudar o disgustar a los progenitores.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Recibir consejos de familiares de no consumir.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Tener amigos latinoamericanos y/o tener contacto con el colectivo latinoamericano en España. ¥	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £

* Variable dependientes: 4) Disminución del consumo; 4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo, 5) Mantenimiento del consumo no perjudicial; 6) Mantenimiento de la abstinencia o no consumo; 7) Consumo no perjudicial; 8) Percibido como asociado a no consumir.

£ Resultado de análisis cualitativo de entrevistas semi-estructuradas.

¥ Relacionados con el proceso migratorio.

Tabla 41: (continuación).

E. FACTORES AMBIENTALES O DEL ENTORNO SOCIAL ESPAÑOL.	
Recibir información a través de los medios de comunicación de que es negativo el consumo.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Percibir que “no se ve bien” el consumo excesivo.	8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £
Conducir vehículo o haber adquirido el carnet de conducir (no se consume para evitar amonestaciones legales o evitar accidentes).	4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo: <i>muestra total</i> £ 8) Percibido como asociado a no consumir: <i>muestra total</i> £

* Variable dependientes: 4) Disminución del consumo; 4b) Percibido como asociado a la disminución del consumo, 5) Mantenimiento del consumo no perjudicial; 6) Mantenimiento de la abstinencia o no consumo; 7) Consumo no perjudicial; 8) Percibido como asociado a no consumir.

£ Resultado de análisis cualitativo de entrevistas semi-estructuradas.

¥ Relacionados con el proceso migratorio.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Abbey, A., Smith, M. J., & Scott, R. O. (1993). The relationship between reasons for drinking alcohol and alcohol consumption: An interactional approach. *Addictive Behaviors, 18*, 659-670.
- Abel, E. L., & Kruger, M. (2002). Physician attitudes concerning legal coercion of pregnant alcohol and drug abusers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186*(4), 768-772.
- Acevedo-Garcia, D., Pan, J., Jun, H. J., Osypuk, T. L., & Emmons, K. M. (2005). The effect of immigrant generation on smoking. *Social Science & Medicine, 61*(6), 1223-1242.
- Adrian, M. (2002). A critical perspective on cross-cultural contexts for addiction and multiculturalism: their meanings and implications in the substance use field. *Substance Use & Misuse, 37*(8-10), 853-900.
- Ahlstrom, S., Bloomfield, K., & Knibbe, R. (2001). Gender Differences in Drinking Patterns in Nine European Countries: Descriptive Findings. *Substance Abuse, 22*(1), 69-85.
- Akerlind, I., Hornquist, J. O., & Hansson, B. (1987). Loneliness correlates in advanced alcohol abusers. I. Social factors and needs. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 15*(3), 175-183.
- Alaniz, M. L., Treno, A. J., & Saltz, R. F. (1999). Gender, acculturation, and alcohol consumption among Mexican Americans. *Substance Use & Misuse, 34*(10), 1407-1426.
- Alderete, E., Vega, W. A., Kolody, B., & Aguilar-Gaxiola, S. (2000). Effects of time in the United States and Indian ethnicity on DSM-III-R psychiatric disorders among Mexican Americans in California. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(2), 90-100.
- Alegria, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., Vila, D., et al. (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. Latino groups. *American Journal of Psychiatry, 165*(3), 359-369.
- Alegria, M., Canino, G., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Nativity and DSM-IV psychiatric disorders among Puerto Ricans, Cuban Americans, and non-Latino Whites in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(1), 56-65.
- Alva, S. A. (1995). Psychological Distress and Alcohol-Use in Hispanic Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 24*(4), 481-497.
- Álvarez, F. J. (2008). Alcohol, consumo de riesgo, impulsividad y desarrollo de dependencia del alcohol. *Trastornos Adictivos, 10*(4), 224-225.

- Alvarez, D., & Bean, F. D. (1976). The Mexican American family. En C. H. Mindel & R. Haberstein (Eds.), *Ethnic families in America*. New York: Elsevier.
- Amaral-Dias, C. A., Vicente, T. N., Cabrita, M. F., & de Mendon, A. R. (1984). Transplantation, identity, and drug addiction. *Bulletin on Narcotics*, 33, 21–26.
- Amaro, H., & Hardy-Fanta, C. (1995). Gender relations in addiction and recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(4), 325-337.
- Amaro, H., Whitaker, R., Coffman, G., & Heeren, T. (1990). Acculturation and marijuana and cocaine use: findings from HHANES 1982-84. *American Journal of Public Health*, 80 Suppl, 54-60.
- Anders, H. (2001). High use of sedatives and hypnotics in ethnic minorities in Sweden. *Ethnicity & Health*, 6, 5-11.
- Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C., & Wallace, P. (1993). The risk of alcohol. *Addiction*, 88(11), 1493-1508.
- Anglin, M. D., Booth, M. W., Kao, C. F., Harlow, L. L., & Peters, K. (1987). Similarity of behavior within addict couples. Part II. Addiction-related variables. *International Journal of the Addictions*, 22(7), 583-607.
- Arango Vila-Belda, J. (2004). La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. En Fundación Fernando Abril Martorell, *Informe sobre la situación demográfica en España 2004* (pp. 161-186). Madrid: Fundación Fernando Abril Martorell.
- Arellano, C. M., Chavez, E. L., & Deffenbacher, J. L. (1998). Alcohol use and academic status among Mexican American and white non-Hispanic adolescents. *Adolescence*, 33(132), 751-760.
- Arroyo, J. A., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (2003). The influence of Hispanic ethnicity on long-term outcome in three alcohol-treatment modalities. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(1), 98-104.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington, DC: Autor.
- Atxotegui, J. (2003). *Aspectos psicológicos de la migración: estrés y duelo migratorio*. Paper presented at the XV Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, Peñíscola.
- Babor, T., Campbell, R. T., Room, R., & Saunders, J. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneva: World Health Organization.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Bachman, J. G., Wallace, J. M., Jr., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., Kurth, C. L., & Neighbors, H. W. (1991). Racial/Ethnic differences in smoking, drinking, and illicit drug use among American high school seniors, 1976-89. *American Journal of Public Health, 81*(3), 372-377.
- Balls-Organista, P., Organista, K., & Kurasaki, K. (2002). The relationship between acculturation and ethnic minority health. En K. M. Chun, P. Balls-Organista, G. Marin & S. Sue (Eds.), *Acculturation: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research* (pp. 139-161). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnow, S., Schuckit, M. A., Lucht, M., John, U., & Freyberger, H. J. (2002). The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: a path analysis. *Journal of Studies on Alcohol, 63*(3), 305-315.
- Bazargan, S., Sherkat, D. E., & Bazargan, M. (2004). Religion and alcohol use among African-American and Hispanic inner-city emergency care patients. *Journal for the Scientific Study of Religion, 43*(3), 419-428.
- Beck, K. H., & Bargman, C. J. (1993). Investigating Hispanic adolescent involvement with alcohol: a focus group interview approach. *Health Education Research, 8*(2), 151-158.
- Beckman, L. J., & Amaro, H. (1986). Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 47*(2), 135-145.
- Berry, J. W. (2003). Conceptual approaches to acculturation. En K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marin (Eds.), *Acculturation: Advances in Theory, Measurement and Applied Research* (pp. 17-37). Washington, DC: [American Psychological Association](#).
- Berry, J. W., & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. En J. M. Berry, M. H. Segall & C. Kagitcibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Social behavior and applications* (2 ed., pp. 291-326). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Betancourt, H., & Lopez, S. R. (1993). The study of culture, ethnicity and race in American psychology. *American Psychologist, 48*, 629-637.
- Blake, S. M., Ledsky, R., Goodenow, C., & O'Donnell, L. (2001). Recency of immigration, substance use, and sexual behavior among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health, 91*(5), 794-798.
- Bogensneider, K. (1996). An ecological risk/protective theory for building prevention programs, policies, and community capacity to support youth. *Family Relations, 45*, 127-138.
- Born, D. O. (1970). Psychological adaptation and development under acculturative stress. *Social Science and Medicine, 3*, 529-547.

- Borsari, B., & Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 728-733.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y. A., Szatmari, P., Fleming, J. E., & Links, P. S. (1992). Predicting substance use in late adolescence: results from the Ontario Child Health Study follow-up. *American Journal of Psychiatry, 149*(6), 761-767.
- Brienza, R. S., & Stein, M. D. (2002). Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist? *Journal of General Internal Medicine, 17*(5), 387-397.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology, 22*, 723-742.
- Brook, J. S., Duan, T., Brook, D. W., & Ning, Y. (2007). Pathways to nicotine dependence in African American and Puerto Rican young adults. *American Journal on Addictions, 16*(6), 450-456.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Balka, E. B., Win, P. T., & Gursen, M. D. (1997). African-American and Puerto Rican drug use: a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(9), 1260-1268.
- Brooks, A. J., Stuewig, J., & LecRoy, C. W. (1998). A family based model of Hispanic adolescent substance use. *Journal of Drug Education, 28*(1), 65-86.
- Brown, E. J., Hill, M. A., & Giroux, S. A. (2004). "A 28-day program ain't helping the crack smoker"--perceptions of effective drug abuse prevention interventions by north central Florida African Americans who use cocaine. *Journal of Rural Health, 20*(3), 286-295.
- Brown, V. L., & Riley, M. A. (2005). Social support, drug use, and employment among low-income women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 31*(2), 203-223.
- Burnam, M. A., Hough, R. L., Karno, M., Escobar, J. I., & Telles, C. A. (1987). Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *Journal of Health and Social Behavior, 28*(1), 89-102.
- Cabassa, L. J. (2003). Measuring acculturation: where we are and where we need to go. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 25*(2), 127-146.
- Caetano, R. (1984). Ethnicity and drinking in northern California: a comparison among whites, blacks and Hispanics. *Alcohol and Alcoholism, 19*(1), 31-44.
- Caetano, R. (1990). Hispanic drinking in the US: thinking in new directions. *British Journal of Addiction, 85*(10), 1231-1236.
- Caetano, R., & Clark, C. L. (1998). Trends in alcohol consumption patterns among whites, blacks and Hispanics: 1984 and 1995. *Journal of Studies on Alcohol, 59*(6), 659-668.

- Caetano, R., & Herd, D. (1988). Drinking in different social contexts among white, black, and Hispanic men. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 61(3), 243-258.
- Caetano, R., & Kaskutas, L. A. (1995). Changes in drinking patterns among whites, blacks and Hispanics, 1984-1992. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(5), 558-565.
- Caetano, R., & Mora, M. E. (1988). Acculturation and drinking among people of Mexican descent in Mexico and the United States. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(5), 462-471.
- Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., Caetano Vaeth, P. A., & Harris, T. R. (2007). Acculturation stress, drinking, and intimate partner violence among Hispanic couples in the U.S. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(11), 1431-1447.
- Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., & Rodriguez, L. A. (2008). The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): rates and predictors of alcohol abuse and dependence across Hispanic national groups. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(3), 441-448.
- Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., Wallisch, L. S., McGrath, C., & Spence, R. T. (2008). Acculturation, drinking, and alcohol abuse and dependence among Hispanics in the Texas-Mexico border. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(2), 314-321.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E., & Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas: Utopía y realidad*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Montserrat, J., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., et al. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17(3), 193-202.
- Canino, G. (1994). Alcohol use and misuse among Hispanic women: selected factors, processes, and studies. *International Journal of the Addictions*, 29(9), 1083-1100.
- Canino, G., Anthony, J. C., Freeman, D. H., Jr., Shrout, P., & Rubio-Stipec, M. (1993). Drug abuse and illicit drug use in Puerto Rico. *American Journal of Public Health*, 83(2), 194-200.
- Caplan, S. (2007). Latinos, acculturation, and acculturative stress: a dimensional concept analysis. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(2), 93-106.
- Capraro, R. L. (2000). Why college men drink: Alcohol, adventure, and the paradox of masculinity *Journal of American College Health*, 48, 307-315.
- Carroll, K. M., Power, M. E., Bryant, K., & Rounsaville, B. J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. Psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 71-79.
- Carter, T. M. (1998). The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(5), 409-413.

- Bureau of the Census (2004). Census Bureau Projects Tripling of Hispanic and Asian Populations in 50 Years; Non-Hispanic Whites May Drop To Half of Total Population, March 18, 2004. Washington, DC: Autor.
- Cervantes, R. C., Padilla, A. M., & Salgado de Snyder, N. (1990). The Hispanic Stress Inventory: A culturally relevant approach to psychosocial assessment. *Psychological Assessment, 3*(3), 438-447.
- Clark, L. (2002). Mexican-origin mothers' experiences using children's health care services. *Western Journal of Nursing Research, 24*, 159-179.
- Coatsworth, J. D., Pantin, H., McBride, C., Briones, E., Kurtines, W., & Szapocznik, J. (2002). Ecodevelopmental correlates of behavior problems in young Hispanic females. *Applied Developmental Science, 6*, 126-143.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 990-1005.
- Corbin, W. R., Vaughan, E. L., & Fromme, K. (2008). Ethnic differences and the closing of the sex gap in alcohol use among college-bound students. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(2), 240-248.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Barber, J. P., Gallop, R., Beck, A. T., Mercer, D., et al. (2003). Mediators of outcome of psychosocial treatments for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 918-925.
- Cuellar, I. (2002). Mexican-origin migration in the U.S. and mental health consequences. *JSRI Occasional paper #40*. East Lansing, MI : JSRI, Michigan State University.
- Cuellar, I., Arnold, B., & Maldonado, R. (1995). Acculturation rating scale for Mexican Americans–II: a revision of the original ARSMA Scale. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 17*(3), 275–304.
- Cuellar, I., Bastida, E., & Braccio, S. M. (2004). Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older Mexican-origin sample *Journal of Aging and Health 16*(4), 447-466.
- Chandler, C. R., Tsai, T. M., & Wharton, R. (1999). Twenty years after: Replicating a study of Anglo- and Mexican-American cultural values. *Social Science Journal, 36*(2), 353-367.
- Chassin, L., Pillow, D. R., Curran, P. J., Molina, B. S., & Barrera, M., Jr. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: a test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(1), 3-19.

- Cherpitel, C. J., & Rodríguez-Martos, A. (2005). Cribado de problemas de alcohol e intervención breve en urgencias: una oportunidad para la prevención. *Adicciones*, 17(3), 181-192.
- Dalla, R. I., & Christensen, A. (2005). Latino immigrants describe residence in rural midwestern meatpacking communities: A longitudinal assessment of social and economic change. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 27(1), 23-41.
- Dawes, M. A., Antelman, S. M., Vanyukov, M. M., Giancola, P., Tarter, R. E., Susman, E. J., et al. (2000). Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(1), 3-14.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., & Ruan, W. J. (2005). The association between stress and drinking: modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 453-460.
- De La Rosa, M., Rugh, D., & Rice, C. (2006). An analysis of risk domains associated with drug transitions of active Latino gang members. *Journal of Addictive Diseases*, 25(4), 81-90.
- De la Rosa, M., Vega, R., & Radisch, M. A. (2000). The role of acculturation in the substance abuse behavior of African-American and Latino adolescents: advances, issues, and recommendations? *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 33-42.
- De la Rosa, M. R., & White, M. S. (2001). A review of the role of social support systems in the drug use behavior of Hispanics. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(3), 233-240.
- Denner, J., Kirby, D., Coyle, K., & Brindis, C. (2001). The protective role of social capital and cultural norms in Latino communities: A study of adolescent births. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 23(1), 3-21.
- Denny, C. H., Serdula, M. K., Holtzman, D., & Nelson, D. E. (2003). Physician advice about smoking and drinking: are U.S. adults being informed? *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 71-74.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7(2), 133-142.
- Dielman, T. E., Butchart, A. T., Shope, J. T., & Miller, M. (1990). Environmental correlates of adolescent substance use and misuse: implications for prevention programs. *International Journal of the Addictions*, 25(7A-8A), 855-880.
- Doménech, J. M., & Navarro, J. B. (2006). *Regresión logística binaria, multinomial, de Poisson y binomial negativa*. Barcelona: Signo.
- Domingo i Valls, A., & Recaño Valverde, J. (2007). Perfil demográfico de la población extranjera en España. En E. Aja Fernandez, Arango Vila-Belda, J. (Ed.), *La inmigración*

- en España en 2006. *Anuario de Inmigración y Políticas de Inmigración*. Barcelona: Cidob Ediciones.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., Biglan, A., & Ary, D. (1998). Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 50(1), 57-71.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Hops, H. (1998). Progressions of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescence. . *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 375-388.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., et al. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. USA: Oxford University Press.
- Elder, J. P., Campbell, N. R., Litrownik, A. J., Ayala, G. X., Slymen, D. J., Parra-Medina, D., et al. (2000). Predictors of cigarette and alcohol susceptibility and use among Hispanic migrant adolescents. *Preventive Medicine*, 31(2), 115-123.
- Ellickson, P. L., Hays, R. D., & Bell, R. M. (1992). Stepping through the drug use sequence: longitudinal scalogram analysis of initiation and regular use. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 441-451.
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion health connection: Evidence, theory, and future directions *Health Education and Behavior* 25, 700–720.
- Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Diaz, T. (1999). Etiology of alcohol use among Hispanic adolescents - Sex-specific effects of social influences to drink and problem behaviors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(10), 1077-1084.
- Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Diaz, T. (2001). Alcohol use among Dominican and Puerto Rican adolescents residing in New York city: Role of Hispanic group and gender. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(2), 113-118.
- Escobar, J. I. (1998). Immigration and mental health: why are immigrants better off? *Archives of General Psychiatry*, 55, 782.
- Felix-Ortiz, M., Fernandez, A., & Newcomb, M. D. (1998). The role of intergenerational discrepancy of cultural orientation in drug use among Latina adolescents. *Substance Use & Misuse*, 33(4), 967-994.
- Finch, B. K., Catalano, R. C., Novaco, R. W., & Vega, W. A. (2003). Employment frustration and alcohol abuse/dependence among labor migrants in California. *Journal of Immigrant Health*, 5, 181–186.
- Finch, B. K., & Vega, W. A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 109-117.

- Finn, P. R., Sharkansky, E. J., Brandt, K. M., & Turcotte, N. (2000). The effects of familial risk, personality, and expectancies on alcohol use and abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 122-133.
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Looking back on cocaine dependence: reasons for recovery. *American Journal on Addictions, 12*(5), 398-411.
- Ford, J. M. (2006). Some implications of denominational heterogeneity and church attendance for alcohol consumption among Hispanics. *Journal for the Scientific Study of Religion, 45*(2), 253-267.
- Gailly, A. (1997). Turkish immigrants in Belgium. En I. Al-Issa & M. Tousignant (Eds.), *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology* (pp. 147–168). New York: Plenum Press.
- Gfroerer, J., & De La Rosa, M. (1993). Protective and risk factors associated with drug use among Hispanic youth. *Journal of Addictive Diseases, 12*(2), 87-107.
- Gfroerer, J. C., & Tan, L. L. (2003). Substance use among foreign-born youths in the United States: does the length of residence matter? *American Journal of Public Health, 93*(11), 1892-1895.
- Gfroerer, J. C., & Tan, L. L. (2003). Substance Use Among Foreign-Born Youths in the United States: Does the Length of Residence Matter? *American Journal of Public Health, 93*(11), 1892–1895.
- Gil, A. G., Wagner, E. F., & Tubman, J. G. (2004). Culturally sensitive substance abuse intervention for Hispanic and African American adolescents: empirical examples from the Alcohol Treatment Targeting Adolescents in Need (ATTAIN) Project. *Addiction, 99*, 140-150.
- Gil, A. G., Wagner, E. F., & Vega, W. A. (2000). Acculturation, familism, and alcohol use among Latino adolescent males: longitudinal relations *Journal of Community Psychology, 28*(4), 443–458.
- Glazer, N., & Moynihan, D. P. (1963). *Beyond the melting pot: the negroes, Puerto Ricans, Jews, Italians, and irish of New York City* Cambridge, Massachusetts: The M. I. T. Press and Harvard University Press
- Gonzales, P. B. (1993). Historical Poverty, Restructuring Effects, and Integrative Ties: Mexican American Neighborhoods in a Peripheral Sunbelt Economy. En J. Moore & R. Pinderhughes (Eds.), *In the Barrios: Latinos and the Underclass Debate*. New York: Russell Sage Foundation.
- Gorelick, D. A. (1992). Progression of dependence in male cocaine addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 18*(1), 13-19.

- Graham, K., & Wells, S. (2003). 'Somebody's gonna get their head kicked in tonight!': aggression among young males in bars—a question of values? *British Journal of Criminology*, *43*, 546-567.
- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, *9*, 103-110.
- Grant, B. F., & Harford, T. C. (1989). The relationship between ethanol intake and DSM-III alcohol use disorders: a cross-perspective analysis. *Journal of Substance Abuse*, *1*, 231-252.
- Grant, B. F., & Harford, T. C. (1990). The relationship between ethanol intake and DSM-III-R alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, *51*(5), 448-456.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., & Harford, T. C. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *Journal of Substance Abuse*, *13*(4), 493-504.
- Gregoire, T. K., & Snively, C. A. (2001). The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in a long-term recovery program for women. *Journal of Drug Education*, *31*(3), 221-237.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., & Scheier, L. M. (2006). Racial/ethnic differences in the protective effects of self-management skills on adolescent substance use. *Substance Abuse*, *27*(1-2), 47-52.
- Grossberg, P. M., Brown, D. D., & Fleming, M. F. (2004). Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *Annals of Family Medicine*, *2*(5), 474-480.
- Grossman, M., Chaloupka, F. J., & Shim, K. (2002). Illegal drug use and public policy. *Health Affairs (Millwood)*, *21*(2), 134-145.
- Grzywacz, J. G., Quandt, S. A., Isom, S., & Arcury, T. A. (2007). Alcohol use among immigrant Latino farmworkers in North Carolina. *American Journal of Industrial Medicine*, *50*(8), 617-625.
- Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., & Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*, *37*(6), 591-596.
- Halme, J. T., Seppa, K., Alho, H., Pirkola, S., Poikolainen, K., Lonnqvist, J., et al. (2008). Hazardous drinking: prevalence and associations in the Finnish general population. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *32*(9), 1615-1622.

- Hall, S. M., Havassy, B. E., & Wasserman, D. A. (1991). Effects of commitment to abstinence, positive moods, stress, and coping on relapse to cocaine use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(4), 526-532.
- Hanninen, V., & Koski-Jannes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction, 94*(12), 1837-1848.
- Hardesty, M., & Black, T. (1999). Mothering through addiction: a survival strategy among Puerto Rican addicts. *Qual Health Res, 9*(5), 602-619.
- Harris, K. M. (1999). The health status and risk behaviors of adolescents in immigrant families. . En D. J. Hernandez (Ed.), *Children of Immigrants: Health, Adjustment, and Public Assistance* (pp. 286–347). Washington, DC: National Academy Press.
- Havassy, B. E., Wasserman, D. A., & Hall, S. M. (1993). Relapse to cocaine use: conceptual issues. *NIDA Res Monogr, 135*, 203-217.
- Hawkins, J. D., Catalano, R., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*(1), 64-105.
- Herd, D., & Grube, J. (1996). Black identity and drinking in the US: a national study. *Addiction, 91*(6), 845-857.
- Hill, T. D., & Angel, R. J. (2005). Neighborhood disorder, psychological distress, and heavy drinking. *Social Science & Medicine, 61*, 965-975.
- Hiott, A., Grzywacz, J. G., Arcury, T. A., & Quandt, S. A. (2006). Gender differences in anxiety and depression among immigrant Latinos *Families, Systems, & Health, 24*(2), 137-146.
- Hjern, A., & Allebeck, P. (2004). Alcohol-related disorders in first- and second-generation immigrants in Sweden: a national cohort study. *Addiction, 99*(2), 229-236.
- Holmila, M., & Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction, 100*(12), 1763-1769.
- Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 6*(2), 134-151.
- Hovey, J. D., & King, C. A. (1996). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(9), 1183-1192.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., & McGlothlin, W. (1987). Sex differences in addict careers. 1. Initiation of use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13*(1-2), 33-57.
- Hunt, G. P., & Laidler, K. J. (2001). Alcohol and violence in the lives of gang members. *Alcohol Research & Health, 25*(1), 66-71.

- Hussey, J. M., Hallfors, D. D., Waller, M. W., Iritani, B. J., Halpern, C. T., & Bauer, D. J. (2007). Sexual behavior and drug use among Asian and Latino adolescents: association with immigrant status. *Journal of Immigrant and Minority Health, 9*(2), 85-94.
- Instituto Nacional de Estadística (2005). Instituto Nacional de Estadística. Padrón municipal de 2005. Extraído el 3 de Noviembre de 2006 desde <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (2007). Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de 2007. Madrid. Extraído el 5 de enero de 2008 desde <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (2009). *Encuesta nacional de inmigrantes 2007: una monografía*. Madrid: Autor.
- Jamrozik, K. (2004). Population strategies to prevent smoking. *BMJ, 328*(7442), 759-762.
- Kahn, M., & Fua, C. (1995). Children of South Sea island immigrants to Australia: factors associated with adjustment problems. *International Journal of Social Psychiatry, 41*, 55–73.
- Kail, B. L. (1993). Patterns and predictors of drug abuse within the Chicano community. En R. S. Mayers, B. L. Kail & T. D. Watts (Eds.), *Hispanic drug abuse* Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kandel, D., & Faust, R. (1975). Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Archives of General Psychiatry, 32*(7), 923-932.
- Kandel, D. B. (1980). Drug use by youth: an overview. *NIDA Res Monogr, 38*, 1-24.
- Kandel, D. B. (2002). *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. London: Cambridge University Press.
- Karlamangla, A., Zhou, K., Reuben, D., Greendale, G., & Moore, A. (2006). Longitudinal trajectories of heavy drinking in adults in the United States of America. *Addiction, 101*(1), 91-99.
- Khoury, E. L., Warheit, G. J., Zimmerman, R. S., Vega, W. A., & Gil, A. G. (1996). Gender and ethnic differences in the prevalence of alcohol, cigarette, and illicit drug use over time in a cohort of young Hispanic adolescents in south Florida. *Women & Health, 24*(1), 21-40.
- Kumpfer, K., & Turner, C. (1990). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *The International Journal of the Addictions, 25*(4A), 435-463.
- La Grange, L., Hojnowski, N., & Nesterova, S. (2007). Personality correlates of alcohol consumption and aggression in a Hispanic college population. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 29*, 570-580.
- Lader, D., & Goddard, E. (2004). *Smoking Related Attitudes and Behaviour, 2003*. London: Office of National Statistics.

- Lalonde, B., Rabinowitz, P., Shefsky, M. L., & Washienko, K. (1997). La Esperanza del Valle: alcohol prevention novelas for Hispanic youth and their families. *Health Education & Behavior, 24*(5), 587-602.
- Lara, M., Gamboa, C., Kahramanian, M. I., Morales, L. S., & Bautista, D. E. (2005). Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Annual Review of Public Health, 26*, 367-397.
- Larabie, L. C. (2005). To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control, 14*(6), 425-428.
- Larimer, M. E., Turner, A. P., Anderson, B. K., Fader, J. S., Kilmer, J. R., Palmer, R. S., et al. (2001). Evaluating a brief alcohol intervention with fraternities. *Journal of Studies on Alcohol, 62*(3), 370-380.
- Latkin, C. A., Knowlton, A. R., Hoover, D., & Mandell, W. (1999). Drug network characteristics as a predictor of cessation of drug use among adult injection drug users: a prospective study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*(3), 463-473.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 243-256.
- Leao, T. S., Johansson, L. M., & Sundquist, K. (2006). Hospitalization due to alcohol and drug abuse in first- and second-generation immigrants: A follow-up study in Sweden. *Substance Use & Misuse, 41*(3), 283-296.
- Lee, D. J., Markides, K. S., & Ray, L. A. (1997). Epidemiology of self-reported past heavy drinking in Hispanic adults. *Ethnicity & Health, 2*(1-2), 77-88.
- Leifman, H., & Romelsjö, A. (1997). The effect of changes in alcohol consumption on mortality and admissions with alcohol-related diagnoses in Stockholm County- a time series analysis. *Addiction, 92*, 1523-1536.
- Leininger, M. (1995). Transcultural nursing perspectives: Basic concepts, principles, and culture care incidents. En J. Scipio (Ed.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices* (2 ed., pp. 57-92). New York: McGraw-Hill.
- Lemke, S., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, R. H. (2007). Upward pressures on drinking: exposure and reactivity in adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*(3), 437-445.
- Lemke, S., Schutte, K. K., Brennan, P. L., & Moos, R. H. (2008). Gender differences in social influences and stressors linked to increased drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(5), 695-702.

- Leonard, K. E., & Mudar, P. (2004). Husbands' influence on wives' drinking: Testing a relationship motivation model in the early years of marriage. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*, 340-349.
- Lindenberg, C. S., Strickland, O., Solorzano, R., Galvis, C., Dreher, M., & Darrow, V. C. (1999). Correlates of alcohol and drug use among low-income Hispanic immigrant childbearing women living in the USA. *International Journal of Nursing Studies, 36*(1), 3-11.
- Longabaugh, R., Minugh, P. A., Nirenberg, T. D., Clifford, P. R., Becker, B., & Woolard, R. (1995). Injury as a motivator to reduce drinking. *Academic Emergency Medicine, 2*(9), 817-825.
- Lopez, B., Schwartz, S. J., Prado, G., Huang, S., Rothe, E. M., Wang, W., et al. (2008). Correlates of early alcohol and drug use in Hispanic adolescents: examining the role of ADHD with comorbid conduct disorder, family, school, and peers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(4), 820-832.
- Loury, S., & Kulbok, P. (2007). Correlates of alcohol and tobacco use among Mexican immigrants in rural North Carolina. *Family & Community Health, 30*(3), 247-256.
- Lovato, C. Y., Litrownik, A. J., Elder, J., Nunez-Liriano, A., Suarez, D., & Talavera, G. A. (1994). Cigarette and alcohol use among migrant Hispanic adolescents. *Family & Community Health, 16*, 18-31.
- Magaña, J. R., de la Rocha, O., Amsel, J., Magaña, H. A., Fernandez, M. I., & Rulnick, S. (1996). Revisiting the dimensions of acculturation: cultural theory and psychometric practice. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 18*(4), 444-468.
- Malet, L., Llorca, P. M., Boussiron, D., Schwan, R., Facy, F., & Reynaud, M. (2003). General practitioners and alcohol use disorders: quantity without quality. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 27*(1), 61-66.
- Marín, G. (1992). Issues in the measurement of acculturation among Hispanics. En K. F. Geisinger (Ed.), *Psychological Testing of Hispanics* (pp. 23–51). Washington, DC: Am Psychol Assoc.
- Marín, G., & Gamba, R. J. (1996). A new measure of acculturation for Hispanics: The Bidimensional Scale for Hispanics (BAS). *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 18*(3), 297–316.
- Marin, G., & Marin, B. V. (1991). *Research With Hispanic Populations*. Newbury Park, CA.: Sage Publications.
- Markides, K. S., Ray, L. A., Stroup-Benham, C. A., & Trevino, F. (1990). Acculturation and alcohol consumption in the Mexican American population of the southwestern United

- States: findings from HHANES 1982-84. *American Journal of Public Health*, 80 Suppl, 42-46.
- Marks, G., Garcia, M., & Solis, J. M. (1990). Health risk behaviors of Hispanics in the United States: findings from HHANES, 1982-84. *American Journal of Public Health*, 80 Suppl, 20-26.
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91 Suppl, S37-49.
- Marsiglia, F. F., & Kulis, S. (2001). Ethnic Labels and Ethnic Identity as Predictors of Drug Use among Middle School Students in the Southwest. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 21-48.
- Marsiglia, F. F., Kulis, S., Hecht, M. L., & Sills, S. (2004). Ethnicity and ethnic identity as predictors of drug norms and drug use among preadolescents in the US Southwest. *Substance Use & Misuse*, 39(7), 1061-1094.
- Marsiglia, F. F., Miles, B. W., Dustman, P., & Sills, S. (2002). Ties That Protect. *Journal of Ethnic And Cultural Diversity in Social Work*, 11(3), 191-220.
- Martinez, C. R. (2006). Effects of differential family acculturation on Latino adolescent substance use. *Family Relations*, 55(3), 306-317.
- McGlade, M. S., Saha, S., & Dahlstrom, M. E. (2004). The Latina paradox: an opportunity for restructuring prenatal care delivery. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2062-2065.
- McKay, J. R., Foltz, C., Stephens, R. C., Leahy, P. J., Crowley, E. M., & Kissin, W. (2005). Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28 Suppl 1, S73-82.
- McQueen, A., Getz, J. G., & Bray, J. H. (2003). Acculturation, substance use, and deviant behavior: examining separation and family conflict as mediators. *Child Development*, 74(6), 1737-1750.
- Medicine, I. o. (2003). *Institute of Medicine. Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. Washington, DC: National Academy Press.
- Midanik, L. T., & Clark, W. B. (1994). The demographic distribution of US drinking patterns in 1990: description and trends from 1984. *American Journal of Public Health*, 84(8), 1218-1222.
- Minugh, P. A., Rice, C., & Young, L. (1998). Gender, health beliefs, health behaviors, and alcohol consumption. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(3), 483-497.

- Moos, R. H., Fenn, C. B., Billings, A. G., & Moos, B. S. (1989). Assessing life stressors and social resources: Applications to alcoholic patients. *Journal of Substance Abuse, 1*, 135-152.
- Morales-Manrique, C. C., & Herzog, B. (2008). *Debates en Drogodependencias. Inmigración y Drogas*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.
- Morgan, M. C., Wingard, D. L., & Felice, M. E. (1984). Subcultural differences in alcohol use among youth. *Journal of Adolescent Health, 5*, 191–195.
- Mulia, N., Schmidt, L., Bond, J., Jacobs, L., & Korcha, R. (2008). Stress, social support and problem drinking among women in poverty. *Addiction, 103*(8), 1283-1293.
- Mulia, N., Ye, Y., Greenfield, T. K., & Zemore, S. E. (2009). Disparities in Alcohol-Related Problems Among White, Black, and Hispanic Americans. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research, 33*(4), 654-662.
- Mulia, N., Ye, Y., Zemore, S. E., & Greenfield, T. K. (2008). Social disadvantage, stress, and alcohol use among black, Hispanic, and white Americans: findings from the 2005 U.S. National Alcohol Survey. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(6), 824-833.
- Murguía, E., Chen, Z. Y., & Kaplan, H. B. (1998). A comparison of causal factors in drug use among Mexican Americans and non-Hispanic whites. *Social Science Quarterly, 79*(2), 341-360.
- Murphy, J. G., Duchnick, J. J., Vuchinich, R. E., Davison, J. W., Karg, R. S., Olson, A. M., et al. (2001). Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors, 15*(4), 373-379.
- Nayak, A. (2003). Last of the "Real Geordies"? White masculinities and the subcultural response to deindustrialisation *Environment and Planning D: Society and Space, 21*, 7-25.
- Neff, J. A., Hoppe, S. K., & Perea, P. (1987). Acculturation and alcohol use: drinking patterns and problems among Anglo and Mexican American male drinkers. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 9*, 151-181.
- Neff, R. K., Prihoda, T. J., & Hoppe, S. K. (1991). "Machismo," self-esteem, education and high maximum drinking among Anglo, Black and Mexican-American male drinkers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 52*, 458-463.
- Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., & Villegas, D. (2004). Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. *AIDS Care, 16*(6), 724-735.
- Neve, R. J., Drop, M. J., Lemmens, P. H., & Swinkels, H. (1996). Gender differences in drinking behaviour in the Netherlands: convergence or stability? *Addiction, 91*(3), 357-373.

- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*. Rockville, MD: Autor.
- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1986). Frequency and sequence of drug use: a longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Drug Education, 16*(2), 101-120.
- Nghe, L. T., Mahalik, J. R., & Lowe, S. M. (2003). Influences on Vietnamese men: Examining traditional gender roles, the refugee experience, acculturation, and racism in the United States *Journal of Multicultural Counseling and Development, 31*, 245-261.
- National Institutes of Health (1994). *Eighth Special Report to the US Congress on Alcohol and Health*. Washington, DC: Autor.
- Noh, S., & Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health, 93*(2), 232-238.
- Nyamathi, A., Stein, J. A., & Brecht, M. L. (1995). Psychosocial predictors of AIDS risk behavior and drug use behavior in homeless and drug addicted women of color. *Health Psychology, 14*(3), 265-273.
- Nyamathi, A. M., Bennett, C., & Leake, B. (1995). Predictors of maintained high-risk behaviors among impoverished women. *Public Health Reports, 110*(5), 600-606.
- O'Ferral, C., Crespo, M., Gavira, C., & Crespo, J. (2003). *Inmigración: ¿estamos preparados los profesionales de la salud mental para este reto?*. Papel presentado en el IV Congreso Virtual de Psiquiatría. 1-28 de febrero de 2003.
- Observatorio Español sobre Drogas. (2004). *Observatorio Español sobre Drogas: Informe 2004*. Extraído el 21 de Febrero de 2005 desde <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.
- Observatorio Español sobre Drogas (2008). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007/08*. Extraído el 9 de Febrero de 2009 desde <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>.
- Oetting, E. R., & Beauvais, F. (1990). Adolescent drug use: findings of national and local surveys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 385-394.
- Ojeda, V. D., Patterson, T. L., & Strathdee, S. A. (2008). The influence of perceived risk to health and immigration-related characteristics on substance use among Latino and other immigrants. *American Journal of Public Health, 98*(5), 862-868.
- OMS. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Pantin, H., Prado, G., Schwartz, S. J., & Sullivan, S. (2005). Methodological challenges in designing efficacious drug abuse and HIV preventive interventions for Hispanic adolescent subgroups. *Journal of Urban Health, 82*(2 Suppl 3), iii92-102.
- Pardini, D. A., Plante, T. G., Sherman, A., & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*(4), 347-354.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pena, J. B., Wyman, P. A., Brown, C. H., Matthieu, M. M., Olivares, T. E., Hartel, D., et al. (2008). Immigration generation status and its association with suicide attempts, substance use, and depressive symptoms among latino adolescents in the USA. *Prevention Science, 9*(4), 299-310.
- Perez-Arce, P. (1994). Substance use patterns of Latinas: commentary. *International Journal of the Addictions, 29*(9), 1189-1199.
- Perez, M. C., & Fortuna, L. (2005). Psychosocial stressors, psychiatric diagnosis, and utilization of mental health services among undocumented immigrant Latinos. *Journal of Immigrant and Refugee Services, 3*(1/2), 107-123.
- Perrino, T., Gonzalez Soldevilla, A., Pantin, H., & Szapocznik, J. (2000). The role of families in adolescent HIV prevention: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review 3*(2), 81-96.
- Pettinati, H. M., Pierce, J. D., Jr., Belden, P. P., & Meyers, K. (1999). The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *American Journal on Addictions, 8*(2), 136-147.
- Pidcock, B. W., Fischer, J. L., Forthun, L. F., & West, S. L. (2000). Hispanic and Anglo college women's risk factors for substance use and eating disorders. *Addictive Behaviors, 25*(5), 705-723.
- Prado, G., Szapocznik, J., Maldonado-Molina, M. M., Schwartz, S. J., & Pantin, H. (2008). Drug use/abuse prevalence, etiology, prevention, and treatment in Hispanic adolescents: A cultural perspective. *Journal of Drug Issues, 38*(1), 5-36.
- Prado, G. J., Schwartz, S. J., Maldonado-Molina, M., Huang, S., Pantin, H. M., Lopez, B., et al. (2009). Ecodevelopmental x intrapersonal risk: substance use and sexual behavior in Hispanic adolescents. *Health Education & Behavior, 36*(1), 45-61.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Ginpil, S., & Norcross, J. C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors, 10*(4), 395-406.

- Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 83-102.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Quintero, J., & Clavel, M. (2005). *Emigrantes, inmigrantes y estrés*. Extraído el 17 de Enero de 2005 desde <http://www.interpsiquis.com>.
- Redfield, R., Linton, R., & Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38, 149-152.
- Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D., et al. (2003). The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 9(4), 147-156.
- Reynoso-Vallejo, H., Chassler, D., Witas, J., & Lundgren, L. M. (2008). Patterns of drug treatment entry by Latino male injection drug users from different national/geographical backgrounds. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 92-101.
- Rhodes, J. E., Gingiss, P. L., & Smith, P. B. (1994). Risk and protective factors for alcohol use among pregnant African-American, Hispanic, and white adolescents: the influence of peers, sexual partners, family members, and mentors. *Addictive Behaviors*, 19(5), 555-564.
- Richardson, M. A., Newcomb, M. D., Myers, H. F., & Coombs, R. H. (2002). Psychosocial predictors of recent drug use among Anglo and Hispanic children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12(2), 47-76.
- Robledo, T. (2002). Políticas institucionales de prevención de los problemas de salud generados por el consumo de bebidas alcohólicas en España y Europa. *Adicciones*, 14(1), 303-315.
- Rodríguez-Martos, A., & Rosón, B. (2008). Capítulo II. Definición y Terminología. *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Romero, M., Medina-Mora, M. E., Villatorio, J., & Durand, A. (2005). Alcohol Consumption Among Mexican Women: Implications in a Syncretic Culture. En *Alcohol, Gender and Drinking Problems*. Geneva: World Health Organization.
- Room, J. A. (1998). Work and identity in substance abuse recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(1), 65-74.
- Rotenberg, V., Kutsay, S., & Venger, A. (2000). The subjective estimation of integration into a new society and the level of distress. *Stress Medicine*, 16, 117-123.

- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C., & Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española* 198, 11-14.
- Ruiz, J., & Ispizua, M. A. (1989). *Decodificación de la Vida Cotidiana (Métodos de Investigación Cualitativa)*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Rutledge, P. C., & Sher, K. J. (2001). Heavy drinking from the freshman year into early young adulthood: The roles of stress, tension-reduction drinking motives, gender and personality. *Journal of Studies on Alcohol* 62, 457-466.
- Ryder, A. G., Alden, L. E., & Paulhus, D. L. (2000). Is acculturation unidimensional or bidimensional? A head-to-head comparison in the prediction of personality, selfidentity, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), 49–65.
- Sabogal, F., Marin, G., Otero-Sabogal, R., Marin, B. V., & Perez-Stable, E. J. (1987). Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9 (4), 397-412.
- Sale, E., Sambrano, S., Springer, J. F., Pena, C., Pan, W., & Kasim, R. (2005). Family protection and prevention of alcohol use among Hispanic youth at high risk. *American Journal of Community Psychology*, 36(3-4), 195-205.
- Sale, E., Sambrano, S., Springer, J. F., & Turner, C. W. (2003). Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model. *Journal of Drug Education*, 33(1), 91-105.
- Salgado de Snyder, V. N., Cervantes, R. C., & Padilla, A. M. (1990). Gender and ethnic differences in psychosocial stress and generalized distress among Hispanics *Sex Roles*, 22(7/8), 441-453.
- Sam, D. L. (2006). Acculturation: Conceptual background and core components En D. L. S. J. W. Berry (Ed.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology (1st ed)* (pp. 11–26). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Schiff, M., Rahav, G., & Teichman, M. (2005). Israel 2000: immigration and gender differences in alcohol consumption. *American Journal on Addictions*, 14(3), 234-247.
- Schuckit, M. A., & Smith, T. L. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53, 202–210.
- Segal, B. M., & Stewart, J. C. (1996). Substance use and abuse in adolescence: An overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 193-210.

- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 538-544.
- Smart, J. F., & Smart, D. W. (1995). Acculturative stress of Hispanics: Loss and challenge. . *Journal of Counseling & Development*, 73(4), 390-396.
- Smart, R. G., Mann, R. E., & Suurvali, H. (1998). Changes in Liver Cirrhosis Death Rates in Different Countries in Relation to Per Capita Alcohol Consumption and Alcoholics Anonymous Membership. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 245-249.
- Sobell, L. C., Klingemann, H. K., Toneatto, T., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Leo, G. I. (2001). Alcohol and drug abusers' perceived reasons for self-change in Canada and Switzerland: computer-assisted content analysis. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1467-1500.
- Steinhorst, B., Dolezal, J. M., Jenkins, N. L., Snyder, B. L., & Rotondo, M. F. (2006). Trauma in Hispanic farm workers in Eastern North Carolina: 10-year experience at a level I trauma center. *Journal of Agromedicine*, 11(3-4), 5-14.
- Strait, S. C. (1999). Drug use among Hispanic youth: examining common and unique contributing factors. . *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21 (2), 89–103.
- Suarez-Orozco, C., & Suarez-Orozco, M. (1995). *Transformations: Immigration, Family Life, and Achievement Motivation Among Latino Adolescents*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Substance. (2007). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Office of Applied Studies). Gender Differences in Alcohol Use and Alcohol Dependence or Abuse: 2004 and 2005*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sullivan, M. M., & Rehm, R. (2005). Mental health of undocumented Mexican immigrants: a review of the literature. *ANS. Advances in Nursing Science*, 28(3), 240-251.
- Svikis, D. S., & Reid-Quinones, K. (2003). Screening and prevention of alcohol and drug use disorders in women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 30(3), 447-468.
- Swaim, R. C., Wayman, J. C., & Chen, J. (2004). Alcohol use among Mexican American and non-Hispanic White 7th-12th-grade students in the southwestern United States. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 14(2), 1-18.
- Szapocznik, J., & Coatsworth, J. D. (1999). *An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse: a developmental model of risk and protection*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.
- Szapocznik, J., & Kurtines, W. M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug-abusing and problem youth*. New York: Springer.

- Szapocznik, J., & Kurtines, W. M. (1993). Family psychology and cultural diversity: opportunities for theory, research and application. *American Psychologist*, 48(4), 400–407.
- Szapocznik, J., Lopez, B., Prado, G., Schwartz, S. J., & Pantin, H. (2006). Outpatient drug abuse treatment for Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, S54-S63.
- Szapocznik, J., Prado, G., Burlew, A. K., Williams, R. A., & Santisteban, D. A. (2007). Drug abuse in African American and Hispanic adolescents: culture, development, and behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 77-105.
- Tarter, R. E., Kirisci, L., & Clark, D. B. (1997). Alcohol use disorder among adolescents: impact of paternal alcoholism on drinking behavior, drinking motivation, and consequences. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21(1), 171-178.
- Tezanos, J. F., & Tezanos Vázquez, S. (2006). La cuestión migratoria en España: tendencias en inmigración y exclusión social. *Revista de Ciencias Sociales*, 190, 9-40
- Thundal, K. L., Granbom, S., & Allebeck, P. (1999). Women's alcohol dependence and abuse: the relation to social network and leisure time. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(1), 30-37.
- Tomsen, S. (1997). A top night: social protest, masculinity and the culture of drinking violence. *British Journal of Criminology, Delinquency and Deviant Social Behaviour*, 37, 90-102.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 259-268.
- Treno, A. J., Alaniz, M. L., & Gruenewald, P. J. (1999). Drinking among US Hispanics: A multivariate analysis of alcohol consumption patterns. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21(4), 405-419.
- Trotter, R. T. (1985). Mexican-American experience with alcohol: South Texas examples. En L. A. Bennett & G. Ames (Eds.), *The American experience with alcohol: Contrasting cultural perspectives* (pp. 279–296). New York: Plenum Press.
- Trujillo, K. A., Castaneda, E., Martinez, D., & Gonzalez, G. (2006). Biological research on drug abuse and addiction in Hispanics: Current status and future directions. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, S17-S28.
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (2003). Cumulative adversity and drug dependence in young adults: racial/ethnic contrasts. *Addiction*, 98(3), 305-315.
- Turner, R. J., Lloyd, D. A., & Taylor, J. (2006). Stress burden, drug dependence and the nativity paradox among US Hispanics. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 79-89.

- U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1994). *Technologies for understanding and preventing substance abuse and addiction. OTA-HER-597*. Washington, DC: Government Printing Office.
- United States Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010: Understanding and improving health*. Extraído el 2 de Diciembre de 2006 desde <http://www.healthypeople.gov>
- Vaillant, G. E., Clark, W., Cyrus, C., Milofsky, E. S., Kopp, J., Wulsin, V. W., et al. (1983). Prospective study of alcoholism treatment. Eight-year follow-up. *American Journal of Medicine*, 75(3), 455-463.
- Vannicelli, M. (1989). *Group Psychotherapy with Adult Children of Alcoholics*. New York: Guilford Press.
- Vega, W. A., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., et al. (2002). Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 285-297.
- Vega, W. A., Alderete, E., Kolody, B., & Aguilar-Gaxiola, S. (1998). Illicit drug use among Mexicans and Mexican Americans in California: the effects of gender and acculturation. *Addiction*, 93(12), 1839-1850.
- Vega, W. A., & Gil, A. (1998). *Drug Use and Ethnicity in Early Adolescents*. New York: Plenum Press.
- Vega, W. A., Gil, A. G., & Zimmerman, R. S. (1993). Patterns of Drug-Use among Cuban-American, African-American, and White Non-Hispanic Boys. *American Journal of Public Health*, 83(2), 257-259.
- Velez, C. N., & Ungemack, J. A. (1989). Drug use among Puerto Rican youth: an exploration of generational status differences. *Social Science & Medicine*, 29(6), 779-789.
- Volkow, N. D. (2006). Hispanic drug abuse research: Challenges and opportunities. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, S4-S7.
- Vuchinich, R. V., & Heather, N. (2003). *Choice, Behavioral Economics and Addiction*. Cambridge: Pergamon.
- Wagner, E. F. (2003). Conceptualizing alcohol treatment research for Hispanic/Latino adolescents. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27(8), 1349-1352.
- Walton, M. A., Castro, F. G., & Barrington, E. H. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 19(3), 319-331.

- Wallace, J. M., & Bachman, J. G. (1991). Explaining racial/ethnic differences in drug use: the impact of background and lifestyle. *Social Problems*, 38, 333–357.
- Wallace, J. M., Jr. (1999). The social ecology of addiction: race, risk, and resilience. *Pediatrics*, 103(5 Pt 2), 1122-1127.
- Wallisch, L. S., & Spence, R. T. (2006). Alcohol and drug use, abuse, and dependence in urban areas and colonias of the Texas-Mexico border. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 28, 286–307.
- Warner, L. A., Canino, G., & Colon, H. M. (2001). Prevalence and correlates of substance use disorders among older adolescents in Puerto Rico and the United States: a cross-cultural comparison. *Drug and Alcohol Dependence*, 63(3), 229-243.
- Warner, L. A., Valdez, A., Vega, W. A., de la Rosa, M., Turner, R. J., & Canino, G. (2006). Hispanic drug abuse in an evolving cultural context: An agenda for research. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, S8-S16.
- Washton, A. M., & Stone-Washton, N. (1990). Abstinence and relapse in outpatient cocaine addicts. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 135-147.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100(8), 1036-1039.
- West, R. (2006). *Theory of Addiction*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- World Health Organization. (1980). *Problems related to alcohol consumption, Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1985). *Basic documents*. Geneva, Switzerland: Autor.
- World Health Organization. (1996). A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7), 948-955.
- Wilk, A. I., Jensen, N. M., & Havighurst, T. C. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12(5), 274-283.
- Wilsnack, R., Wilsnack, S., & Obot, I. S. (2005). Why Study Gender, Alcohol and Culture? En *Alcohol, Gender and Drinking Problems*. Geneva: World Health Organization.
- Willenbring, M. (1995). Recent Advances in Understanding and Treating Alcohol Use Disorders, *Presentado en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías (Congreso SET)*. La Rioja, Logroño.
- Windle, M. A. (1992). Longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology* , 28, 522-530.

- Wu, Z. H., Eschbach, K., & Grady, J. J. (2008). Contextual influences on polydrug use among young, low-income women: effects of neighborhood and personal networks. *American Journal on Addictions, 17*(2), 135-144.
- Zapata, J. T., Katims, D. S., & Yin, Z. (1998). A two-year study of patterns and predictors of substance use among Mexican American youth. *Adolescence, 33*(130), 391-403.
- Zarza, M. J., & Sobrino, M. I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología, 23*(1), 72-84.
- Zayas, L. H., Rojas, M., & Malgady, R. G. (1998). Alcohol and drug use, and depression among Hispanic men in early adulthood. *American Journal of Community Psychology, 26*(3), 425-438.
- Zuniga, M. E. (2002). Latino immigrants: Patterns of survival. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 5*(3/4), 137-155.