

Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española

**Rafael Forcada Chapa¹, María José Ferrer Ferrer², Beatriz Ochando Korhonen³
y María Isabel del Arco Julián⁴**

¹Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino (Valencia). Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana

²Médica Forense. Instituto de Medicina Legal de Castellón. Consellería de Justicia. Generalitat Valenciana

³Psicóloga Clínica. Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino (Valencia). Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana

⁴Psicóloga Clínica. Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino (Valencia). Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana

Resumen

En el presente artículo se realiza una aproximación al estudio de las características del abuso de sustancias entre la población inmigrante en España. Aunque no se puede establecer una relación unívoca entre emigración y abuso de sustancias, hay factores sociales, culturales e incluso biológicos, que aumentan el riesgo en dicha población, tal como confirma el incremento del indicador de demandas de tratamiento en el último año en la Comunidad Valenciana. Se repasan aspectos epidemiológicos como número de demandas de tratamiento y tipo de sustancias consumidas según la procedencia. En la etiopatogenia de las adicciones en la inmigración destacan sobre todo factores sociales y psicológicos que se derivan del proceso de adaptación cultural. La asimilación de diferentes roles de género, la ausencia de valoración de la cualificación profesional y la integración en los nuevos modelos sociales de consumo suponen un estrés adaptativo. La población inmigrante presenta dificultades en la accesibilidad al tratamiento y una baja adherencia a los programas. Esto es debido a sus características diferenciales, a la carencia de redes de apoyo y sobre todo a la falta de adaptación de los programas y equipos de tratamiento. Se recomienda aumentar la capacidad de adaptación del sistema asistencial a los problemas clínicos que la inmigración plantea de manera diferencial y la introducción de programas preventivos específicos implementados desde los recursos comunitarios que trabajan con población inmigrante.

Palabras Clave

Inmigración. Abuso de Drogas. Tratamiento. Factores sociales de riesgo.

— Correspondencia a: _____
Unidad de Conductas Adictivas. Centro de Salud de San Marcelino. C/ Pio X 33. Valencia.
Tel. 96 378 94 96.
forcada@comv.es



Summary

In the present article an approach to study the characteristics of substance abuse is carried out among the immigrant population in Spain. Even though no one can establish a univocal relationship between emigration and substance abuse, there are social, cultural and even biological agents which increase the risk in this population, as confirmed by the increase of the indicator of requests for treatment in the last year in the community of Valencia. Epidemiological aspects are being revised like number of treatment requests and type of consumed substances according to the origin. In the aetiopathogenesis of addictions in immigration both social and psychological factors that stem from the process of cultural adaptation are specially highlighted. The assimilation of different gender roles, the non-valuation of professional qualifications and integration in the new social models of consumption represent an adaptive stress. The immigrant population presents difficulties in accessibility to treatment and a low adherence to the programmes. This is due to their differential characteristics, to the lack of support networks and especially to the lack of adaptation to the programmes and treatment equipment. It is recommended increasing the capacity of adaptation of the aid system to the clinical problems that the immigration establishes in a differential way and introducing specific preventive programmes implemented by the community resources who work with immigrant population.

Key Words

Immigration. Drug abuse. Treatment. Social factors of risk.

INTRODUCCIÓN

La llegada de población extranjera en busca de empleo es un proceso que se ha desarrollado de manera rápida en los últimos años en España, mientras que en otros países existe una tradición de convivencia intercultural durante todo el siglo XX.

Solo disponemos de datos parciales y no existen estudios con suficiente evidencia científica sobre la realidad epidemiológica de la relación entre inmigración y abuso de sustancias en nuestro medio. La encuesta de consumo en la población del Observatorio Español sobre Drogodependencias y los informes anuales del Plan Nacional sobre Drogas, no ofrecen datos sobre las costumbres de consumo de

drogas y problemas asociados de la población inmigrante. Gran parte de la literatura publicada consiste en revisiones bibliográficas de artículos internacionales sobre inmigración y recopilaciones a cerca de experiencias y creencias de diversos colectivos profesionales y sociales relacionados con el fenómeno.

Aunque existen diversas formas de inmigración en función de sus motivaciones y países de origen, nos vamos a referir a los problemas que presenta la población extranjera que acude a España para incorporarse al mundo laboral buscando unas mejores perspectivas que las que ofrecen sus países de origen. Se trata básicamente de personas procedentes de los países andinos, el Magreb, Europa del este y África subsahariana.



A la hora de analizar este fenómeno, debemos evitar tres equívocos. El primero sería ofrecer una visión de la adicción como un fenómeno universalmente extendido entre la población emigrante, el segundo ignorar la multiculturalidad de la muestra y el tercero la generalización excesiva acerca de los sujetos de una misma procedencia dando mayor importancia a la transculturalidad que a la consideración de sus situaciones personales e historia vital.

Aunque los trabajos publicados no establecen una relación unívoca entre la pertenencia a una minoría étnica o la migración y el abuso de sustancias, diversos factores sociales, culturales, legales e incluso biológicos, parecen apuntar hacia un especial riesgo en la población inmigrante, tal como confirma el incremento de situaciones conflictivas relacionadas con el consumo en estas poblaciones y el progresivo aumento del indicador de demandas de tratamiento.

Las peculiaridades del abuso de sustancias en este grupo nacen de las situaciones personales de precariedad y desarraigo y de la intersección de unos patrones culturales de consumo que traen de sus respectivos países con una sociedad en la que existe una exagerada oferta de sustancias y un elevado consumo.

I. EPIDEMIOLOGÍA. ASPECTOS GENERALES

I.1 Demandas de tratamiento

Según los datos ofrecidos por la Secretaría de Estado de Inmigración y emigración del Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales¹, a fecha 31 de diciembre de 2006 había

3.021.808 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en España. Proceden de Iberoamérica (1.064.916), África (709.174), Europa Comunitaria (661.004), resto de Europa (367.674) y los demás se reparten entre el resto del mundo. Los países que más aportan son, Marruecos (8%), Ecuador (12,46%), Colombia (7,47%) y Rumanía (7%). Más de la mitad de ellos se reparten entre las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía. En la distribución por sexos destaca que entre los procedentes de África hay dos hombres por cada mujer, mientras entre los latinoamericanos es paritaria.

Al analizar los datos, no consideraremos como inmigrantes a los procedentes de Europa Occidental, puesto que estos ciudadanos suelen venir por motivos distintos a los laborales y cuando lo hacen, merced a la libre circulación de trabajadores de los países de la Comunidad Europea, la situación de éstos es cualitativamente diferente a la de los procedentes de otras áreas geográficas.

Según datos aportados por el Sistema de Evaluación de Calidad Asistencial en Drogodependencias de la Generalitat Valenciana, la demanda de tratamientos por dependencia de sustancias de ciudadanos extranjeros no procedentes de Europa Occidental, se incrementó en casi un punto entre 2005 y 2006. Respecto a los que solicitaron tratamiento por problemas relacionados con el consumo de alcohol, tanto los porcentajes como el incremento anual fueron aún superiores, tal como se especifica en la tabla I.

La procedencia de los que accedieron a la red asistencial de drogodependencias puede verse la tabla 2.

Por países, el que más aportó a la demanda de tratamientos fue Marruecos con un 12,46%

**TABLA I.** Demandas de tratamiento por inmigrantes en la Comunidad Valenciana.

| | Todas las adicciones | | | Alcohol | | |
|------|----------------------|-------------|------|---------|-------------|------|
| | Total | Inmigrantes | % | total | Inmigrantes | % |
| 2005 | 12712 | 487 | 3,83 | 3970 | 233 | 5,87 |
| 2006 | 12442 | 594 | 4,78 | 4093 | 311 | 7,60 |

TABLA II. Total demandas de tratamiento por trastornos adictivos en 2006 según procedencia.

| | | |
|---------------------|-------|--------|
| España | 11586 | 93,12% |
| Europa Occidental | 262 | 2,11% |
| Europa Este | 186 | 1,49% |
| Magreb | 91 | 0,73% |
| África Subsahariana | 16 | 0,13% |
| Latino América | 279 | 2,24% |
| Otros | 16 | 0,13% |
| NS/NC | 6 | 0,05% |

sobre el total de los inmigrantes atendidos. Entre los latinoamericanos, Colombia (12,12%), Ecuador (11,45%) y Argentina (6,73%). Los países del Este de Europa mostraban tasas equitativamente repartidas entre Rusia (5,22%), Polonia (5,22%), Ucrania (5,05%), Rumanía (4,88%) y Bulgaria (3,70%).

1.2 Tipos de sustancia de consumo

Según un estudio cualitativo² del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, la sustancia más consumida por los inmigrantes, excepto los musulmanes, es el alcohol y se registra una incorporación creciente, especialmente de las mujeres, al tabaco.



Entre los magrebíes el uso de hachís, colas y disolventes y la situación de marginalidad es preocupante en menores de edad que ya los consumían en su país. Los mayores de 30 años comienzan a acceder a los centros de drogodependencias por alcoholismo o dependencia de opiáceos. Aunque los estudios confirman que los inmigrantes musulmanes beben menos alcohol que los nativos de los países de acogida, esto es variable en función de su historia migratoria, su bagaje subcultural y su grado de integración social. Además existe el riesgo de que la importancia que el Islam otorga a valores como el honor y el respeto haga que los sujetos entrevistados subestimen su consumo de alcohol y las consecuencias que de ellos derivan³. En general, los trabajadores procedentes del norte de África vienen solos a nuestro país y carecen de red de apoyo social y familiar.

El consumo de heroína con cocaína queda reducido a ambientes de marginación y el colectivo más afectado son los europeos del este que suelen ser adictos a su uso intravenoso cuando llegan. Frecuentan los dispositivos de reducción de daños más que los asistenciales y la mayoría están solos en España y carecen de apoyo familiar.

Los subsaharianos viven a menudo en situaciones de miseria y exclusión y contactan en España con la heroína y el crack cuando intervienen en su menudeo. Aunque no suelen consumirlas, cuando lo hacen es vía inhalatoria. Acuden más frecuentemente a centros de emergencia social que a asistenciales y no tienen red familiar.

Los latinoamericanos se inician en las drogas ilegales (cannabis, derivados de la feniletilamina, cocaína) en España y en el alcohol en sus países de origen. Acuden a centros de asistencia a drogodependientes y prefieren los

programas libres de drogas. Tienen una buena estructura familiar de apoyo.

Las mujeres adictas de cualquiera de estas procedencias suelen vivir peores situaciones de marginalidad y a menudo obtienen dinero de la prostitución, aunque no hay datos claros sobre si la prostitución es causa o consecuencia de la adicción.

Los europeos del este, latinoamericanos y subsaharianos buscan asistencia por el abuso de alcohol preferentemente a otras adicciones en mayor medida que la población autóctona, mientras que con los originarios del norte de África ocurre lo contrario.

2. ASPECTOS DIFERENCIALES DE LA ETIOPATOGENIA DE LAS ADICCIONES EN LA INMIGRACIÓN

2.1 Factores psicológicos: el estrés aculturativo

La situación de emigración supone en el sujeto un constante esfuerzo cognitivo para adaptarse y responder adecuadamente a las exigencias de la nueva sociedad, que van desde la adquisición de nuevos hábitos diferentes a los aprendidos en la infancia hasta el uso constante de una segunda lengua. Por otro lado el individuo tiene que prescindir de la socialización aprendida en la infancia y adaptarse a asumir nuevos roles propios y de los demás, aprendiendo rápidamente nuevas normas de relación y jerarquías que resultan ambiguas y cuya manifestación es inconsciente, fenómeno al que se ha dado en llamar cambio de roles. Dicho cambio se produce especialmente en dos aspectos: la pérdida del reconocimiento de la cualificación profesional que se tenía en



el país de origen y el cambio en el equilibrio de la relación entre hombre y mujer⁴. Muchos de los trabajadores que vienen a España tienen un elevado nivel profesional en su país, que aquí - por la no convalidación de títulos y la baja oferta de empleos especializados - no pueden aspirar a desarrollar, con lo que sufren con la emigración un descenso en la escala social que se traduce en la pérdida de autoestima y autoconfianza, factor tradicionalmente asociado a la etiología del abuso de sustancias. Esta situación supone la necesidad del individuo de cambiar en su escala de valores la predominancia de aquellos relacionados con la capacidad profesional y laboral por otros ligados al bienestar personal y disponibilidad económica, con menor capacidad de protección de la salud mental. El trabajador se convierte en un emigrante económico cuya única manera de medir el éxito personal es la cantidad de dinero que gana y el número de empleos que desempeña. Situación difícil cuando se tienen trabajos inestables, con bajos salarios, malas condiciones y escasas posibilidades de progresión. Este proceso de cambio de roles profesionales predomina entre los inmigrantes procedentes de los países de la antigua órbita soviética en los que existe una alta cualificación profesional e igualdad entre hombres y mujeres.

Desde el punto de vista de género, las condiciones de vida en España dan lugar al cuestionamiento del rol masculino en las familias procedentes de sociedades donde la desigualdad hombre-mujer es muy acusada. Las mujeres tienen a menudo mejores oportunidades de acceso al trabajo, merced a la gran oferta de servicio doméstico, que los varones y consiguen a menudo trabajos más estables y mejor pagados. El varón percibe este cambio de roles como debilidad y de-

pendencia de la mujer y a menudo se rebela contra ello mediante la realización de otros comportamientos supuestamente masculinos como la asistencia a bares, el consumo de alcohol o el intento de recuperar el poder en la relación mediante la violencia. En las familias procedentes de los países andinos donde la desigualdad de género es muy acusada, el cambio de roles es vivido por el varón como una doble pérdida de su nivel profesional y de su posición de género, mientras la mujer, que en el país de origen se dedicaba exclusivamente al cuidado de la familia y no aportaba medios económicos, lo percibe como un avance y un apoyo a las necesidades familiares.

Las vivencias de fracaso propiciadas por la inmersión de la persona en una nueva sociedad muy competitiva y en la que parte de una situación inicial de desventaja, le hacen sentir que los resultados son indiferentes a los esfuerzos realizados para superar las dificultades y dan lugar a un síndrome de indefensión con la sensación de pérdida de control interno – la persona siente que no puede hacer nada para cambiar los acontecimientos – y disminución de la motivación para intentar controlar la propia vida.

Estas situaciones que se dan en el enfrentamiento a una nueva cultura dan lugar a una permanente tensión en la persona que se ha denominado estrés aculturativo⁵ y que se manifiesta a menudo como ansiedad y depresión que predisponen al abuso de alcohol y otras sustancias.

2.2. Factores socioculturales e integración social

La socialización en un medio extraño da lugar a cambios en la percepción de la propia identidad y de la relación con el entorno que se expresan de diferente manera en el ámbito



laboral y el del ocio, según las posibilidades de incorporación social (trabajo, acceso a vivienda, libre desarrollo de posibilidades de ocio), o segregación con la consiguiente afirmación en los valores de la sociedad de origen (predominio del ahorro, gasto condicionado por las peculiaridades identitarias de su comunidad), dando lugar a cuatro dimensiones socioculturales⁴:

- Inserción: hace referencia a aquellos inmigrantes que presentan una buena integración en el ámbito laboral. Se caracteriza por un mejor acceso a la vivienda y un estilo de consumo más adecuado a sus condiciones laborales y personales que a su procedencia.

- Desarrollo individual: refleja una situación de alta integración en el ámbito del ocio. Se trata de inmigrantes que participan con frecuencia en actividades de ocio y que las

eligen en función de su gusto individual más que del cultural.

- Discriminación: es la situación de aquellas personas con una baja integración laboral, con empleos inestables, mal pagados, sin permiso de residencia y/o con dificultades idiomáticas. Su actividad económica está condicionada por las necesidades de ahorro y agravada por el envío de dinero a sus países, ya que las condiciones en que se encuentran y las pocas expectativas de cambio, no motivan a planificar e invertir en un futuro en España.

- Carencia comparativa: es la expresión del ocio de aquellos inmigrantes con una menor integración. Habitualmente tienen un consumo y desarrollo del tiempo libre más estrechamente ligado a comercios, grupos y actividades propios de las nacionalidades de origen.

Figura 1.



Modificado de Conde y Herranz. 2004.



A cada una de las dimensiones socioculturales mencionadas parece corresponder un patrón referencial de consumo de alcohol diferente. Estos patrones en realidad se manifiestan como formas mixtas de consumo con diferente predominancia según tiempo de estancia en España, el contexto en que se consume, la idiosincrasia y biografía personal de cada inmigrante.

a. Modelo sociolaboral de consumo

Muchos inmigrantes trabajan en sectores como la minería, construcción, agricultura, labores que propician una cultura profesional de consumo con ingestas moderadas y repartidas durante toda la jornada, principalmente en las comidas. Un caso especial se da en la hostelería y restauración. La integración en estas culturas de consumo parece ser parte del proceso de socialización por el cual el inmigrante busca ser considerado un miembro de pleno derecho del grupo profesional. Los trabajadores procedentes de Europa del este participan más de las culturas profesionales de consumo alcohólico mientras que los trabajadores de origen andino a menudo llevan al trabajo la comida preparada de casa y estarían menos integrados en los grupos socioprofesionales por compartir menos dichas culturas y no consumir alcohol junto con los compañeros en el marco de las comidas y descansos del trabajo.

b. Modelo marginal de consumo de alcohol

Las situaciones de carencia de integración (paro, subempleo, situación irregular, racismo, etc.) y las dificultades culturales de adaptación favorecen el consumo patológico de alcohol y éste a su vez agrava dichas condiciones de exclusión⁶ produciendo un círculo cerrado

en el que se avanza con rapidez hacia la dependencia.

c. Modelo lúdico de consumo de alcohol

El uso de alcohol por los inmigrantes socialmente integrados, realizado en su tiempo de ocio, da lugar a patrones de consumo similares a los de la población española, típico de la cultura europea mediterránea, caracterizados por la elevada presencia y cotidianeidad del alcohol en situaciones de ocio y actúa como modelo de referencia para los inmigrantes que observan en dichas formas de consumo un medio de integración social.

d. Modelo originario de consumo

El consumo de drogas y la forma de hacerlo supone una oportunidad para diferenciarse y demostrar la pertenencia a un subgrupo. La ingesta de alcohol varía en la frecuencia de uso, la cantidad total y forma de consumo, (abstención, cantidades moderadas de modo regular o consumos exagerados ocasionales) en función de los patrones culturales previos.

2.3 Factores biológicos

Se ha demostrado la existencia en las adicciones de una serie de cambios en los circuitos cerebrales relacionados con las sensaciones de placer y de recompensa. Aunque no se ha estudiado con profundidad las peculiaridades biológicas de las minorías étnicas que se encuentran en nuestro medio, se conocen múltiples polimorfismos en los genes que codifican estos sistemas cerebrales que podrían condicionar la predisposición del individuo o del grupo étnico a las adicciones. Es conocida la relación del gen DRD2 del receptor de dopamina con la vulnerabilidad



Figura 2.



Modificado de Conde y Herranz. 2004.

a las adicciones de algunos grupos étnicos⁷ y la predisposición al alcoholismo en los portadores de ciertos polimorfismos del gen que codifica al transportador de serotonina⁸.

No menos clarificador es el hallazgo de diferencias raciales en los sistemas enzimáticos del metabolismo del alcohol. Se ha detectado la ausencia de actividad aldehído deshidrogenasa mediada por un polimorfismo del alelo ALD2H2⁹ en la mitad de los casos estudiados en poblaciones de extremo oriente (Japón, China, Mongolia), lo que actuaría como factor protector frente al desarrollo de la dependencia al desencadenarse síntomas de reacción antabús cuando se consume alcohol^{10,11}; así como el riesgo incrementado en población méjico-americana^{12,13}, donde la presencia de esa variación es escasa.

3. ASPECTOS DIFERENCIALES DEL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

3.1 Accesibilidad

A pesar de considerarse la inmigración como una situación de riesgo, asisten proporcionalmente en menor medida a los centros de tratamiento de adicciones que la población nativa. Una de las causas aducidas para ello es la diferencia transcultural en la comprensión del concepto de enfermedad, mucho más acusada en el caso de los trastornos mentales y aún más en las adicciones, que a menudo crean estigmatización



y sentimiento de vergüenza ante la propia comunidad. Otros factores son el temor a la expulsión de los que están en situación irregular; las dudas sobre la confidencialidad, el desconocimiento de la red asistencial, la ausencia de información en los idiomas de origen o incluso las dificultades en el acceso a los medios de transporte.

3.2 Adherencia

Los pacientes inmigrantes presentan en general una menor adherencia al tratamiento de las adicciones. En este aspecto, se ha reportado una permanencia significativamente menor en las terapias de grupo de los nacidos en el extranjero¹⁴. La baja adherencia de los sudamericanos y mayor de los europeos indica que el idioma no es la causa principal, sino que también se relaciona con factores psicológicos y de integración social, como la falta de red de apoyo sociofamiliar; la capacidad de adaptación transcultural de los equipos y programas (su concepción del trastorno a menudo es incompatible con nuestro modelo médico de enfermedad¹⁵), la suspicacia que nace los prejuicios raciales del paciente y del entrevistador y la influencia de la dificultad de comunicación en la relación terapéutica.

Otro aspecto de la transculturalidad es la existencia de diferencias en la respuesta a psicofármacos en poblaciones diferentes en función de factores étnicos, culturales y sociales. Se producen variaciones etnopsicofarmacológicas debidas a diversas causas como los distintos genotipos de los sistemas enzimáticos de metabolización (citocromo P450), dietas, etc.

4. CONCLUSIONES

La llegada de trabajadores extranjeros es un fenómeno progresivamente creciente que presenta factores de riesgo diferenciales para el desarrollo de diversas adicciones, especialmente al alcohol por su presencia en los países de origen y la cotidianeidad de su uso en nuestra sociedad. En el momento actual, aún no parecen contactar proporcionalmente con los servicios asistenciales y cuando lo hacen no presentan una adherencia similar a los pacientes autóctonos. Esto nos hace deducir la necesidad de estudiar con detenimiento qué factores inciden en la accesibilidad de estas personas a los recursos de tratamiento y en su evolución en los mismos con el fin de adecuar recursos y programas a esta realidad de reciente aparición y rápido desarrollo. No obstante, se ha producido un aumento progresivo de la demanda de tratamientos en las Unidades de Conductas Adictivas, existiendo ciertas diferencias en los problemas por los que consultan según la procedencia y características culturales. Dada la evolución de la demanda en los últimos años, cabe esperar que esta siga incrementándose a grandes pasos y ponga a prueba la capacidad de adaptación del sistema asistencial a los problemas clínicos que la inmigración plantea de manera diferencial, como es la presencia de enfermedades infecciosas tradicionales y exóticas, la reaparición del uso de la vía intravenosa por parte de los europeos del este, la extrema desprotección social que presentan los menores de edad africanos o la ausencia de apoyo sociofamiliar para realizar los tratamientos. Por otro lado la asistencia en drogodependencias a la población inmigrante plantea un problema de adaptación sociocultural a los equipos asistenciales que van desde



la flexibilización de nuestro modelo occidental de enfermedad hasta la adaptación a las dificultades idiomáticas del paciente, sin olvidar el repaso de nuestras ideas preconcebidas o las diferencias etnopsicofarmacológicas.

La inmersión en un nuevo modelo social supone el cambio de hábitos y patrones de consumo, muchas veces iniciado en sus países de origen. De esta situación deriva además una serie de factores de riesgo que favorecen el abuso de sustancias. En este aspecto, aquellos inmigrantes menos integrados presentan modelos de consumo de alcohol mucho más desadaptativos. La característica común de éstos es su vinculación con la cultura de origen a través de la participación en grupos segregados. Por tanto es utópico creer que puedan ser diana de los actuales programas preventivos pensados para la población autóctona. Resulta lógico pensar que la prevención de las adicciones en la población inmigrante, no puede renunciar a mantener entre sus objetivos dos cuestiones primordiales:

- Mejorar la integración de los grupos segregados en el ámbito del trabajo mediante la vigilancia del respeto a los derechos laborales y la correcta gestión de los permisos de residencia.

- Favorecer la integración en las actividades y espacios de tiempo libre mediante la facilitación del acceso a las posibilidades de ocio de las que disfruta la población autóctona.

Aunque no existen estudios epidemiológicos que determinen con exactitud las magnitudes del problema, parece lógico reseñar la importancia de introducir programas preventivos específicos que deberían implementarse a través de las comunidades y asociaciones de inmigrantes y desde los recursos comunitarios que trabajan con esta población y más en

concreto, con aquellos que presentan mayor situación de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Secretaría de Estado de Inmigración y emigración. Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. Informe estadístico: extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2006. Madrid. 2007.

2.- Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid. Principales conclusiones: Investigación cualitativa. Las necesidades de los inmigrantes en el ámbito del consumo de drogas. Madrid 2004.

3.- Dotinga A, Van Den Eijnden R, San José B, Garretsen H, Bosveld W. Alcohol y emigración: los problemas de la medición en la investigación sobre el consumo de alcohol entre inmigrantes marroquíes y turcos. Adicciones. Vol 14; supl 1. 2002. p. 261-78.

4.- Conde F, Herranz D. Los procesos de integración de los inmigrantes. Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia. Fundación CREFAT. Madrid 2004.

5.- Muiño L. Salud Mental e inmigración. En Guía de Atención al inmigrante. Madrid: Ergon Ediciones; 2003.

6.- Cañuelo B. Problemas relacionados con el consumo de alcohol: Exclusión social e inmigración. Jornadas de CREFAT sobre Inmigración y Consumo de drogas. Madrid. 2004.

7.- Lin, K.-M. & Smith, W. M. (2000) Psychopharmacotherapy in the context of culture and ethnicity. En: Ruiz, P. (Ed.) Ethnicity and Psychopharmacology, Washington, DC, American Psychiatric Press p. 1-27.

8.- Gorwood, P. et al, Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal



behavior; *Biological Psychiatry*, 2000, 48, 259-64.

9.- Pi, E. H. & Grey, E. G. (2000) Ethnopsychopharmacology for Asians, in: Ruiz, P. (Ed.) *Ethnicity and Psychopharmacology*, Washington, DC, American Psychiatric Press. p. 91-113.

10.- Escarabajal M D. Alteraciones genéticas relacionadas con el alcoholismo. *Rev Neurol*. 2003, 1-15; 37(5):471-80.

11.- Agarwal D P, Goede HW. Pharmacogenetics of alcohol metabolism and alcoholism. *Pharmacogenetics*. 1992; 2(2):48-62.

12.- Konishi et al. The ADH3*2 and CYP2E1 c2 alleles increase the risk of alcoholism in Mexican American men. *Expl Mol Pathol*. 2003; 74(2):183-9.

13.- Montano A J et Al. Association of alcohol-metabolizing genes with alcoholism in a Mexican Indian (Otomi) population. *Alcohol*. 2006; 39(2):73-9.

14.- Monrás M, et al. Alcoholismo e inmigración. Adherencia de los pacientes inmigrantes a la terapia grupal. *Med Clin*. 2006; 126(7):250 - 52.

15.- Balbo E. Salud mental e inmigración magrebí. *Salud Global – Salud Mental*. 2004; 4. p. 1-7.