

Jorge F. Sánchez-Peña\*,  
María Jáñez-Álvarez\*,  
Paloma G. Álvarez-Cotoli\*,  
Eduardo García-Laredo\*\*.

# Trastorno por Uso de Alcohol en pacientes inmigrantes: seguimiento a 2 años de tratamiento

\* Servicio de Salud Mental de Puente de Vallecas. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

\*\* Universidad Nacional de Educación a Distancia.

---

## RESUMEN

**Introducción.** En las últimas décadas, la población inmigrante ha aumentado sensiblemente en los países occidentales, que no solo les influye culturalmente sino también en su patrón de consumo de alcohol. El transcurso de la inmigración puede originar estrés social, que es posible que cause desarraigo, frustración de sus expectativas o marginalidad, que son factores de riesgo para un aumento del consumo de alcohol, posiblemente con el fin de afrontar sus diferentes problemas. Los objetivos de este trabajo son: investigar la evolución a dos años de tratamiento de una población de pacientes inmigrantes con Trastorno por Uso de Alcohol, comparándola con una muestra de origen español, y analizar la evolución de los pacientes inmigrantes según el área geográfica de origen.

**Metodología.** Se compararon dos poblaciones con Trastorno por Uso de Alcohol (DSM-V), una de inmigrantes compuesta por 388 pacientes y otra de control, de origen español, compuesta por 262 pacientes. Asimismo, se estudió la evolución de los pacientes según el área geográfica a la que pertenecen.

**Resultados y conclusiones.** El 45,4 % de los pacientes de la población española se mantiene en abstinencia a los 2 años de tratamiento frente al 33,8 % de la población inmigrante. Los pacientes que consiguen una mayor abstinencia son los de origen árabe (52,3 %). Sin embargo, hay una mayor adherencia en América del Sur/Cono Sur (67,7 %). Los países que tienen una peor evolución en la abstinencia son los de América del Sur/Países del Norte (26,2 %) y los que proceden de Europa Oriental (29,1 %).

**Palabras clave.** Inmigración, Alcoholismo en la mujer, Evolución alcoholismo, Abstinencia alcohólica, Recaída alcohólica.

---

### Autor para correspondencia:

Jorge Fernando Sánchez Peña

Servicio de Salud Mental "Puente de Vallecas"

Calle Peña Gorbea, 4

28053-Madrid

Teléfono: 91-4778747

e-mail: jorgefs56@hotmail.es

*Actas Esp Psiquiatr* 2021;49(3):114-123 | ISSN: 1578-2735

## ALCOHOL USE DISORDER IN IMMIGRANT PATIENTS: 2-YEARS OF FOLLOW-UP TREATMENT

### SUMMARY

**Introduction.** In recent decades the immigrant population has increased significantly in Western countries, which not only influences the former culturally but also in their alcohol consumption patterns. The course of immigration can cause social stress, which can lead to uprooting, frustration of their expectations or marginality, which are risk factors for an increase in alcohol consumption, possibly in order to face their different problems. The aims of this study are: to investigate the progression along two years of treatment of a sample of immigrant patients with Alcohol Use Disorder, to compare it with a sample of Spanish natives and to analyze the evolution of immigrant patients according to the geographical area of origin.

**Methods.** Two samples of individuals with Alcohol Use Disorder (DSM-V) were compared: one sample of 388 immigrant patients and a control sample composed of 262 Spanish patients. Likewise, the patients were studied according to the geographical area to which they belong.

**Results and conclusions.** 45.4% of patients in the Spanish sample remain in abstinence after 2 years of treatment compared to 33.8% in the immigrant sample. Patients who achieve greater abstinence are those of Arab origin (52.3%). However, there is a better adherence in South America/Southern Cone (67.7%). The countries with the worst outcomes in abstinence are those in South America/Northern countries (26.2%) and those in Eastern Europe (29.1%).

**Keywords.** Immigration, Women's alcoholism, Follow up alcoholism, Alcohol abstinence, Alcoholic relapse.

## INTRODUCCIÓN

Desde el principio de la humanidad, las migraciones de personas son un hecho, no tiene nada de novedoso, pero ha aumentado de manera considerable desde que comenzó la era de la industrialización<sup>1</sup>. A la migración involuntaria de los refugiados, causada por la violencia en sus países, se suma la migración económica, compuesta por personas originarias de países arruinados y sin futuro alguno, que buscan lugares donde puedan tener la oportunidad de alcanzar un nivel de vida digno<sup>2</sup>. Debido a estos factores, la migración desde los países pobres a los ricos está abocada a aumentar<sup>3</sup>. Los inmigrantes necesariamente tienen que realizar un importante esfuerzo cognitivo para adaptarse a la cultura de los países de acogida<sup>4</sup>, lo que les supone importantes cambios en sus ámbitos familiar, social o laboral<sup>5</sup>. La transformación cultural y psicológica que resulta de la relación entre grupos culturalmente diferentes se denomina aculturación, donde la sociedad receptora (grupo dominante), impone, por lo general, sus características sobre el grupo inmigrante (grupo dominado)<sup>6,7,8</sup>. La confrontación con la nueva cultura puede dar lugar a dificultades de adaptación y a situaciones de falta de integración, una frustración ante la incapacidad de responder de forma eficaz ante los estresores psicosociales habituales, como lo ejecutaba en su sociedad de origen<sup>9,10</sup>. La autoestima del inmigrante, al ser estigmatizado por la sociedad donde vive, disminuye sensiblemente, lo que puede originar depresión o ansiedad<sup>2</sup>, que favorecen el consumo perjudicial de alcohol, lo que su vez empeora su exclusión social y produce sufrimiento: beber alcohol para disminuir lo negativo de los estados afectivos<sup>11,12</sup>.

En las últimas dos décadas, la población inmigrante ha aumentado sensiblemente<sup>13</sup> en los países occidentales. En Madrid, en el año 2004, su proporción con respecto a la población española era del 13,6 %, 15,0 % en 2005, 17,0 % en 2007, 17,3 % en 2010, 16,9 % en 2011, 15,5 % en 2012, 12,1 % en 2015, 12,2 % en 2016, 13,1 % en 2018, 14,1 % en 2019<sup>14</sup>. Es decir, un aumento significativo de la población inmigrante hasta 2010 y luego un sensible descenso hasta 2015, debido a la crisis económica internacional; desde 2016, la inmigración va aumentando de forma moderada, pero progresiva. Con respecto al consumo de alcohol, varía dependiendo de la etnia de ascendencia<sup>15</sup> y también de la edad a la que se establecieron en el país de destino, importante por las influencias culturales que hayan podido ejercer sobre los inmigrantes<sup>16</sup>, que van adquiriendo el patrón de consumo de alcohol<sup>17,18</sup> de la sociedad que les acoge. Además, habría que tener en cuenta la cantidad de alcohol que el inmigrante consumía en su país de origen<sup>19</sup> y el modelo de conducta y percepción con relación al consumo de alcohol que ya llevaba consigo<sup>20,21</sup>. Es llamativo que una parte de la población inmigrante de origen árabe, que en sus países no bebía alcohol por razones culturales y religiosas, comenzara

a consumirlo en los de destino, donde beber alcohol está socialmente admitido, lo que supone una ruptura con sus tradiciones. El transcurso de la inmigración puede originar estrés social, que conlleva nuevas condiciones inducidas<sup>22</sup>, como desarraigo y añoranza de su país, no cumplimiento o frustración de sus expectativas, bajas condiciones de vida, marginalidad, aculturación o barreras con el idioma<sup>16,17</sup>. Todos ellos factores de riesgo que no solo pueden llevar al inmigrante a una dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios o a una desestructuración familiar<sup>23</sup>, sino que también comportan una mayor vulnerabilidad para consumir alcohol y otras sustancias adictivas<sup>24</sup>, probablemente con el fin de afrontar sus diferentes problemas.

Los autores de este estudio han hallado bibliografía sobre epidemiología y prevalencia de consumo de alcohol en inmigrantes, pero es un hecho relevante que, a pesar de su significativo crecimiento e importancia, no se hayan encontrado estudios de seguimiento y evolución sobre el TUA en la población inmigrante en España y en los países occidentales –excepto uno sobre la adherencia en la terapia de grupo y no similar al presente estudio<sup>25</sup>–. Debido a esta circunstancia, los resultados de este estudio no se pueden confrontar con los de otros trabajos.

El objetivo de este estudio es doble:

- Investigar la evolución a dos años de tratamiento de una población de pacientes inmigrantes con TUA, comparándola con una muestra de origen español.
- Analizar la evolución de los pacientes inmigrantes según el área geográfica de origen.

## MÉTODOS

El trabajo se realizó en el Servicio de Salud Mental de Puente de Vallecas, Madrid (SSM). A través de un muestreo consecutivo, se seleccionaron los pacientes inmigrantes desde el año 2000 hasta 2015 que cumplieran los siguientes criterios: a) pacientes nuevos, derivados de Atención Primaria o del hospital general de referencia, b) diagnosticados de TUA según el DSM-V, c) con Entrevista de Valoración de Alcoholismo<sup>26</sup> realizada, d) incluidos en el Programa de Alcoholismo del SSM. El resultado de esta muestra de inmigrantes (MIN) es de 388 pacientes procedentes de 27 países (Tabla 1).

El Programa de Alcoholismo (PA) de este SSM comprende la valoración, tratamiento (desintoxicación y deshabitación) y seguimiento del paciente con TUA. En el tratamiento, de orientación cognitivo-conductual, intervienen diferentes profesionales de la psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social: el paciente con TUA es atendido de forma integral. Asimismo, el trabajo que se hace con los familiares es

Tabla 1		Países de origen			
País	N	%	País	N	%
Ecuador	48	12,4	Argelia	9	2,3
Perú	31	8,0	Rumanía	46	11,9
Bolivia	22	5,7	Bulgaria	17	4,4
Argentina	12	3,1	Polonia	26	6,7
República Dominicana	13	3,4	Francia	8	2,1
Cuba	15	3,9	Italia	9	2,3
Uruguay	9	2,3	Portugal	8	2,1
Venezuela	8	2,1	Ucrania	14	3,6
Chile	19	4,9	Egipto	4	1,0
México	9	2,3	Líbano	2	0,5
Paraguay	7	1,8	Palestina	1	0,3
Honduras	8	2,1	Siria	2	0,5
Colombia	13	3,4	Guinea Ecuatorial	2	0,5
Marruecos	26	6,7	Total	388	100,0

exhaustivo, tanto para la comprensión de esta enfermedad como para intentar resolver los problemas familiares derivados de esta patología.

Uno de los pilares en que se fundamenta la deshabitación alcohólica en este SSM son las terapias de grupo<sup>27</sup>, de dos horas de duración, frecuencia semanal, abiertos y también de orientación cognitivo-conductual. Sus objetivos son: mantenimiento y refuerzo de la abstinencia, aumentar la conciencia de enfermedad, desarrollar capacidades interpersonales que permitan un progresivo incremento de la autonomía del paciente con relación al alcohol. Todos los pacientes con TUA son valorados para su inclusión en el mismo. A los criterios de exclusión (deterioro cognitivo, psicosis, depresión severa o grave trastorno de la personalidad), se añaden la incompatibilidad con el horario familiar o laboral y no aceptación por parte del paciente a la oferta de la terapia de grupo para participar en los mismos.

Se hizo un estudio comparativo de la muestra de inmigrantes (MIN) con una muestra control de 262 pacientes con nacionalidad española (MES) de un estudio anterior<sup>28</sup>, constituidos por 300 pacientes, al que se le restaron los inmigrantes, del mismo SSM y también diagnosticados de TUA.

En las dos muestras se describen las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de educación y situación laboral.

El seguimiento de cada paciente en las dos poblaciones se realizó al mes 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 y 24, registrando en cada uno de ellos si el paciente se encontraba

en abstinencia, recaída o abandono, sin tener un carácter acumulativo con respecto a los momentos de medida previos. Se hizo un análisis comparativo del estado evolutivo de las dos muestras. Este mismo análisis, además de sus características sociodemográficas, se realizó a la MIN para profundizar sobre la evolución según su origen, y para ello, debido a la heterogeneidad de las procedencias, se agruparon según áreas de origen: Europa Occidental, Europa del Este, América del Sur/Cono Sur (CONO SUR), América del Sur/Paises del Norte (APN), Centroamérica, Caribe y México (CENTROAMÉRICA), Países Árabes y Africanos No Árabes (tabla 2). Para adecuarlo a nuestro estudio, y mejor comprensión, se ha procedido a agrupar en uno solo a todos aquellos pacientes de origen árabe. Asimismo, se ha creído conveniente realizar un grupo de Africanos No Árabes, integrado por 2 pacientes de Guinea Ecuatorial; dada la baja representatividad en esta muestra de este grupo, se decide no incluirlos en los análisis generales.

Tabla 2		Países de origen	
	N	%	
<b>Bloque: Centroamérica, Caribe y México</b>	45	11,6	
Países: CUBA, MÉXICO, HONDURAS, REPÚBLICA DOMINICANA			
<b>Bloque: América del Sur. Países del Norte</b>	122	31,4	
Países: ECUADOR, PERÚ, BOLIVIA, VENEZUELA, COLOMBIA			
<b>Bloque: América del Sur. Cono Sur</b>	47	12,1	
Países: ARGENTINA, PARAGUAY, URUGUAY, CHILE			
<b>Bloque: Países Árabes</b>	44	11,3	
Países: MARRUECOS, ARGELIA, EGIPTO, LÍBANO, PALESTINA, SIRIA			
<b>Bloque: Europa del Este</b>	103	26,5	
Países: POLONIA, RUMANÍA, UCRANIA, BULGARIA			
<b>Bloque: Europa Occidental</b>	25	6,4	
Países: PORTUGAL, FRANCIA, ITALIA			
<b>Bloque: Africanos No Árabes</b>	2	0,5	
País: Guinea Ecuatorial			
<b>Total</b>	388	100,0	

Se trata de un estudio naturalístico de carácter prospectivo. Los cambios en la evolución del uso de alcohol (abstinencia, recaída o abandono) en las nueve observaciones a lo largo de la intervención terapéutica se analizaron con el test de Friedman con el fin de valorar las diferencias entre momentos de las puntuaciones generales y particulares en cada uno de los ítems. Las comparaciones post-hoc entre pares de momentos (t1-t3, t3-t6, t1-t6, etc.) se realizaron con la prueba de Wilcoxon. Todas las pruebas se han considerado distribuciones bilaterales. El nivel de significación se ha es-

tablecido en el valor de  $p < 0,05$ . Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 24.

En este estudio se ha considerado recaída a una vuelta al consumo continuado de alcohol y no a un consumo ocasional sin repercusiones biopsicosociales.

## RESULTADOS

### Resultados de la comparativa MES vs. MIN

En la Tabla 1 se muestran los países de origen de los inmigrantes incluidos en este estudio. Ecuador (12,37 %) es el país más prevalente, seguido por Rumanía (11,85 %), Perú (7,98 %), Marruecos y Polonia (ambos con 6,70 %), Bolivia (5,67 %), Chile (4,89 %), Bulgaria (4,38 %), hasta un total de 27 países.

En la Tabla 3 se presentan las características sociodemográficas de las dos poblaciones estudiadas. La edad media de la MES es de 41,04 años y la de la MIN de 42,79. Con respecto al sexo, se observa que hay un mayor número de mujeres en la MIN (27,3 %) que en la MES (10,7 %). Se constata que hay más casados (61,8 %) en la MES que en la MIN (50 %). Sorprende el elevado porcentaje de analfabetismo (10,3 %) de la MIN; en general, el nivel educacional es más elevado en la MES. Con relación a la situación laboral, la MES se encuentra más activa (64,9 %) que la MIN (46,6 %); sin embargo, el porcentaje de personas sin empleo es similar, pero este resultado está condicionado al elevado número de mujeres en la muestra de la MES, con un 15,7 % que se dedican a sus labores por un 5 % de la MIN. Todas estas características socio-demográficas mostraban diferencias estadísticamente significativas entre MES y MIN (por prueba Chi Cuadrado  $\chi^2$ ) salvo la característica de edad (por de Student):

En la Tabla 4 se observa que la abstinencia a los dos años de tratamiento en la MES es del 45,4 % vs. 33,8 % en la MIN, lo cual es estadísticamente significativo ( $p = 0,009$ ). Asimismo, el abandono es sensiblemente superior a los 24 meses en la MIN (59 %) que en la MES (47,3 %). Excepto en el mes 9, en todos los demás controles los resultados son estadísticamente significativos. Asimismo, se constata que la MIN sufre un mayor porcentaje de recaídas que la MES, sobre todo en el primer mes (40,7 % vs. 18,3 %) (Figura 1). La adherencia al tratamiento en la MES es el 52,7 %, superior al 41 % de la MIN.

### Resultados según el área de origen

En la Tabla 2 se detallan los grupos según la procedencia de los pacientes. Contrastan de modo llamativo las diferencias entre las características las sociodemográficas (Tabla 5), el contraste entre algunos de ellos. La edad media del grupo

Tabla 3		Características sociodemográficas de PES y PIN	
		PES N = 262 (40,3 %)	PIN N = 388 (59,7 %)
Edad	Media	41,04	42,79
	Desviación estándar	10,367	11,556
	Rango	50	56
	Moda	35	32 <sup>a</sup>
	Mínimo	20	18
	Máximo	70	74
a. Existen múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño			
Sexo			
	Varones	234 (89,3 %)	282 (72,7 %)
	Mujeres	28 (10,7 %)	106 (27,3 %)
Estado civil			
	Soltero	52 (19,8 %)	94 (24,2 %)
	Casado	162 (61,8 %)	194 (50,0 %)
	Separado /Divorciado	38 (14,5 %)	74 (19,1 %)
	Viudo	10 (3,8 %)	26 (6,7 %)
Educación			
	Analfabeto	4 (1,5 %)	40 (10,3 %)
	Sin estudios	57 (21,8 %)	112 (28,9 %)
	Primaria	140 (53,4 %)	158 (40,7 %)
	Secundaria	36 (13,7 %)	59 (15,2 %)
	Universitarios	25 (9,5 %)	19 (4,9 %)
Situación Laboral			
	Activo	170 (64,9 %)	181 (46,6 %)
	Sin empleo	62 (23,7 %)	98 (25,3 %)
	Jubilado	17 (6,5 %)	35 (9,0 %)
	Sus labores	13 (5,0 %)	61 (15,7 %)
	Estudiante	0	13 (3,4 %)

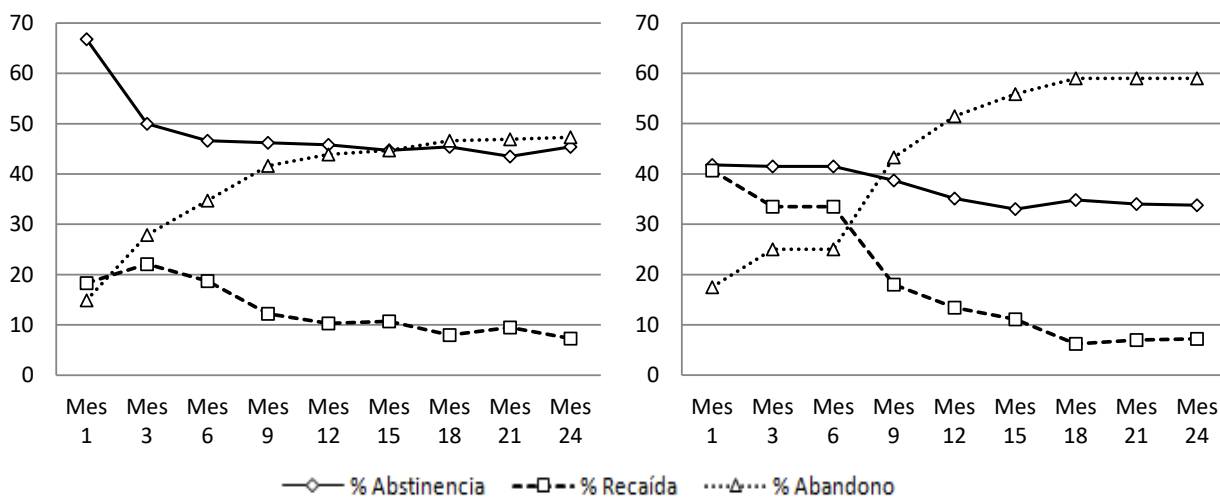
de Europa Oriental es 36,06, mientras que el de CENTROAMÉRICA es 48,89, 47,11 en el de CONO SUR, 46,61 en los Países Árabes, 43,42 en APN y 42,12 en Europa Occidental; la edad media de los países europeos es inferior al resto, sobre todo los del este. Con respecto al sexo, impresiona que no haya ni una sola mujer de origen árabe; en cambio, un 55 % en el CONO SUR o un 40 % en CENTROAMÉRICA, que contrastan con el 19,4 % en Europa Oriental. En todas las áreas hay más proporción de casados, excepto en Europa Oriental,

**Tabla 4** Evolución de PES y PIN a lo largo del tratamiento

Mes		PES		PIN		χ <sup>2</sup> de Pearson
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1	Abstinencia	175	66,8	162	41,8	,000
	Recaída	48	18,3	158	40,7	
	Abandono	39	14,9	68	17,5	
3	Abstinencia	131	50,0	161	41,5	,007
	Recaída	58	22,1	130	33,5	
	Abandono	73	27,9	97	25,0	
6	Abstinencia	122	46,6	151	38,9	,011
	Recaída	49	18,7	112	28,9	
	Abandono	91	34,7	125	32,2	
9	Abstinencia	121	46,2	150	38,7	,060
	Recaída	32	12,2	70	18,0	
	Abandono	109	41,6	168	43,3	
12	Abstinencia	120	45,8	136	35,1	,021
	Recaída	27	10,3	52	13,4	
	Abandono	115	43,9	200	51,5	
15	Abstinencia	117	44,7	128	33,0	,008
	Recaída	28	10,7	43	11,1	
	Abandono	117	44,7	217	55,9	
18	Abstinencia	119	45,4	135	34,8	,008
	Recaída	21	8,0	24	6,2	
	Abandono	122	46,6	229	59,0	
21	Abstinencia	114	43,5	132	34,0	,010
	Recaída	25	9,5	27	7,0	
	Abandono	123	46,9	229	59,0	
24	Abstinencia	119	45,4	131	33,8	,009
	Recaída	19	7,3	28	7,2	
	Abandono	124	47,3	229	59,0	

**% Evolución españoles (N = 262)**

**% Evolución inmigrantes (N = 388)**



**Figura 1** Evolución tratamiento españoles e inmigrantes (en porcentajes)

**Tabla 5** Características sociodemográficas según el área de origen

N=388	Centro- américa, Caribe y México	América del Sur.  Países del Norte	América del Sur.  Cono Sur	Países árabes	Europa  del Este	Europa Occidental	Africanos No Árabes
	N	45	122	47	44	103	25
Porcentaje	11,6	31,4	12,1	11,3	26,5	6,4	0,5
<b>Sexo</b>							
Hombre	27 (60,0 %)	88 (72,1 %)	21 (44,7 %)	44 (100 %)	83 (80,6 %)	17 (68,0 %)	2 (100 %)
Mujer	18 (40,0 %)	34 (27,9 %)	26 (55,3 %)	0	20 (19,4 %)	8 (32,0 %)	0
<b>Estado Civil</b>							
Soltero	9 (20,0 %)	17 (13,9 %)	11 (23,4 %)	7 (15,9 %)	40 (38,8 %)	9 (36,0 %)	1 (50 %)
Casado	18 (40,0 %)	76 (62,3 %)	15 (31,9 %)	37 (84,1 %)	34 (33,0 %)	13 (52,0 %)	1 (50 %)
Separado / Divorciado	11 (24,4 %)	27 (22,1 %)	9 (19,1 %)	0	24 (23,3 %)	3 (12,0 %)	0
Viudo	7 (15,6 %)	2 (1,6 %)	12 (25,5 %)	0	5 (4,9 %)	0	0
<b>Educación</b>							
Analfabeto	9 (20,0 %)	6 (4,9 %)	2 (4,3 %)	18 (40,9 %)	5 (4,9 %)	0	0
Sin estudios	15 (33,3 %)	66 (54,1 %)	9 (19,1 %)	17 (38,6 %)	5 (4,9 %)	0	0
Primaria	14 (31,1 %)	48 (39,3 %)	20 (42,6 %)	9 (20,5 %)	55 (53,4 %)	10 (40,0 %)	2 (100 %)
Secundaria	7 (15,6 %)	2 (1,6 %)	15 (31,9 %)	0	28 (27,2 %)	7 (28,0 %)	0
Universitarios	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,1 %)	0	10 (9,7 %)	8 (32,0 %)	0
<b>Situación Laboral</b>							
Activo	10 (22,2 %)	61 (50,0 %)	10 (21,3 %)	19 (43,2 %)	66 (64,1 %)	14 (56,0 %)	1 (50 %)
Sin Empleo	10 (22,2 %)	37 (30,3 %)	7 (14,9 %)	17 (38,6 %)	26 (25,2 %)	0	1 (50 %)
Jubilado	9 (20,0 %)	7 (5,7 %)	10 (21,3 %)	3 (6,8 %)	3 (2,9 %)	3 (12,0 %)	0
Sus labores	16 (35,6 %)	17 (13,9 %)	20 (42,6 %)	0	0	8 (32,0 %)	0
Estudiante	0	0	0	5 (11,4 %)	8 (7,8 %)	0	0

donde hay un 33 % por un 38,8 % de solteros. Llama la atención el alto porcentaje, en general, de separados/divorciados, del 19 al 24 %, excepto en Europa Occidental, con un 12 %, y en los Países Árabes, con ninguno. Los países europeos tienen un mayor nivel de educación, pero lo que más resalta es el 40,9 % de analfabetismo, además de un 38,6 % sin estudios, en los Países Árabes, que incide sensiblemente en la alta tasa final de analfabetismo de la MIN.

La evolución a 2 años de tratamiento por áreas geográficas se señala en la Tabla 6. Los pacientes del área de los Países Árabes tienen una tasa de abstinencia a los 24 meses de un 52,3 %, 44,7 % en el CONO SUR, 35,6 % en CENTROAMÉRICA, 32,0 % en Europa Occidental, 29,1 % en Europa Oriental y 26,2 % en APN. La prueba de Wilcoxon señala que hay una tendencia general de un cambio estadísticamente

significativo en las respuestas de los grupos entre los meses 1-12 de tratamiento, pero no así entre los meses 12-24 (salvo para Países Árabes, cuyos cambios no son significativos de 1-12 meses ni 12-24 meses). El abandono del tratamiento, que lógicamente es en la práctica inversamente proporcional a las tasas de abstinencia, es sorprendentemente elevado en el área de APN, con 73,8 %, luego desciende a 60,0 % en Europa Occidental, 57,3 % en Europa Oriental, 55,6 % en CENTROAMÉRICA, un 47,7 % en los Países Árabes y un 38,0 % en CONO SUR (Tabla 6). Con respecto a las recaídas, hasta el mes 9 son mayores, pero disminuyen a medida que aumentan los abandonos. Llama la atención, en la comparación con las otras áreas geográficas, que el área del CONO SUR aún tenga un 17 % de recaídas, aunque incide positivamente en su mayor adherencia al tratamiento.

**Tabla 6** Evolución 24 meses según el área de origen

Mes y Evolución	Centroamérica, Caribe y México		América del Sur/ Cono sur		América del Sur/Países del Norte		Países árabes		Europa del Este		Europa Occidental		Africanos No Árabes		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	Abstinencia	26	57,8	25	53,2	37	30,9	19	43,2	44	42,7	10	40,0	1	50,0
	Recaída	15	33,3	19	40,4	55	45,1	18	40,9	40	38,8	10	40,0	1	50,0
	Abandono	4	8,9	3	6,4	30	24,6	7	15,9	19	18,4	5	20,0	0	0,0
3	Abstinencia	23	51,1	28	59,6	41	33,6	19	43,2	42	40,8	7	28,0	1	50,0
	Recaída	16	35,6	13	27,7	41	33,6	15	34,1	33	32,0	11	44,0	1	50,0
	Abandono	6	13,3	16	12,8	40	32,8	10	22,7	28	27,2	7	28,0	0	0,0
6	Abstinencia	24	53,3	28	59,6	<b>36*</b>	<b>29,5*</b>	19	43,2	<b>32*</b>	<b>31,1*</b>	11	44,0	1	50,0
	Recaída	8	17,8	12	25,5	<b>37*</b>	<b>30,3*</b>	13	29,5	<b>36*</b>	<b>35,0*</b>	5	20,0	1	50,0
	Abandono	13	28,9	7	14,9	<b>49*</b>	<b>40,2*</b>	12	27,3	<b>35*</b>	<b>34,0*</b>	9	36,0	0	0,0
9	Abstinencia	<b>18*</b>	<b>40,0*</b>	23	48,9	<b>37*</b>	<b>30,3*</b>	24	54,5	39	37,9	8	32,0	1	50,0
	Recaída	<b>11*</b>	<b>24,4*</b>	16	34,0	<b>18*</b>	<b>14,8*</b>	13	6,8	14	13,6	7	28,0	1	50,0
	Abandono	<b>16*</b>	<b>35,6*</b>	8	17,0	<b>67*</b>	<b>54,9*</b>	17	38,6	50	48,5	10	40,0	0	0,0
12	Abstinencia	<b>14*</b>	<b>31,1*</b>	28	59,6	<b>27*</b>	<b>22,1*</b>	22	50,0	36	35,0	8	32,0	1	50,0
	Recaída	<b>10*</b>	<b>22,2*</b>	9	19,1	<b>12*</b>	<b>9,8*</b>	4	6,8	12	11,7	4	16,0	1	50,0
	Abandono	<b>21*</b>	<b>46,7*</b>	10	21,3	<b>83*</b>	<b>68,0*</b>	19	43,2	55	53,4	13	52,0	0	0,0
15	Abstinencia	15	33,3	<b>20*</b>	<b>42,6*</b>	30	24,6	22	50,0	<b>30*</b>	<b>29,1*</b>	10	40,0	1	50,0
	Recaída	7	15,6	<b>14*</b>	<b>29,8*</b>	5	4,1	3	6,8	<b>14*</b>	<b>13,6*</b>	0	0,0	0	0,0
	Abandono	23	51,1	<b>13*</b>	<b>27,7*</b>	87	71,3	19	43,2	<b>59*</b>	<b>57,3*</b>	15	60,0	1	50,0
18	Abstinencia	17	37,8	21	44,7	32	26,2	22	50,0	33	32,0	9	36,0	1	50
	Recaída	3	6,7	8	17,0	0	0,0	1	2,3	11	10,7	1	4,0	0	0,0
	Abandono	25	55,6	18	38,0	90	73,8	21	47,7	59	57,3	15	60,0	1	50,0
21	Abstinencia	16	35,6	21	44,7	32	26,2	23	52,3	31	29,1	8	32,0	1	50,0
	Recaída	4	8,9	8	17,0	0	0,0	0	0,0	13	13,6	2	8,0	8,0	0,0
	Abandono	25	55,6	18	38,0	90	73,8	21	47,7	59	57,3	15	60,0	1	50,0
24	Abstinencia	16	35,6	21	44,7	32	26,2	23	52,3	30	29,1	8	32,0	1	50,0
	Recaída	4	8,9	8	17,0	0	0,0	0	0,0	14	13,6	2	8,0	0	0,0
	Abandono	25	55,6	18	38,0	90	73,8	21	47,7	59	57,3	15	60,0	1	50,0

- En cada columna (bloque de países) los valores señalados con **negrita\*** indican un valor p (Sig. asintót. [biateral]) menor que 0,05 en la prueba de rangos con signo de Wilcoxon frente a los cambios de la observación inmediatamente anterior de dicho bloque de países.
- Todos los bloques países, salvo el bloque de países árabes, mostraron un valor p (Sig. asintót. [biateral]) menor que 0,05 en la prueba de rangos con signo de Wilcoxon cuando se compararon los cambios de la observación del mes 24 (final de tratamiento) frente a la del primer mes de tratamiento (el bloque de africanos no árabes fue excluido de los análisis por falta de sujetos en la muestra).

## DISCUSIÓN

### Discusión de la comparativa MES vs. MIN

El censo de la población extranjera del ayuntamiento de Madrid a 1 de julio de 2019<sup>29</sup> es de 462.343 personas. Se observa que la proporción de la población de Ecuador en esta ciudad es del 5,21 %, y sin embargo la de este estudio es del 12,37 %. Otras comparativas: Rumanía 9,67 % (11,85 %), Perú 4,54 % (7,98 %), Marruecos 4,84 % (6,70 %), Italia 4,80 % (2,31 %), Francia 2,18 % (2,06 %), Polonia 1,19 % (6,70 %), Bulgaria 1,66 % (4,38 %). Aunque los datos son

de la totalidad de Madrid, en 2019, y en este estudio los pacientes seleccionados son de un distrito determinado y en un periodo de 15 años, además de los cambios en la evolución de la inmigración en este tiempo, se puede hacer una reservada comparativa. Causa sorpresa que no haya ningún paciente de nacionalidad china, cuando actualmente supone el 8,33 % de la población extranjera, quizá por sus peculiares características sociales; tampoco subsahariana, excepto de Guinea Ecuatorial (antigua colonia española): habría que considerar la aculturación o la marginalidad como obstáculos para su accesibilidad a los dispositivos sanitarios<sup>16,17</sup>.

La edad media de las dos poblaciones es muy similar y concuerda con otros estudios realizados en este SSM<sup>27,28,30</sup>. El perfil del paciente de la MES es el de un hombre de 41 años, casado, con estudios primarios y laboralmente activo. El de la MIN es el de un hombre de 42 años –aunque con casi un tercio de mujeres–, casado, con estudios primarios, pero en general con menor nivel educacional que la MES, activo laboralmente, pero menor que la MES. El dato sociodemográfico que resulta más llamativo es la elevada proporción de mujeres en la MIN, un 27,3 %, que contrasta con el 10,7 % de la MES, es decir, una proporción mujer/hombre de casi un 1/3 vs. 1/10, pero similar a otro estudio de tratamiento grupal<sup>25</sup>.

Al término de dos años en el Programa de Alcoholismo de este SSM, se obtiene que el 45,4 % de los pacientes de la MES se encuentran en abstinencia frente al 33,8 % de la MIN (Tabla 4 y Figura 1). La revisión de otros estudios señalan tasas de 20–50 % de abstinencia<sup>25,27,28,31,32,33</sup>. Sorprende que ya en el mes 1 solo el 41,8 % en la MIN conserve la abstinencia por un 66,8 % en la MES. En esta, la abstinencia disminuye hasta el mes 6 y, luego, se mantiene estabilizada hasta los dos años de tratamiento. En la MIN va disminuyendo suavemente hasta los 24 meses. Es de señalar que mientras en la MES la abstinencia cae un 16,8 % del mes 1 al 3, en la MIN solo lo hace un 0,3 %.

Uno de los grandes problemas al que se enfrenta todo programa de adicción es su alta tasa de abandonos. En el Programa de Alcoholismo de este SSM se intenta reducirlo a través de un seguimiento a todos los pacientes incluidos, de tal forma que si un paciente no asiste a la consulta, se le concierta una nueva cita por teléfono. En este trabajo, el abandono en la MES aumenta de forma progresiva hasta el mes 9, donde se va estabilizando con ligeros aumentos. Sin embargo, en la MIN aumenta hasta el mes 12, con un mayor porcentaje de abandonos (Figura 1). Se observa en la Tabla 4 que, excepto en el mes 9, la diferencia de respuesta entre MES y MIN no es estadísticamente significativa. La revisión de otros estudios<sup>34,35</sup> indica tasas de abandono del 25–40 % en el mes 3 y hasta la mitad de pacientes en el mes 12. En un estudio de terapia grupal<sup>25</sup>, las tasas de abandono a los 2 años fueron del 65,9 % en pacientes de Europa no españoles ( $n = 44$ ), 76,2 % en los de América ( $n = 22$ ) y 75 % en los de África ( $n = 4$ ). Al final del tratamiento, la tasa de abandono de la MES es del 47,3 %, que contrasta con el 59 % de la MIN.

El objetivo principal de cualquier Programa de Alcoholismo es la consecución de la abstinencia por parte del paciente afectado por TUA. Después del periodo de desintoxicación, la fase de deshabitación tiene como misión evitar las recaídas, de tal modo que el paciente mejore los problemas que le ha originado la ingestión excesiva de alcohol<sup>36</sup>. Se aprecia que este objetivo se logra principalmente hasta en torno de los meses 12–15. La recaída se

conceptúa como el regreso al consumo de alcohol después de un periodo más o menos largo de abstinencia; asimismo, debe ser valorada como inherente a la enfermedad y no como un fracaso. Y aunque el fin ideal del tratamiento sea la rehabilitación del TUA, no debe entenderse como la abstinencia completa, sino la evolución positiva del paciente con respecto a sus problemas ocasionados por el alcohol. En este estudio se observa (Tabla 4 y Figura 1) que en la MES se originan más recaídas en los tres primeros meses, un 18,3 % en el primer mes y un 22,1 % en el tercer mes, estabilizándose en los siguientes controles. Sin embargo, en la MIN es de resaltar la alta tasa de recaídas en el primer mes, un 40,7 %, continuando altos porcentajes de recaídas hasta el mes 9 (33,5 %, 28,9 % y 18 %). A partir del noveno mes se observa en las dos poblaciones, pero sobre todo en la MIN, que las recaídas disminuyen, lo que influye decisivamente en ello el aumento de los abandonos. En la comparativa con estudios de este SSM<sup>27,28</sup>, los resultados se asemejan a la MES; en otros trabajos<sup>37,38</sup>, dan porcentajes de recaída del 35–90 %, a los 3–6 meses, o un 60–90 %, al año de tratamiento<sup>39</sup>. En general, la mayoría de las recaídas se producen durante los 6 primeros meses de tratamiento<sup>40</sup>, e incluso en un estudio examinado<sup>41</sup> se indica que en el primer mes se originan la mitad de las recaídas.

La adherencia al tratamiento, fundamental para conseguir una evolución positiva<sup>42</sup>, en la MES es el 52,7 %, superior a la de la MIN, el 41 %.

Por otra parte, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la evolución entre el hombre y la mujer de la MES y de la MIN, lo cual ratifica otros estudios revisados<sup>43,44</sup>.

Se concluye que al final de los dos años de seguimiento, la MES tiene mejores resultados en la abstinencia, en el abandono, en la recaída y en la adherencia que la MIN.

### Discusión según el área de origen

En la Tabla 6 se observa la evolución de las diferentes áreas geográficas. Con relación a las áreas americanas, se observa un gran contraste entre ellas, tanto en la evolución de la abstinencia como del abandono a los dos años de tratamiento. Los mejores resultados lo obtienen los Países Árabes, con un 52,3 % de abstinencia, mayor incluso que la MES (45,4 %). Es necesario plantearse si la presión familiar, por razones culturales y religiosas, incide positivamente en la consecución de la abstinencia, aunque, por otra parte, no es la población que logra mayor adherencia al tratamiento ni, por tanto, la que menos abandonos padece, lo que parece una contradicción. Es de destacar que justamente las áreas geográficas con mayor número de pacientes, Europa Oriental y sobre todo APN, son las que peor evolución tienen, lo



que repercute negativamente en el resultado total de la MIN. Se necesitarían nuevos estudios centrados en los pacientes de estos países para buscar explicaciones precisas sobre las causas que influyen en su falta de adherencia al tratamiento por TUA. Europa Occidental tiene un comportamiento similar a Europa Oriental, aunque con unos resultados levemente mejores (Tabla 6). El CONO SUR es el que obtiene un mayor porcentaje de adherencia a los 2 años (61,7 %), bastante más elevado que el segundo, los Países Árabes (52,3 %), e incluso que la MES (52,7 %). En un trabajo de terapia grupal<sup>25</sup>, los pacientes sudamericanos hispanohablantes son los que tienen menos adherencia al tratamiento.

Ante la heterogeneidad cultural, social e incluso religiosa de los inmigrantes, habría que desarrollar protocolos de actuación para inmigrantes con TUA con el fin de mejorar su abordaje terapéutico. Su efectividad dependerá de su adecuación al área geográfica de origen del paciente, donde la cultura del alcohol es semejante, de la facilitación a los recursos sanitarios del inmigrante, desconocedor del sistema sanitario del país de acogida o, también, de la comprensión, por parte del terapeuta, del mensaje a transmitir.

Dado que es un estudio en un campo donde no se ha hallado bibliografía similar para poder comparar los resultados obtenidos, ha sido efectuado como un trabajo de carácter esencialmente exploratorio, desde el punto de vista de la eficiencia clínica, y no ha sido complementado con un estudio más profundo de variables culturales particulares de cada uno de los grupos de países. Serían necesarios más trabajos sobre este tema para contrastar resultados. Debido a este motivo, los autores pensamos que el presente estudio tiene un carácter novedoso.

## CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bauman Z. *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*. Ed. Paidós. 2005.
- Bauman Z. *Extraños llamando a la puerta*. Ed. Paidós. 2016
- Collier P. *Éxodo: inmigrantes, emigrantes, países*. Ed. Turner. 2013.
- Forcada R, Ferrer MJ, Ochando B, del Arco MI. Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española. *Revista Española de Drogodependencias*. 2008;33(2):168-79.
- Bronfenbrenner, U. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona. Ed. Paidós. 1987.
- Berry, J. (1990). *Psychology of Acculturation*. En J. Berman (Ed.), *Cross-cultural perspectives: Nebraska symposium on motivation* (pp. 457-488). Lincoln:University of Nebraska Press.
- Berry, J. (2003). *Conceptual approaches to acculturation*. En K. Chun, P. Balls-Organista y G. Marin (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 17-37). Washington: APA Press
- Martín R. Estudios de aculturación en España en la última década. *Papeles del Psicólogo*. 2017;38(2):125-34.
- Collazos F, Adil M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*. 2008;29(3):307-15.
- Jáñez M, Ben-Bouchta S, del Olmo F. Análisis de las variables socioculturales en la atención de una unidad hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica: a propósito de un caso. *Informaciones Psiquiátricas*. 2013;214(4):493-507.
- Kendler KS, Ohlsson H, Edwards AC, Sundquist J, Sundquist K. A developmental model for alcohol disorders in Swedish men. *Psychol. Med*. 2016;46:2759-70.
- Sher KJ, Grekin ER, Williams NA. The development of alcohol use disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2005;1:493-523.
- Sordo L, Iciar B, Pulido J, Molist G, Rosales-Statkus ME, Ruiz-García M, Barrio G. Epidemiología del abuso de alcohol entre la población inmigrante en España. *Adicciones*. 2015;27(2):132-40.
- <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadística/Áreas-de-información-estadística/Demografía-y-población/Población-extranjera/Boletines-de-Población-extranjera?vgnextfmt=default&vgnextoid=ee648cb859580510VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=9ce23636b44b4210VgnVCM2000000c205a0aRCRD>
- Rehm J, Mathers C, Popova S, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33.
- Dotinga R, Van der Eijnde B, San José H, Garretsen H, Bosveld W. Alcohol y emigración: los problemas de medición en la investigación sobre el consumo de alcohol entre inmigrantes marroquíes y turcos. *Adicciones*. 2002;14(1):261-78.
- Mills BA, Caetano R. Decomposing associations between acculturation and drinking in Mexican Americans. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 2012;36:1205-11.
- Cook WK, Karriker-Jaffe KJ, Bond J, Lui C. Asian American problem drinking trajectories during the transition to adulthood: Ethnic drinking cultures and neighborhood contexts. *American Journal of Public Health*. 2014;105(5):1020-7.
- Walsh SD, Djalovski A, Boniel-Nissim M, Harel-Fisch Y. Parental, peer and school experiences as predictors of

- alcohol drinking among first and second generation immigrant adolescents in Israel. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014;138:39-47.
20. Tortajada S, Valderrama JC, Castellano M, Llorens N, Agulló V, Herzog B, Benavent RA. Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema*. 2008;20(3):403-7.
  21. Dupont HJ, Kaplan CD, Verbraeck HT, Braam, R.V, van de Wijngaart, G.F. Killing time: drug and alcohol problems among asylum seekers in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*. 2005;16:27-36.
  22. Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*. 1997;46(1):5-34.
  23. Muñoz-Rivas MJ, Graña-López J. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* 2001;13:87-94.
  24. Alaniz ML. Migration, acculturation, displacement: Migratory workers and «substance abuse». *Substance Use & Misuse*. 2002;37:1253-7.
  25. Monras M, Freixa, N, Ortega L, Pineda P, González A, Gual A. Alcoholismo e inmigración. Adherencia de los pacientes inmigrantes a la terapia grupal. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(7): 250-2.
  26. Sánchez, JF, Olmeda M.S. Entrevista de valoración de alcoholismo en Salud Mental. *Anales de Psiquiatría*. 2003;19:9-14.
  27. Sánchez JF, Fernández I, Rodríguez JJ. Eficacia de la terapia de grupo en pacientes alcohólicos tras dos años de tratamiento. *Anales de Psiquiatría*. 2009; 25(1):1-6.
  28. Sánchez-Peña JF, Rodríguez-Solano JJ. Seguimiento de pacientes alcohólicos tras 2 años de tratamiento. *Anales de Psiquiatría*. 2008;24(2):47-50.
  29. Ayuntamiento de Madrid. Población extranjera en la ciudad de Madrid a 1 de julio de 2019. Disponible en: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Areas-de-informacion-estadistica/Demografia-y-poblacion/Poblacion-extranjera/Poblacion-extranjera-en-la-ciudad-de-Madrid/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=c289d54944580510VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=9ce23636b44b4210VgnVCM2000000c205a0aRCRD>
  30. Sánchez JF, Rodríguez JJ. Juego Patológico asociado a Alcoholismo: un estudio de comorbilidad. *Anales de Psiquiatría*. 2006;22(2):72-6.
  31. Soyka M. Profilaxis de las recaídas en el alcohol. *CNS Drugs*. 1997;7(4):313-27.
  32. Gual A, Ligoña A, Costa S, Segura L, Colom J. Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 pacientes. *Med Clin*. 2004;123:364-9.
  33. Humphreys K, Moos RH. Encouraging posttreatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilization outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31:64-8.
  34. Nalpas B, Boulze-Launay I, the Inserm AlcoholGroup. *Alcohol and Alcoholism*. 2018;53(1):89-94.
  35. Kranzler HR, Escobar R, Lee D-K, Meza E. Elevated rates of early discontinuation from pharmacotherapy trials in alcoholics and drug abusers. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996;20:16-20
  36. Ventura I. Psicoterapia del Alcoholismo. En: Cuevas J, Sanchos M, ed. *Tratado de Alcoholología*. Lab. Dupont-Pharma. Madrid. 2000. p,239.
  37. Yoshimura A, Kimura M, Nakayama H, Matsui T, Okudaira F, Akazawa S, Ohkawara M, Cho T, Kono Y, Hashimoto K, Kumagai M, Sahashi Y, Roh S. Efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol dependence assessed with a multicenter randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp*. 2014;38(2):572-8.
  38. Mason BJ, Quello S, Goodell V, Shadan F, Kyle M, Begovic A. Gabapentin treatment for alcohol dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174:70-7.
  39. Xie H, McHugo GJ, Fox MB, Drake RE. Substance abuse relapse in a ten-source follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*. 2005; 56(10):1282-7.
  40. Mueller SE, Petitjean S, Boening J, Wiesbeck GA. The impact of self-help group attendance on relapse rates alcohol detoxification in a controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2007;42(2):108-12.
  41. Simioni N, Conttencin O, Guardia D, Rolland B. Early relapse in alcohol dependence may result from late withdrawal symptoms. *Med Hypotheses*. 2012;79(6):894-5.
  42. Weisner C, Matzger H, Kaskutas LA. How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 2003;98:901-11
  43. Alterman A, Randall M, McLellan, A. Comparison of outcomes by gender and fee-for-service versus managed care: a study of nine community programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000;19:127-34.
  44. Wickizer T, Maynard Ch, Atherly A, Frederick M, Koepsell, T, Krupski A, Stark K. Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington state. 1994;84(2):215-21.