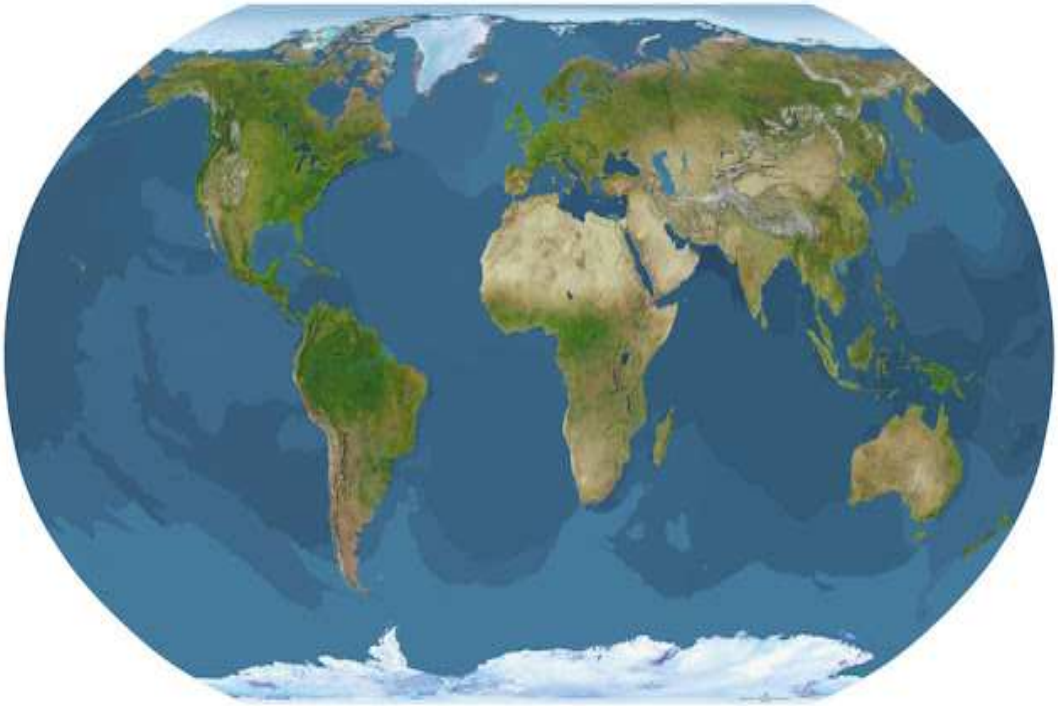
Delitos Contra la Salud Pública y consumo de drogas: Influencia del proceso migratorio.



siad

DELITOS CONTRA LA SALUD PUBLICA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS: INFLUENCIA DEL PROCESO MIGRATORIO.

ASOCIACION SERVICIO INTERDISCIPLINAR DE ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS.

SIAD

Esta Investigación ha sido realizada por profesionales de la Asociación Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias SIAD, y subvencionada por el Plan Nacional sobre Drogas. Año 2015.

COORDINADORA
Gordon Nuevo, Berta. Psicóloga Clínica.

AUTORAS:
González Guajardo-Fajardo, Bianca. Socióloga. Investigadora Principal.
Vázquez Dana, María Victoria. Trabajadora Social. Investigadora.

Colaboradoras:
Arboleya Vega, Cristina. Psicóloga Clínica. Entrevistadora.
Gusi Alcalde, Bárbara. Trabajadora Social. Entrevistadora.

AGRADECIMIENTOS.

A todas las personas de Madrid y Asturias que han participado mediante entrevistas para poder llevar a cabo este Estudio de Investigación.

Al CIS Victoria Kent.

De manera muy especial, a los profesionales del Centro de Inserción Social Josefina Aldecoa de Navalcarnero, quienes nos han facilitado el acceso al Centro sin ningún problema dándonos todo tipo de asistencia personal y profesional.

A José Manuel Arroyo Cobo, Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.

A la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias personalizando en la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.

A todas y cada una de las personas que han hecho posible este trabajo.

Esperamos les ayude a conocer la influencia del Proceso Migratorio en el Consumo de Sustancias y contribuya a su labor profesional.

Madrid, Junio de 2.015

ALICIA GAÑAN BARROSO
Presidenta de SIAD

PROLOGO

Estamos ante un trabajo que ha podido llevarse a cabo gracias a la colaboración entre instituciones públicas y agentes sociales. Independientemente de la magnífica contribución que ha supuesto su realización, para mí, uno de sus aspectos más destacables es que ha sido fruto de la conjunción de esfuerzos entre la Administración Penitenciaria, el Plan Nacional sobre Drogas y SIAD. El riesgo para la salud pública que supone la adicción a las drogas y su repercusión social en el ámbito penal, en este caso además, en una población potencialmente vulnerable como es la emigrante, es un ejemplo de problema multifacético e interdisciplinar. La solución a este tipo de retos sociales es inabordable por una sola administración, sólo podemos afrontarlos si somos capaces de coordinar los recursos de diferentes administraciones, es más, la visión de los usuarios es también un elemento principal en el diseño de su abordaje. Es preciso por tanto analizar la situación tal y como propone este trabajo, con un enfoque compartido entre el tercer sector y las diferentes administraciones concernidas.

Las conclusiones del trabajo han aportado un mejor entendimiento de las adicciones en la población emigrante en España y por tanto un avance en su abordaje junto con la necesidad de continuar con el esfuerzo investigador en este complicado campo. Esta investigación es un exponente más de la labor que desde hace más de 30 años SIAD realiza en nuestro país para mejorar el afrontamiento de los problemas de integración social de las personas con adicciones y en general en el campo de la investigación social, y que está permitiendo disponer de experiencias y conocimiento muy valioso en la atención a la salud de este tipo de enfermos.

El trabajo cercano y continuado de SIAD con la Administración de justicia, convierte a esta Organización no Gubernamental sin ánimo de lucro, en uno de los escasos agentes sociales capaces de integrar la cultura judicial y la socio-asistencial sin aparente esfuerzo. Todos los problemas de salud, como es el caso de la adicción a drogas o como ocurre frecuentemente con los trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicotrópicas, en el momento en que se judicializan entran

en una nueva dimensión, la que conforma el papel del tribunal que se encarga de conocer el caso y sus repercusiones jurídicas. Esta nueva situación para los profesionales clínicos en su papel de terapeuta, supone en ocasiones una dificultad insalvable que viven como una interferencia fatal por parte de los jueces, en el camino de la recuperación del paciente. Y es que ciertamente cuando una conducta patológica se convierte en un comportamiento antijurídico adquiere un nuevo componente social muchas veces incomprensible a los ojos del sanador, quien tiene como única meta la recuperación del paciente siguiendo una senda rehabilitadora por lo general estrictamente protocolizada. El jurista sin embargo tiene un objetivo no menos importante aunque en ocasiones contradictorio con el anterior, que es el cumplimiento de la ley, toda conducta antijurídica debe tener una respuesta legal. Los profesionales de SIAD con su trabajo cercano a los juzgados, han sabido conciliar ambos objetivos creando una cultura de trabajo conjunto entre las administraciones judicial y socio-sanitaria que se ha ido depurando a lo largo de los muchos años de experiencia que la organización acredita.

La Institución Penitenciaria tiene como uno de sus objetivos principales la rehabilitación de las personas que han sido condenadas por los tribunales, en esa importantísima labor, la alianza con el Tercer Sector es indispensable. Los problemas de los reclusos por lo general son múltiples cuando ingresan en prisión, tanto de naturaleza física, como psicológica o social. La reclusión, no es el entorno ideal para abordarlos, pero puede convertirse en un espacio de reflexión, de equilibrio, de protección y de refugio para afrontar los desafíos vitales que han contribuido de manera decisiva a llevar a una persona a prisión. Esa es la misión de cuantos profesionales trabajamos en el medio penitenciario, crear un entrono terapéutico donde empezar la recuperación integral del recluso de cara a la rehabilitación social al final de su condena.

En esta labor, la colaboración de entidades como SIAD es imprescindible, las actuaciones dentro y fuera de prisión de sus profesionales son un puente permanente del recluso con la sociedad y una ayuda fundamental en su proceso de reinserción social.

Confío plenamente en que el prestigio alcanzado por SIAD en el campo de la rehabilitación de las adicciones, se pueda reeditar orientando ese

conocimiento hacia la rehabilitación de enfermos mentales graves judicializados o en riesgo de estarlo. Hace algunos meses que la Institución Penitenciaria está colaborando con esta entidad en un proyecto pionero que persigue la identificación temprana de enfermos mentales graves cuando son llevados ante los tribunales. SIAD asesora a los jueces sobre las necesidades asistenciales de estos enfermos y media con los recursos socio-asistenciales de salud mental para derivar a este tipo de enfermos a dispositivos sanitarios adecuados al perfil del enfermo, en lugar de a dispositivos penitenciarios, en el difícil pero necesario intento de congeniar la ley y la asistencia a la enfermedad.

Finalmente quiero felicitar a los autores de este estudio por su rigor metodológico y sus contribuciones al conocimiento en un campo tan sensible como poco conocido. Las evidencias obtenidas van a ayudara a planificar la respuesta que las autoridades sanitarias, judiciales y penitenciarias deben dar a este grupo de personas, lo que permitirá una mejora en la calidad asistencial prestada.

José Manuel Arroyo Cobo
Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria

INDICE

1.INTRODUCCION. 13

1.1. El fenómeno migratorio en España 15

1.2. El consumo de sustancias adictivas en España 20

1.3. El campo de estudio de las relaciones entre el consumo de sustancias y la migración 26

1.4. El campo de estudio de las relaciones entre consumo de sustancias y delito. 42

1.5. El campo de estudio de las relaciones entre inmigración y delito. 44

2. MARCO TEORICO. 47

3. DISEÑO METODOLOGICO. 51

4. RESULTADOS. 61

4.1. Análisis del consumo de sustancias 63

4.2. Análisis de las variables de integración relacionadas con el proceso migratorio. 79

4.3. Los delitos contra la salud pública 113

5. CONCLUSIONES. 123

BIBLIOGRAFIA. 133

CUESTIONARIO. 137

1. INTRODUCCION.

En las tres últimas décadas el fenómeno de la migración ha alterado sustancialmente el perfil de la población española. Como señalan Reher et al.[1] España ha pasado de ser uno de los países europeos con menor número de inmigrantes, a contar con un porcentaje de población extranjera elevado. Sin duda este es un sector de la población que va en aumento, y que plantea a la sociedad española el reto de la integración.

Cuando aparece la inmigración en los medios de comunicación y en el discurso político se centra la atención principalmente en el debate en torno a la regulación y el control de la inmigración, así como en los continuos dramas humanitarios que trae aparejada, o en el papel que juegan las mafias en la misma. Sin embargo, son mucho menores las ocasiones en las que el punto de mira se pone en la población inmigrante ya residente en España. En las condiciones en las que se encuentran, en los retos, problemas y obstáculos a los que tienen que hacer frente.

Por ello, es necesario que desde las instituciones públicas y las políticas que éstas desarrollan, la cuestión de la inmigración deje de centrarse tanto en cómo controlar las redes y flujos de entrada al país y empiece a plantearse cómo favorecer la integración de los inmigrantes afincados en España, qué necesidades específicas tienen, y cuáles son comunes al resto de la población, o qué problemas sufren en su esfuerzo por incorporarse a la sociedad española. Sin olvidar, por supuesto, que se trata de un colectivo amplio y heterogéneo, es cual es necesario comprender antes de poder diseñar políticas públicas de atención.

El ámbito del consumo de sustancias adictivas no es ajeno a estas cuestiones. Para que los programas de actuación implementados sean completamente eficaces, es preciso que se tenga en cuenta el consumo protagonizado por inmigrantes.

Hay que avanzar en el conocimiento de sus características, de los factores relacionados con el mismo, valorar si son comunes a la población española consumidora o si por el contrario existen factores específicos

[1] Reher D. et al. (2009), *"Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: Una monografía"*. INE, UCM, GEPS, UNED.

entre esta población que tengan que ser tenidos en cuenta. Se requieren más estudios en este campo, y en concreto datos cuantitativos que puedan darnos una visión más aproximada sobre qué sustancias consumen, cuándo y dónde han empezado a consumirlas, o si se ha producido una variación en el modelo de consumo estando en España.

Esta investigación se presenta como un intento de aportar algo de luz a esta cuestión. Se trata de un estudio exploratorio sobre el consumo de sustancias adictivas entre la población inmigrante que ha sido condenada por un delito contra la salud pública. Concebido para valorar cómo es en realidad, y si existen factores relacionados con el mismo que puedan estarlo igualmente con el proceso migratorio que han experimentado estas personas. No es posible separar el hecho migratorio de su consumo, puesto que ambos forman parte de su realidad. Merece la pena valorar si hay ciertos aspectos de su situación como inmigrantes en España que puedan haber estado relacionados con el consumo de sustancias que han mantenido.

Un análisis entre la población inmigrante en general requeriría un diseño metodológico que lleva implícitos unos costes y recursos difícilmente asumibles, especialmente por la amplitud que supone y por la dificultad de localización de gran parte de este colectivo. A ello se suma que este campo de estudio se encuentra en una etapa temprana, por lo que es incluso preferible que un intento de ese calibre se posponga hasta que se tengan datos más específicos en torno a las posibles variables involucradas. De momento, es necesario avanzar poco a poco en el análisis de esta cuestión.

Además, la selección de este colectivo en particular ofrece la oportunidad de obtener información relativa a la posible relación entre el consumo y la comisión de un delito contra la salud pública. Así como valorar si existen factores relacionados con el proceso migratorio experimentado que puedan estarlo al mismo tiempo con la comisión de un delito contra la salud pública.

No obstante, antes de proseguir, son precisas una serie de consideraciones de cara a contextualizar tanto el marco teórico de la investigación como el hecho migratorio en España.

1.1. EL FENOMENO MIGRATORIO EN ESPAÑA

Uno de los principales rasgos del fenómeno migratorio en España es la rapidez con que ha cambiado el sentido de los flujos en los últimos años.

A este respecto es muy interesante el análisis realizado por el Colectivo IOE[2], que ofrece una imagen de la evolución de las migraciones en España hasta el año 2004. Hasta 1970, los flujos migratorios son principalmente de salida, y el volumen de españoles afincados en el extranjero es importante. Además la población inmigrante no llega al 1% respecto al total.

Pese a que en esa década se detienen los movimientos hacia el extranjero, sus efectos en la balanza migratoria española se notarán durante años. De hecho, en 1990 el número de emigrados es aún tres o cuatro veces superior al de residentes extranjeros, y ello a pesar del retorno casi 500.000 a principios de los ochenta. Por otro lado, en ese periodo el número de inmigrantes va subiendo lenta pero constantemente. En 1985 hay, oficialmente, 250.000 personas, en 1995 cerca de 500.000. Además, se produce un cambio en la composición de este colectivo, descendiendo el porcentaje de residentes originarios de países pertenecientes a la Comunidad Europea.

El punto de inflexión llega en el periodo entre 1997 y 2004. En el que, según las estimaciones que realizan, los inmigrantes pasan de representar el 1,6% de la población total a suponer el 8,4%.

Pero, ¿qué ha sucedido tras 2004? La Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007 (2009), estima que en ese año la cifra rondaba los 4,5 millones de

[2] Para un análisis más exhaustivo consultar el artículo completo. Colectivo IOE (2005) "*Inmigrantes extranjeros en España: ¿Reconfigurando la Sociedad?*", Panorama Social, Nº 1, págs. 32-47.

personas, suponiendo el 12.2% del total[3]. El Informe de Extranjeros Residentes en España (2014), cifraba la población extranjera con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor en 4.905.495 personas[4]. Los analistas coinciden en que, en un periodo de tiempo relativamente corto, España ha pasado de tener un saldo migratorio negativo, a estar a la altura de tradicionales países de inmigración como Francia o Alemania.

Otra de las características que define el fenómeno migratorio en España es el cambio experimentado en cuanto a la composición de la población inmigrante. Ya se ha señalado que a comienzos de los años 80 se inicia un proceso de caída en el peso de los inmigrantes procedentes de la Comunidad Europea sobre la población inmigrante total. Entre 1985 y 1995, según el Colectivo IOE (2005), pasan de representar el 59%, a suponer un 47%.

Si nos fijamos en los datos actuales, el Informe de Extranjeros en España (2014) cifra a ese colectivo en el 55,53%. Pero, ¿supone ese dato que se haya producido un nuevo repunte de este grupo? En realidad no, puesto que este informe solo contabiliza los residentes extranjeros con permiso de residencia, ignorando la gran bolsa de inmigración "irregular" en España. Además, la integración de nuevos países en la Unión Europea[5], provoca que sus ciudadanos pasen del régimen general al régimen comunitario, lo que supone mayores facilidades en cuanto a la regularización de su situación administrativa.

Por ello, vamos a recoger la información proporcionada a este respecto por la ENI 2007, que combina datos procedentes de diversas fuentes, entre ellas, la EPA y el Padrón de Habitantes. El número de residentes procedentes de países de la Unión Europea es de 1.507.365, respecto a un total de 4.526.522 inmigrantes, lo que supone el 33,30%. Los porcentajes estimados para el resto de áreas geográficas, por orden de prevalencia son los siguientes: Latinoamérica 39,49%; Magreb 13,39%;

[3] Datos referidos a la población nacida en el extranjero y residente en España mayor de 15 años.
[4] Téngase en cuenta que esa cifra no refleja el volumen total, ya que ignora a las personas que se encuentran en situación "irregular" en España, cuya cuantificación siempre resulta difícil. Por ello la Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007 combina en sus estimaciones los datos del Padrón Continuo y la Encuesta de Población activa.
[5] En el año 2004 se anexionan a la Unión Europea Chipre, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia y República Checa. En 2007 se incorporan Bulgaria y Rumania, y en 2013 Croacia.

Resto de Europa 4,73%; Asia 4,60%; Resto de África 3,56%[6]. El 65,77% de la población inmigrante procede de estas zonas[7].

Como puede apreciarse, la diferencia entre los datos ofrecidos por ambas fuentes es realmente significativa, y ello es debido, como ya se ha señalado, a lo que constituiría el tercer rasgo fundamental del panorama inmigratorio actual en España. La inmensa bolsa de inmigración en situación "irregular" existente. El Colectivo IOE (2005), señala a este respecto que mientras que el número de extranjeros es 4,8 veces mayor en 2004 que en 1997, la proporción de extranjeros en situación "regular" solo aumenta 2,2 veces.

Las razones de este importante aumento de la masa de personas residentes en España en situación "irregular" son múltiples y variadas, y se encuentran en estrecha relación tanto con procesos nacionales de índole político y económico, como con las dinámicas de cambio social acaecidas a escala internacional. Sin embargo, en su análisis, no hay que perder de vista el hecho de que son los segundos los que han tenido mayor efecto sobre los primeros.

Por ello, nos ocuparemos en primer lugar de la influencia de los cambios que ha traído consigo la Globalización en el rápido crecimiento de la población inmigrante en España. Como señala Castles "La globalización implica la proliferación de flujos transfronterizos no sólo de capital y mercancías sino también de valores culturales, ideas y personas".[8]

La influencia de la globalización en el aumento del "deseo de movilidad" opera de dos formas. Por un lado, "la llamada crisis de migración surge debido a los vastos desequilibrios entre el norte y el sur con respecto a las condiciones económicas, el bienestar social y los derechos humanos"[9]. Las diferencias en cuanto a los niveles de riqueza, bienestar y de derechos humanos y políticos que se experimentan en las diferentes áreas del globo, provocan que un número creciente de población a nivel mundial tenga que abandonar sus hogares por

[6] Elaboración propia a partir de los datos de la ENI 2007.
[7] El porcentaje de residentes originarios de Oceanía y de Estados Unidos y Canadá, es del 0,7 y el 0,74 respectivamente.
[8] Castles, S. 2003, "*La política internacional de la migración forzada*", Migración y desarrollo nº 1, pág. 15.
[9] Castles, S. 2003, "*La política internacional de la migración forzada*", Migración y desarrollo nº 1, pág. 26.

diferentes motivos. Por otro lado, y gracias a la rápida expansión de los medios de comunicación, cada vez es mayor la difusión de los valores, ideas y formas de vida occidentales. Se trata entonces de una especie de"...atracción cultural de los estilos de vida del Norte, que son mostrados en todas las aldeas por los medios masivos"[10].

Sin embargo, lo más relevante de esta cuestión es el efecto que la Globalización ha tenido en las políticas migratorias de los Estados del Norte. Mientras que se han aceptado los crecientes movimientos a escala internacional de capitales y mercancías, no ha sucedido lo mismo respecto al movimiento de la fuerza de trabajo, de la mano de obra. Castles ilustra muy bien esta cuestión cuando señala que "los flujos de personas se administran por medio de la diferenciación de reglas y mecanismos que permitan el movimientos de algunos grupos -en especial de personal altamente calificado y de trabajadores por contrato- mientras que se evita o se restringe el movimiento de otros -en especial migrantes forzados, trabajadores no calificados y sus dependientes-."[11]

Las políticas migratorias se centran en la contención de los flujos (que no entren) y en dificultar el acceso a la regularización de la situación administrativa (que no se queden). Lo que está detrás es una visión de la inmigración como una fuerza de trabajo que es necesario incorporar en la estructura económica porque esta así lo demanda, pero a la que hay que tener controlada (Arango 2007). El miedo a una avalancha de inmigrantes si se facilita el acceso subyace en las medidas de regulación que los Estados implementan.

Pero, ¿cómo ha evolucionado en estos años la legislación migratoria de España? Si volvemos al análisis realizado por el Colectivo IOE (2005), la imagen es muy clara. Antes de 1985 España no contaba con una política de inmigración, algo lógico teniendo en cuenta el peso en aquella época de los emigrantes españoles en el exterior era mayor que el de los inmigrantes afincados. Aún así, en Junio de ese año se firma el tratado de Adhesión a la Comunidad Económica Europea, el cual lleva

[10] Castles, S, 2003, "*La política internacional de la migración forzada*", Migración y desarrollo nº 1, pág. 15.
[11] Castles, S, 2003, "*La política internacional de la migración forzada*", Migración y desarrollo nº 1, pág. 15.

implícita la primera ley de extranjería, cuyo objetivo no es otro que regular la entrada de inmigrantes extranjeros[12].

En 1993 se desarrollan los "contingentes laborales anuales", que intentan controlar la llegada de inmigrantes mediante la contratación en origen. En 1997, el gobierno vigente anula la posibilidad de los inmigrantes en situación irregular de acceder al permiso de trabajo si contaban con una oferta laboral. En 2004, con el cambio de gobierno, se recupera esta forma, y se diseña una política de acceso a la "normalización" administrativa para los inmigrantes en situación "irregular" en España. En 2005 se produce la última gran regularización masiva, en un intento de reducir la ingente bolsa de población en situación "irregular" en España. La misma bolsa que en su formación se había visto favorecida por la restricción de las políticas migratorias implementadas.

Sin embargo, la firma del "Pacto Europeo de Inmigración y Asilo" en 2008, supone el compromiso de los Estados miembros a no realizar nuevas regularizaciones masivas. Esto supone un nuevo ejemplo de la presión internacional a la que se ven sometidas las políticas nacionales de los países de entrada de los flujos migratorios en cuanto a la regulación de la inmigración[13].

El resultado de este panorama, ha redundado en la proliferación de una masa de personas atrapadas en un limbo administrativo que las condena a la clandestinidad. Que limita su acceso al mercado de trabajo formal, encadenándolas a la economía sumergida, y que les niega el acceso a los recursos básicos de bienestar social.[14]

Esta política restrictiva coincide además con un periodo de crecimiento de la economía española, datado por el Colectivo IOE (2005) entre 1995 y 2004, y marcado por la creación de empleo y el consiguiente aumento de la demanda de mano de obra. Ello ha favorecido la llegada masiva de inmigrantes dispuestos a trabajar en España, que una vez expuestos a

[12] Téngase en cuenta que aunque en España la población emigrante no llegaba al 1%, otros países europeos ya sentían presión migratoria.
[13] Especialmente Italia y España, debido a su geolocalización estratégica, se configuran como los principales puntos de entrada de la inmigración con destino a Europa.
[14] Recuérdese a este respecto las recientes restricciones en cuanto al acceso a la tarjeta sanitaria para los inmigrantes derivadas de la reforma sanitaria de 2012.

la realidad de la legislación española, se han visto relegados a los mercados de trabajo sumergidos.

De momento no es preciso seguir profundizando en el análisis de estas dinámicas para el objeto que nos ocupa. La caracterización del consumo de sustancias realizado por esta población. Pero antes de proseguir, es necesaria una breve contextualización del consumo de sustancias en España, porque estas personas, cuando llegan, se insertan en unos sistemas socioculturales ya constituidos. Respecto a nuestro objeto de estudio, esto significa que los inmigrantes llegan a un país en el que se cuenta con una cultura concreta respecto a las sustancias adictivas, que ya ha establecido definiciones específicas en cuanto a la aprobación o sanción de las diferentes sustancias, espacios, formas y hábitos de consumo.

1.2. EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN ESPAÑA.

El punto de inflexión en España en cuanto al consumo se produce en torno a los años 70-80 (Comas, 2001; Pascual, 2001). Durante dicho periodo el consumo de sustancias experimenta un aumento importante, haciéndose extensivo a cada vez más sectores de la población española. Hasta entonces, el uso de sustancias estaba protagonizado exclusivamente por determinados colectivos, siendo más bien anecdótico en el conjunto de la sociedad.

Esto no significa que las sustancias adictivas no hayan tenido presencia en nuestro país. De hecho, además del tradicional consumo de alcohol y tabaco en España, hay evidencias de consumo de otras drogas. El consumo de cannabis no es un fenómeno moderno, sino que antes del periodo señalado, y como consecuencia de la experiencia colonial en Marruecos, ya se dan en España casos de sujetos que han entrado en contacto con dicha sustancia (Comas 2001) y que han mantenido el consumo de la misma una vez de vuelta en España.

Por otro lado, no hay que perder de vista el hecho de que, ya a principios del siglo XIX, en España se podía encontrar de venta en las

farmacias un amplio abanico de sustancias psicoactivas, entre ellas, cocaína, anfetaminas y benzodiacepinas. Este comercio se producía principalmente bajo prescripción facultativa, si bien en determinados momentos se permitió el libre acceso de la población a su compra. Según Pascual (2001), "hacia 1900 todas las drogas conocidas se encontraban disponibles en farmacias y droguerías, pudiéndose incluso comprar por correo. La legislación española permitía que a principios del siglo XX, se pudiesen dispensar drogas y entre ellas pastillas y jarabes de cocaína y todo ello de libre acceso para los usuarios"[15]. Ello se debió a la consideración de las mismas como beneficiosas para la salud y poseedoras de determinados atributos positivos, siendo recomendadas por numerosos profesionales de la medicina como remedio para patologías muy diversas. De hecho, antes de empezar a constatar los efectos perjudiciales del consumo prolongado de estas drogas, desde el ámbito sanitario se alabaron sus cualidades para el tratamiento de patologías tan variadas que podían ir desde los trastornos digestivos o la fatiga, hasta diversas alteraciones de la psique.

Esta dispensación en los establecimientos farmacéuticos, se extiende hasta 1972, momento en el que se llevan a cabo una serie de restricciones motivadas por cierta corriente prohibicionista en cuanto al consumo de sustancias adictivas a escala internacional. De hecho, en 1971, se firma el "Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas" en Naciones Unidas. El resultado de este cambio en la orientación de las políticas públicas respecto al consumo de sustancias, se traduce en el aumento del mercado negro (Pascual, 2001). A partir de entonces, su uso queda sometido a prescripción médica, y el abanico de patologías en las que continúan utilizándose se ve profundamente reducido.

No obstante, la utilización de las mismas ya se había extendido a estratos de población muy alejados del actual estereotipo de consumidor. Nos encontramos con un panorama social en el que el consumo moderado de sustancias era tolerado e incluso recomendado. Así, se asiste, por ejemplo, al consumo de anfetaminas por parte de amas de casa,

[15] Pascual, F. (2001) "*Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína*". Adicciones. Vol. 13 nº 2, pág. 14.

trabajadores o estudiantes (Comas 2001). O al consumo de cocaína por parte de artistas de la farándula, entre los cuales se alababan sus propiedades como tensor de las cuerdas vocales o como propiciador de la creatividad (Pascual, 2001).

Sin embargo, y pese a las voces que ya se habían levantado en torno a la capacidad adictógena de estas sustancias y los riesgos que entrañaba su consumo, en España no se genera una alarma social importante en cuanto al mismo hasta los años 80, precisamente tras la entrada de la heroína en nuestro país y la constatación de los estragos que produce en toda una generación.

Comas (2001) data este acontecimiento en torno a 1973. En un primer momento, el perfil de los consumidores de esta sustancia, está delimitado por jóvenes universitarios procedentes de familias de clase media o alta. No obstante, alrededor 1977 o 1978, el uso de esta sustancia se extiende a los jóvenes de clases populares, que se inician en el mismo a edades cada vez más tempranas. El incremento en cuanto al número de consumidores es vertiginoso, pasando en tan solo dos años, de 2% al 5% de los jóvenes españoles entre 18 y 24 años (Comas 2001). Este aumento en el consumo de heroína, se acaba traduciendo en un auge de la problemática social y delincuencial asociada al mismo, que acabará creando importantes niveles de alarma en la sociedad española.

El caso de la cocaína es algo similar, aunque el auge en su consumo es algo posterior que el de la heroína. Pascual (2001) data este proceso en torno a finales de los años 80 y principios de los 90. En un primer momento, el perfil de estos consumidores se circunscribe a integrantes de los estratos más elevados de la sociedad española, a la "jet". Esto es debido a que, por su elevado coste, se considera esta sustancia la droga de los "ricos", asociándose su consumo al éxito profesional y a cierto estatus social. No obstante, durante los años 90 su consumo se hace extensivo al resto de estratos sociales, incluidas las clases bajas. Este aumento del consumo de cocaína está relacionado con un "aumento del ocio nocturno, un cambio en la escala de valores basada en el éxito social rápido y en la instauración de una moda de consumo recreativo

de drogas"[16]. También lo achaca al incremento en la oferta que se produce a consecuencia de la expansión del mercado internacional de la cocaína. Las redes de tráfico de drogas comienzan a ver en España un importante punto de entrada al mercado europeo, que se ve facilitado, además de por su orografía y su situación geográfica, por las buenas relaciones con los países latinoamericanos y con la existencia previa de redes organizadas de contrabando de tabaco.

En resumen, durante el periodo analizado se produce un cambio en los patrones de consumo de sustancias adictivas en España, marcado por dos aspectos fundamentales. El primero de ellos alude al cambio experimentado respecto al perfil del consumidor, a la generalización del uso de sustancias entre la población española. Recordemos que se ha pasado de un número reducido de consumidores con unas características muy específicas[17], a un consumo elevado entre la población española, que se ha extendido por todas las clases sociales y por amplios colectivos de la sociedad. Hoy en día los consumidores de las diferentes sustancias no tienen un perfil particular, no se corresponden con grupos específicos de población, sino que proceden de muy diferentes ámbitos sociales.

El segundo elemento que define este cambio está relacionado con la asunción de la capacidad adictiva de estas sustancias. Se pasa de un contexto en el que incluso se recomienda el consumo moderado de las mismas, considerado beneficioso para la salud, a otro en el que se asumen los riesgos que entraña el mismo. Parece que este cambio en cuanto a la consideración social del consumo de drogas, acaba repercutiendo en el abandono de su uso con fines medicinales o terapéuticos. Sin embargo coincide con un proceso de expansión del uso recreativo de sustancias entre la población española, directamente relacionado con los cambios sociales producidos y con la difusión de un nuevo modelo de cultura profundamente marcado por el ocio y el consumo, que se ha consolidado en la actualidad. Este proceso ha

[16] Pascual, F. (2001) "*Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína*". Adicciones. Vol. 13 nº 2, pág. 20.
[17] Como es el caso del consumo de cannabis entre individuos repatriados tras la experiencia colonial en Marruecos, o del consumo de cocaína protagonizado por parte de las élites.

favorecido la persistencia del consumo de sustancias asociado a su uso lúdico o recreativo, agravado además por la internacionalización y el cambio en cuanto a las redes de tráfico de drogas, que han redundado en una abundante oferta de sustancias en España.

Para acabar de entender estos cambios, no hay que perder de vista las transformaciones sociales experimentadas en España en los últimos cincuenta años. La recuperación y el crecimiento económico, el final del franquismo y el proceso de democratización, la apertura social y cultural vivida y el acercamiento al modelo sociocultural europeo, y por supuesto el cambio operado en cuanto al género y la incorporación de la mujer a diferentes espacios sociales hasta entonces restringidos. Toda una serie de profundos cambios sociales que traen consigo un proceso de regeneración cultural, que incluye una nueva cultura en torno al consumo de sustancias psicoactivas.

Pero, ¿cuál es la situación vigente hoy día en España? Los últimos datos arrojados por la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2013) ofrecen una imagen muy clara del panorama actual. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco. En torno al 78% y al 40% de los encuestados, respectivamente, habían realizado consumos en los últimos 12 meses. Entre las sustancias ilegales más consumidas, se encuentra en primer lugar el cannabis (9,2%), seguido de la cocaína (2,2%) y el éxtasis (0,7%). El resto tienen porcentajes inferiores, siendo el correspondiente a la heroína del 0,1%. Las sustancias que empiezan a consumirse a edades más tempranas son el tabaco (16,4), el alcohol (16,7) y el cannabis (18,6), y se aprecia un moderado descenso respecto a la anterior medición para todas las sustancias. En general, los hombres consumen más que las mujeres, si bien éstas también muestran porcentajes importantes para todas las sustancias.

Merecen especial atención los resultados en cuanto a los hipnosedantes, y la variación respecto a su consumo en los últimos 12 meses. El 12,2% de los encuestados habían realizado consumos bajo prescripción médica, siendo esta única categoría la que muestra mayores porcentajes entre las mujeres que entre los hombres. Sin embargo, cuando observamos el consumo realizado sin contar con receta médica, encontramos que esta

superioridad de las mujeres desaparece, además de que el porcentaje de consumo cae hasta el 1,2%.

Por otro lado, esta encuesta también nos ofrece una aproximación a la percepción del consumo de sustancias entre la población española. En relación al riesgo asociado al mismo, se aprecia en general cierta estabilidad en los valores de todas las sustancias a excepción del cannabis, que parece bajar respecto a los resultados obtenidos en 1997. Las sustancias que se perciben actualmente como más peligrosas son, por orden, la heroína, el éxtasis, los alucinógenos, la cocaína, el alcohol, el tabaco y el cannabis. Aunque se aprecia un aumento en cuanto al riesgo asociado al consumo de tabaco, llama la atención que persista la imagen de esta sustancia como más peligrosa que el cannabis. Además, se constata que las mujeres perciben, en general, mayor riesgo en el consumo de sustancias que los hombres, excepto en el caso de los hipnosedantes. Si nos centramos en la percepción de la disponibilidad de las sustancias, vemos que se ha producido un cambio de tendencia, que se inicia en 2009, y que pone fin al crecimiento experimentado en el periodo anterior. Desde entonces, hasta 2013, la disponibilidad percibida para todas las sustancias ha bajado, si bien es cierto que el descenso experimentado por el cannabis es menor que el del resto.

Así, las sustancias más extendidas actualmente en España son el alcohol y el tabaco, cuyo uso parece estar normalizado entre la población. Entre las sustancias ilegales el cannabis y la cocaína son las más consumidas, siendo el primero el que tiene una incidencia mayor. Esto coincide con el hecho de que tenga los menores niveles en cuanto a la percepción del riesgo asociado a su consumo. Parece por tanto, que la importancia que tuvo la heroína en la década de los 80 ha sido desplazada en nuestros días por otras sustancias como el cannabis, la cocaína o el éxtasis.

Pero además de una variación en cuanto a las sustancias más consumidas, se ha asistido a un cambio en los patrones de consumo. Cada vez más el consumo de drogas se enmarca en contextos recreativos y relacionales, durante los fines de semana o en los espacios de ocio y tiempo libre. Para Rodríguez y Megías (2014) el consumo de sustancias se percibe en mayor medida asociado a la búsqueda de

sensaciones, la curiosidad o la rebeldía. Si bien es cierto que encuentran que más del 50% de sujetos no ve beneficio alguno en el consumo de sustancias, entre los más citados por el resto, destacan la diversión y el placer, la desinhibición, la relajación o la evasión frente a los problemas sociales o laborales, oscilando sus porcentajes entre el 15% y el 25%. Para estos autores, el cambio operado está relacionado con una modificación en cuanto a la alarma social generada por el consumo, especialmente entre los sectores más jóvenes de la población, que parece que aprecian en menor medida el riesgo que entraña el consumo de sustancias, y que cada vez más enmarcan estos consumos en espacios de ocio y fines de semana.

Por último, hay que aclarar que los datos ofrecidos sobre la percepción en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas se refieren a las consideraciones de la población en general. Cuando se observan las opiniones de aquellos sujetos que han realizado o mantienen consumo de alguna sustancia las posturas suelen relajarse, especialmente en cuanto a los riesgos o los beneficios asociados al mismo.

1.3. EL CAMPO DE ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y LA INMIGRACION.

El campo de estudio de las relaciones entre la migración y el consumo de sustancias adictivas es de reciente aparición, por lo que hay pocas investigaciones al respecto. No obstante, hay una serie de indicios en torno a los posibles factores relacionados con el consumo de sustancias adictivas entre la población inmigrante. Sin embargo, su análisis debe realizarse con cautela, ya que son múltiples, y con frecuencia se encuentran interrelacionados entre sí.

Por otro lado, no debe olvidarse el hecho de que el que concurran en un individuo diferentes factores de riesgo frente al consumo de sustancias no significa que dicho individuo vaya a desarrollar un consumo o una dependencia. Hay que evitar ser deterministas en el tratamiento de la información presentada, teniendo siempre presente que estamos

hablando de factores que pueden influir, pero nunca determinar. Esto es imperativo también de cara a las consideraciones que se hagan de los diferentes colectivos de inmigrantes. Cuando se hable de factores de riesgo o protección de determinados grupos de origen, deberá tenerse siempre presente que la pertenencia a los mismos no es determinante en cuanto a los fenómenos analizados. Ello es imprescindible de cara a no asociar determinadas nacionalidades o áreas de procedencia de forma irremediable al consumo de sustancias o al tráfico de drogas.

Dicho esto, pasamos a examinar las diferentes interpretaciones que desde la literatura se han hecho de la relación entre el consumo de sustancias adictivas y la inmigración. Varios autores apuntan hacia la existencia de una serie de factores sociales, culturales, psicológicos e incluso biológicos, que podrían estar incidiendo en el consumo de sustancias por parte de esta población (Balsalobre, 2008; Forcada et al. 2008; Pérez, 2007). Para Balsalobre (2008), además de estos, existen cuestiones ambientales o relacionadas con el género que pueden acabar actuando como factores de riesgo o factores de protección en cuanto al consumo de sustancias. Veamos detenidamente cada uno de ellos.

- **Factores culturales**.

  Antes de entrar en materia hay que aclarar que los inmigrantes son personas que provienen de sistemas culturales específicos que han interiorizado a través procesos de socialización. Cada uno de ellos viene con una idea preconcebida en torno a una serie de cuestiones, entre las que, en numerosas ocasiones, se encuentra una idiosincrasia concreta en torno a las sustancias y su consumo.

  Por ello, desde este campo de estudio se ha puesto atención en torno a si puede haber factores susceptibles de suponer un riesgo o una protección frente al consumo de sustancias en sus culturas de origen. Castaño (2009) apunta diferentes elementos que pueden actuar en este sentido.

Señala que el hecho de que estos sujetos provengan de países en los que existe tradición de consumo supone un factor de riesgo. La existencia en las culturas de origen de consideraciones en torno a las sustancias relacionadas con lo "natural" o como poseedoras de determinados beneficios o cualidades agrava esta cuestión, porque acaban viéndose afectadas de una carga positiva (por relacionarse con valores relativos a lo que se considera natural o beneficioso). Sucede lo mismo en el caso de que la sustancia se considere en sí misma un elemento cultural, algo propio y característico de la sociedad de origen. El resultado es que estas percepciones pueden acabar convirtiéndose en factores de riesgo frente al consumo.

Veamos un ejemplo para facilitar la comprensión de estos aspectos. El consumo de hoja de coca en el área andina. Se trata de un consumo de larga tradición de una sustancia considerada "natural" a la que se le atribuyen propiedades beneficiosas, y que además se encuentra relacionada con la cuestión indígena y de la preservación y reafirmación de los valores tradicionales. Cuestiones muy complejas en las que no vamos a detenernos. Sin embargo, basta señalar que puede constituir un factor de riesgo de cara a la percepción y el consumo de determinadas sustancias, pues se les resta parte de la carga negativa que pueda tener la consideración social de su consumo.

En realidad, no hace falta que el consumo de una sustancia esté asociado a estos elementos para que sea aceptado socialmente. Toda cultura elabora una serie de definiciones sobre lo que se considera o no una droga, y cuándo está aceptado el consumo de sustancias. En este sentido Castaño señala que "...esta aceptación social se circunscribe a población específica, momentos determinados, lugares concretos y causas establecidas"[18]. De manera que cuando el consumo se realiza fuera de estas pautas socialmente establecidas, es cuando se considera abusivo o problemático.

[18] Castaño, V. (2009) *"Prevención de drogodependencias en la población inmigrante en España"*. Fundación Atenea. Pág. 57

El mejor ejemplo de ello es el del consumo de alcohol. El tratamiento en torno al mismo es diferente según la cultura de la que hablemos, hasta el punto de que mientras que en algunas está sancionado, en otras hay una amplia permisividad al respecto. Sin embargo, incluso cuando está permitido, persisten las definiciones concretas en torno al contexto en el que se acepta socialmente. Según Castaño (2009) en los países latinoamericanos el consumo de alcohol se justifica cuando lo realizan individuos que trabajan duramente, como una forma de evasión durante el fin de semana. Sin embargo, si se trata de personas desempleadas, se pierde esta justificación y entonces su consumo está mal visto socialmente.

Resumiendo, estas personas provienen de sistemas socioculturales en los que el consumo de sustancias estás más o menos presente o tolerado. No obstante, cuando llegan, se ven inmersos en una nueva cultura, que por supuesto cuenta con sus propias definiciones al respecto. Forcada (2008) se refiere a este hecho como una "intersección", en la que confluyen los patrones de consumo que traen y los de la sociedad española. Se trata ni más ni menos del Choque Cultural, que, al igual que en muchos otros ámbitos, también se produce en éste.

La implicación más directa de este hecho es sin duda la diferencia en cuanto al tipo de sustancias disponibles y su grado de accesibilidad en el mercado. Diversos autores apuntan en esta dirección. Para Forcada, en España "existe una exagerada oferta de sustancias y un elevado consumo"[19], mientras que Tortajada encuentra en sus análisis que "había una percepción de que era más fácil conseguir las sustancias en España que en su país"[20].

Sin embargo, el alcance de los factores derivados del choque entre ambas culturas de consumo no se limita a la oferta. Los patrones de consumo pueden verse influenciados o alterados por la coexistencia con los propios de la cultura de acogida.

[19] Forcada, R. et al. (2008) *"Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española"*. Revista Española de Drogodependencias. Vol. 33 nº 2, pág. 172.
[20] Tortajada, S. et al. (2008). *"Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos"*. *Psicothema*, 20, 3. Pág. 405

En ocasiones, puede suceder que se mantengan las concepciones y los modelos de consumo con los que se contaba en origen. Ejemplo de ello es lo que Forcada (2008)[21] denomina el Modelo originario de consumo de alcohol, en el que "el consumo de sustancias y la forma de hacerlo supone una oportunidad para diferenciarse y mostrar la pertenencia a un subgrupo"[22]. Se trataría, en este caso, de preservar elementos de identidad grupal o de pertenencia a través del mantenimiento del patrón de consumo de sustancias propio.

No obstante, hay otras veces en las que el modelo de consumo originario se ve alterado por la coexistencia con otras culturas de consumo. "Con el paso del tiempo se produce un proceso de asimilación por el que las pautas de consumo de drogas en los inmigrantes cambian y se acercan progresivamente a las de los ciudadanos del país de acogida"[23]. Para Balsalobre "las personas que previamente consumían sustancias psicoactivas en el país de origen, tienden a adoptar el patrón de uso, con las condiciones del país de acogida"[24]. Este proceso de asimilación lógicamente variará en función de si se trata de inmigrantes de primera o segunda generación. Así como dependiendo del tiempo de estancia en el país de acogida y del grado de integración y contacto con la cultura mayoritaria.

En relación a esto, Forcada (2008) señala, respecto a lo que denomina el modelo lúdico de consumo de alcohol en inmigrantes, que "da lugar a patrones de consumo similares a los de la población española,... 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

[21] Diferentes modelos de consumo de alcohol en población inmigrante en función de su grado de integración-segregación en la esfera laboral y en el ocio.
[22] Forcada, R. et al. (2008), "*Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española*". Revista Española de Drogodependencias. Vol. 33 nº 2, pág. 175.
[23] Tortajada, S. et al. (2008), "*Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos*". *Psicothema*, 20, 3. Pág. 406.
[24] Balsalobre, A. et al. (2008), "*Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural*". Murcia: Consejería de Sanidad. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Pág. 34

consumo un medio de integración social."[25] No obstante, por el momento no nos detendremos más en esta cuestión.

Para finalizar esta cuestión es preciso señalar que no es necesario que medie la migración para que se den procesos de asimilación de otras culturas de consumo. Un ejemplo de este tipo lo constituye el consumo de sustancias en Marruecos, según el análisis de Castaño (2009). Parece que coexisten en este país dos procesos diferentes de influencia de la cultura occidental, uno directo, y el otro por mediación de la población que ha emigrado. Respecto al reciente aumento del consumo de heroína en el país, señala que quizá sea producto de la influencia de "la población marroquí que ha tomado contacto con esta sustancia en estancias en Europa, o porque se trata de territorios marroquíes del norte, ya cercanos al continente europeo"[26].

Algo parecido sucede en cuanto al incremento de consumo de alcohol. En este caso parece más bien estar relacionado con la pérdida de peso de la cultura islámica, especialmente entre la población joven y en las grandes ciudades (más abiertas al contacto con otras culturas que las zonas rurales). El resultado sería cierta pérdida del miedo ante las sanciones, lo que puede estar relacionado con este proceso de asimilación de otros modelos de consumo (Castaño 2009).

Estos son sólo algunos de los factores culturales que se han detectado desde el ámbito de estudio de las relaciones entre la inmigración y el consumo de sustancias. A efectos de síntesis se han seleccionado los que se consideran más importantes, y se ha evitado hacer alusión a las diferencias entre cada una de las culturas de consumo analizadas por la literatura. Dicho esto, pasemos a considerar los diferentes factores sociales que se han señalado como posiblemente relacionados con el consumo de sustancias.

[25] Forcada, R. et al. (2008), "*Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española*". Revista Española de Drogodependencias. Vol. 33 nº 2, pág. 175.
[26] Castaño, V. (2009), "*Prevención de drogodependencias en la población inmigrante en España*". Fundación Atenea. Pág. 61

- **Factores sociales**.

Los intentos previos de aproximación al tema de estudio han dado como resultado una imagen bastante nítida de los posibles factores sociales que pueden operar como factores de riesgo o de protección frente al consumo de sustancias. Analizaremos cada uno de ellos, siempre teniendo en cuenta lo estrechamente relacionados que se encuentran entre sí.

Comenzaremos por aquellos factores con los que cuentan en sus países de origen, para ver en qué medida se relacionan con el consumo de sustancias. En esta línea de investigación, se ha encontrado que el hecho de que el país del que se provenga sea productor de una sustancia en concreto, puede suponer un factor de riesgo respecto a su consumo en dicho país. Ello es debido a que tiene importantes implicaciones en el grado de accesibilidad de la sustancia "en cuanto a cercanía y coste económico"[27].

Por otro lado, hay casos en los que la situación política y económica concreta de las sociedades de origen puede estar relacionada con el consumo de sustancias. En este sentido, es muy interesante el análisis de Castaño (2009), del caso de Rumanía, un país que comienza a abrirse al exterior en torno a 1989. Ese cierre en los sistemas sociales puede repercutir en una menor presencia de sustancias de consumo, incidiendo directamente en su grado de accesibilidad, y constituyendo un posible factor de protección. No obstante, también puede suceder lo contrario, y que debido a la vivencia de situaciones políticas con restricciones en cuanto a la libertad, el consumo de sustancias acabe siendo una forma de transgresión o evasión frente a las mismas, tornándose en este caso en un factor de riesgo frente al consumo.

Pasemos ahora a tratar los diferentes factores sociales que pueden estar relacionados con el consumo de sustancias de los inmigrantes

[27] Castaño, V. (2009), "*Prevención de drogodependencias en la población inmigrante en España*". Fundación Atenea. Pág. 48

en España, que al fin y al cabo es el objetivo principal de la investigación.

Antes de empezar, hay que tener en cuenta que estos factores sociales se encuentran estrechamente relacionados con la condición de inmigrante de estas personas, y que su análisis no puede separarse de la misma. Dicho esto, pasemos a considerar las variables a las que se apunta desde las diferentes investigaciones.

Comenzaremos analizando el papel de las redes familiares y sociales en cuanto al consumo de sustancias. Son varios los autores que aluden a este factor como posiblemente relacionado con el consumo (Castaño 2009, Forcada 2008), especialmente en aquellos sujetos que proceden de sistemas culturales en los que se otorga un papel especial a la familia como agente socializador, esto es, como transmisor de valores. En este sentido, en el caso de los inmigrantes latinoamericanos, este papel se ve reforzado, según Tortajada, por el hecho de que la familia es también "uno de los valores principales a la hora de disfrutar de su tiempo libre y de ocio"[28]. El hecho de que den tanta importancia a pasar tiempo con la familia refuerza su papel de supervisión y modelo.

Así, la familia constituye el primer elemento protector frente al consumo. Esto sucede tanto en sus países de origen como en el país de acogida. Una vez asentados en España, esta influencia como factor de protección dependerá del grado de presencia de la red familiar de cada uno. Contar con integrantes de su familia en el país de acogida redundaría así en una mayor protección frente al consumo de sustancias.

No obstante, en este punto nos encontramos nuevamente con la ambivalencia en cuanto al sentido de la relación de estos factores con el consumo de sustancias. Es nuevamente Tortajada quien señala que "Sin embargo, el colectivo familiar puede resultar al mismo tiempo un factor de riesgo, pues muchas veces es en este contexto

[28] Tortajada, S. et al. (2008), "*Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos*". *Psicothema*, 20, 3. Pág. 406.

donde se dan los consumos de sustancias legales como el alcohol".[29] Esto sucede también si está presente el consumo de otro tipo de sustancias en la red familiar. En estos casos, las redes familiares pueden acabar constituyendo en sí mismas un factor de riesgo.

Pasemos ahora a considerar el papel del empleo en el tema que nos ocupa. ¿Hasta qué punto está relacionado con el consumo de sustancias?, y si lo está ¿cómo se produce esta relación? La respuesta a estas cuestiones no es fácil. En principio parece que el empleo sí puede estar relacionado con el consumo de sustancias, sin embargo, el análisis de esta relación es más complejo de lo que parece.

Empezaremos contemplando las formas en las que el empleo puede tener un efecto directo en cuanto al consumo de sustancias. Los indicios encontrados a este respecto en las investigaciones precedentes, apuntan principalmente hacia la forma en la que tener un empleo puede constituir un factor de riesgo. Esto sucede principalmente en relación a los recursos económicos de los que se dispone para financiar el consumo de sustancias. Tener un empleo en principio supondrá contar con más recursos económicos. Sin embargo, la incidencia de este hecho en el consumo, parece producirse más bien en cuanto a cantidad, variedad o calidad de las sustancias a las que se puede acceder. De manera que más que incidir en si se produce o no el consumo, parece estar más relacionada con el modelo que adopta el mismo.

No obstante, Forcada, en su análisis de los modelos de consumo de alcohol en inmigrantes en base a sus niveles de integración o segregación en las esferas laboral y de ocio, nos ofrece un ejemplo de cuándo la posesión de un empleo puede suponer un factor de riesgo en sí mismo. Señala que hay determinados sectores del mercado laboral[30] que "propician una cultura profesional de consumo con ingestas moderadas y repartidas durante toda la jornada"[31]. Estas

[29] Tortajada, S. et al. (2008), "*Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos*". *Psicothema*, 20, 3, 406

[30] Forcada et al. señalan como tales la minería, la construcción, la agricultura y la hostelería.

[31] Forcada, R. et al. (2008), "*Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española*". Revista Española de Drogodependencias. Vol. 33 nº 2, pág. 175.

ingestas se producen principalmente durante las comidas o en los momentos de descanso en el trabajo. En estos casos puede suceder que el individuo, se sienta presionado de cara a realizar consumos de alcohol, como un medio de integrarse, de "ser considerado un miembro de pleno derecho del grupo profesional"[32]. Esto puede repercutir tanto en el inicio de un consumo alcohol (si no se había producido antes), como en el cambio de los patrones y hábitos de consumo de la sustancia.

Sin embargo, este ejemplo parece demasiado específico como para indicar la existencia de una relación entre el empleo, el consumo de sustancias y la inmigración. Ello es debido a que en dichas relaciones media la cuestión de la integración. Ya hemos aludido al hecho de que los factores que se están analizando son inseparables de la condición de inmigrantes de estas personas, y el caso del empleo no es una excepción. De hecho, el empleo se considera uno de los elementos de primer orden de cara a la integración social de los inmigrantes (Castaño 2009).

Parece que es más bien la integración social la que puede estar relacionada con el consumo de sustancias. Por lo tanto, el empleo estará vinculado al mismo en la medida en que constituya un elemento de integración social o de exclusión. La forma en que el empleo se convierte en un factor de exclusión reside en principio en la posesión o carencia del mismo, dado el modo en que determina la situación de los inmigrantes. Ello es debido a su vinculación con su situación administrativa y la obtención de los diferentes permisos. De manera que no tener un empleo restringe su acceso en cuanto a la normalización de su situación en España y el acceso a las redes formales del mercado laboral (Castaño 2009). Sin olvidar, claro está, las implicaciones en cuanto a sus condiciones materiales en el país de acogida.

En cuanto a la relación entre la integración social y el consumo de sustancias, varios autores apuntan hacia su existencia. Para Forcada

[32] Forcada, R. et al. (2008), *"Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española"*. Revista Española de Drogodependencias. Vol. 33 nº 2, pág. 175.

(2008), se trataría más bien de una cuestión en torno a las posibilidades de incorporación social, en términos de trabajo, acceso a una vivienda, idioma y libre desarrollo de las posibilidades de ocio. En este sentido, el grado de integración o segregación de los extranjeros en las esferas laboral y de ocio podría dar lugar a diferentes modelos de consumo de alcohol entre la población inmigrante. Ya hemos visto algunos ejemplos del modelo de Forcada (2008). Lo más interesante del mismo radica en el hecho de que asocie la integración social de los inmigrantes con los procesos de asimilación de la cultura de consumo autóctona. Mientras que la carencia de la misma, o la segregación, pueden estar relacionadas con el desarrollo de un consumo patológico o con el mantenimiento de las formas de consumo originarias como forma de diferenciarse como un colectivo social específico.

El análisis de Castaño (2009), por el contrario se centra más bien en la manera en la que las dificultades o el fracaso experimentados, en relación al proyecto migratorio que se tenía, se relacionan con el consumo de sustancias a través de los diferentes factores generadores de exclusión social. En este caso se mencionan como tales el empleo (por posesión o carencia), la situación administrativa, el desconocimiento del idioma, el choque cultural o la ruptura o ausencia de las redes familiares y sociales en España.

En la misma línea, Balsalobre (2008) apunta a que "las condiciones de precariedad laboral, la desigualdad, la ausencia de redes sociales o familiares, situación administrativa irregular prolongada, dificultades idiomáticas, el desarraigo y percepción personal o grupal de rechazo, se convierten en factores de riesgo que hacen de los inmigrantes grupos especialmente vulnerables a situaciones de riesgo social... Estas fracturas, en los intentos de integración pueden contribuir al inicio en el consumo de drogas, en inmigrantes que previamente no eran consumidores".[33] Si bien se reconoce la existencia en algunos casos de un consumo previo de sustancias psicoactivas, también se

[33] Balsalobre, A. et al. (2008), "*Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural*". Murcia: Consejería de Sanidad. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Pág. 33

aprecia que puede producirse una suerte de proceso de adaptación o asimilación de las costumbres de la cultura de consumo vigente en el país de acogida.

Consideremos brevemente antes de finalizar, el papel en cuanto al consumo de sustancias de la normativa legal. En el punto en el que nos encontramos basta recordar lo que ya se ha mencionado en varias ocasiones, que la normativa vigente en materia de inmigración, tal como está definida puede suponer un factor de dificultad frente a la integración social, y en algunas ocasiones un factor generador de exclusión en sí mismo. La clave de ello radica en su vinculación a la posesión de un empleo legal dentro de las redes "normalizadas" del mercado laboral. La carencia del mismo, provoca la caída en una situación administrativa de difícil solución que perpetúa la "irregularidad" y fomenta la generación de procesos de exclusión social entre la población inmigrante. Al mismo tiempo, la carencia o pérdida de la documentación legal necesaria, provoca que estas personas no puedan acceder con normalidad a las redes normalizadas del mercado de trabajo. Dicho esto, pasemos a contemplar los factores psicológicos que pueden estar relacionados con el consumo de sustancias.

- **Factores psicológicos**.

Diversos autores han centrado su atención en los efectos que a nivel psicológico puede tener el proceso migratorio concreto que ha experimentado un individuo. El contenido de cada uno de ellos varía en cuanto a los factores que considera, pero la esencia en todos ellos es la misma. La condición de estas personas y los obstáculos que han afrontado en su proceso de migración, pueden generar en los mismos un estrés psicológico susceptible de estar relacionado con el consumo de sustancias, en la medida en que puede acabar constituyendo un factor de riesgo frente al mismo.

Para Forcada (2008) la migración acarrea una suerte de "estrés aculturativo", derivado de la necesidad de enfrentarse a una nueva cultura. El sujeto se ve así avocado a procesos de resocialización en los que tiene que adaptarse a nuevos roles, normas de relación y jerarquías. Este "cambio de roles" se materializa principalmente en dos ámbitos. En el laboral, puede suceder que el individuo cuente con una cualificación profesional que no se corresponde con los trabajos que desempeña. Esto provoca que pueda darse una pérdida en cuanto a los niveles de autoestima y autoconfianza[34]. El segundo ámbito en el que se experimenta este cambio de roles es en de las relaciones de género dentro de la familia. Se produciría así un "...cuestionamiento del rol masculino en las familias procedentes de sociedades donde la desigualdad hombre-mujer es muy acusada"[35]. En este sentido, la inserción de estas mujeres en el mercado laboral, puede conllevar en los varones la sensación de que se está debilitando su rol de hombres dentro de la familia. En muchas ocasiones, este proceso se vive además tras periodos prolongados de distanciamiento de las parejas, con las consiguientes complicaciones que ello puede acarrear. El resultado de ello es la aparición de conflictos y estrés psicológico en la esfera familiar.

Tortajada (2008) alude también a este "estrés social" o "estrés postmigratorio", señalando que las consecuencias que tiene se producen tanto a nivel social como económico y sanitario, llevando además aparejado en muchas ocasiones un proceso de desestructuración familiar. Sin embargo, no llega a profundizar en esta materia.

Balsalobre sin embargo, sí ahonda en esta cuestión. Alude a este proceso con un término ya usado por otros autores, el "síndrome de Ulises". Nuevamente se considera que "el cambio vital que conlleva la migración puede involucrar un riesgo importante para la salud psíquica de los individuos o familias que participan en ellos, debido a

[34] Los colectivos de inmigrantes que se señalan como más vulnerables frente a estos procesos son los originarios de Europa del Este, pues en general tienen mayores niveles educativos.
[35] Forcada, R. et al. (2008), *"Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española"*. Revista Española de Drogodependencias. Vol. 33 nº 2, Pág. 172.

las pérdidas psicológicas y sociales que trae consigo y a los niveles de estrés intenso que se tiene que afrontar durante el proceso"[36]. Pueden aparecer entonces sentimientos de soledad, de fracaso, o de no concordancia entre los esfuerzos realizados y los progresos alcanzados. Como factores agravantes de este tipo específico de estrés se mencionan las diferencias culturales y las dificultades idiomáticas, laborales y legales. Además, parece que estarían "potencialmente" más expuestos a este tipo de estrés aquellos sujetos que se encuentran en peores condiciones, especialmente en el caso de que se encuentren en situación irregular en España. De hecho, encuentra que "la posibilidad de que afecte negativamente a nivel psicológico disminuye cuando experimentan vivencias positivas en el cambio, la persona tiene un mayor soporte social en el destino y contacto familiar cercano.[37]

Nos encontramos nuevamente un espacio en el que las condiciones de integración de los inmigrantes en España pueden estar relacionadas con el consumo de sustancias, en esta ocasión a través de su relación con determinados factores de tipo psicológico que pueden constituir factores de riesgo frente al consumo de sustancias.

- **Factores biológicos**.

A este respecto Forcada (2008) alude a varias investigaciones desde las que se ha abordado la cuestión de la preeminencia de determinados factores o características biológicas que constituyen factores de riesgo o protección frente al consumo. En este sentido se habla de la posesión o carencia de determinados atributos genéticos que pueden influir tanto en el efecto que conlleva el consumo de una sustancia como en el desarrollo de una dependencia. Sin embargo, se trata de investigaciones en torno a la preeminencia en determinados

[36] Balsalobre, A. et al. (2008), "*Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural*". Murcia: Consejería de Sanidad. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, Pág. 27.
[37] Balsalobre A. et al. (2008), "*Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural*". Murcia: Consejería de Sanidad. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Pág. 29.

colectivos de características biológicas en cuanto a la metabolización de la sustancia o el desarrollo de una adicción, por lo que no son en ningún caso determinantes. Que un individuo pertenezca a un colectivo étnico en el que se ha observado la predominancia de un atributo en concreto no supone que dicho individuo cuente con el mismo. Además del hecho de que la carencia o posesión de dicha característica biológica o genética, no está relacionada con el proceso por el cual un individuo entra en contacto con las sustancias adictivas y se inicia en su consumo.

Pero valoremos un momento la relación que pueden tener otros factores, en principio de índole biológico, con el consumo de sustancias.

El sexo es una variable de tipo biológico que a priori no tendría que estar relacionada con el consumo de sustancias, más allá de su incidencia, por ejemplo, en cuanto a su metabolización, o cuestiones de índole semejante. No obstante, nos encontramos con el hecho de que la pertenencia a uno u otro sexo, acaba suponiendo una diferencia en cuanto al consumo de sustancias. Ello es debido a que en realidad, el factor del que estamos hablando es del género. Y el género es ya una variable de tipo sociocultural. A través del género lo biológico y lo cultural se relacionan.

Todas las culturas disponen de una concepción determinada en cuanto al género, que engloba diferentes cuestiones. Como por ejemplo, qué es lo que supone ser un hombre o una mujer, o qué espacios, ámbitos o actividades tienen reservados cada uno de ellos. Toda una serie normas, y sanciones en torno a los significados de lo masculino y lo femenino.

De hecho, en numerosas ocasiones, dentro de tales definiciones sociales, encontramos que la relación de cada uno de los sexos con las sustancias adictivas está previamente establecida. En realidad, la pertenencia a uno u otro sexo lleva implícitas una serie de consideraciones y sanciones sociales en cuanto al consumo De hecho, Castaño (2009) señala que generalmente, el consumo de

sustancias, tanto legales como ilegales, suele estar más penalizado socialmente en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Encuentra en su análisis que el consumo de alcohol en Latinoamérica y Rumania está muy marcado por el factor género, asociándose directamente el consumo de alcohol de los hombres con determinados elementos definitorios de la masculinidad. Por el contrario, el consumo de alcohol y otras sustancias por parte de las mujeres, está más penalizado socialmente, quedando circunscrito al entorno familiar y a las celebraciones privadas.

En realidad, parece que "la penalización del consumo de sustancias en la población de mujeres es reflejo de toda una estructura social centrada en el protagonismo de los varones en la que el sexo masculino asume todas las cuestiones de índole pública, especialmente las relacionadas con la diversión y la socialización, vetadas para la población de mujeres".[38] Antes de finalizar con esta cuestión, cabe añadir que estas diferencias en cuanto al género y el consumo de sustancias suelen quedar desdibujadas cuando se trata de población joven.

En este caso la variable edad, media en la relación entre el género y el consumo de sustancias, neutralizando en cierta manera las diferencias que puede acarrear, en cuanto al consumo de sustancias, el hecho de ser hombre o mujer. No obstante, hay otras situaciones en las que el factor edad marca la diferencia por sí mismo. Vamos a considerar un ejemplo, propuesto de nuevo por Castaño (2009), en el que la variable edad puede dar lugar a diferencias generacionales en cuanto al inicio o los modelos de consumo de sustancias. Así se aprecian en Rumania, notables diferencias en cuanto a los espacios y contextos de consumo de la población joven y la adulta. Mientras los primeros realizan ingestas abusivas de alcohol enmarcadas en los fines de semana y en locales específicos, los segundos consumen en el hogar, y extienden dichas ingestas a cualquier día de la semana. Obviamente, estas diferencias generacionales en cuanto a los hábitos

[38] Castaño, V. (2009), "*Prevención de drogodependencias en la población inmigrante en España*". Fundación Atenea. Pág. 69

y patrones de consumo también se dan en la sociedad española. Sin embargo, no hay que dejar de considerar que es posible que estos modelos de consumo diferenciados en base a la edad se mantengan una vez en España.

1.4. EL CAMPO DE ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y DELITO.

Pese a que hay diferentes aproximaciones a este campo de estudio, hemos seleccionado la investigación realizada por Santamaría y Chait (2004) por ser especialmente ilustrativa en torno a las cuestiones principales que se han abordado hasta ahora sobre esta cuestión. La posible influencia de las diferentes sustancias psicoactivas en la comisión de delitos y la dirección de la relación entre ambas variables, es decir "qué conduce a qué; si la drogadicción lleva a la delincuencia, si es la delincuencia lo que lleva a la drogadicción. O si existen factores comunes a ambas entidades"[39].

En relación a la primera cuestión planteada, todo apunta a un alto grado de influencia del consumo de sustancias en la comisión de delitos, dado que tan sólo el 17% de los sujetos se encontraban libres de sus efectos en el momento en que se produjo[40]. Sugieren además la existencia de dos tipos de delincuencia relacionada con el consumo de sustancias, la delincuencia inducida y la delincuencia funcional.

La delincuencia Inducida hace referencia a aquella derivada del estado de intoxicación por el consumo, que tiene un efecto desinhibidor de ciertos comportamientos. Las sustancias más relacionadas con este tipo de delincuencia son la cocaína, el alcohol y las benzodiacepinas. Apreciándose además una correlación positiva entre el estado de intoxicación y los delitos de lesiones[41].

---

[39] Santamaría, J. y Chait, L. (2004) *"Drogadicción y Delincuencia. Perspectiva desde una prisión"*. Adicciones, Vol. 16 Nº 3. Pág. 207.
[40] El 53,4% de los sujetos estaba intoxicado, y el 29,5% se encontraba bajo los efectos del síndrome de abstinencia.
[41] r= 0.237 significativa al nivel 0,014.

La delincuencia Funcional sería aquella enfocada a conseguir fondos para costear el consumo. De hecho, el 88,6% de los sujetos reconocían haber delinquido en alguna ocasión para costearse el consumo, así como haber incrementado su actividad delictiva tras empezar a desarrollar una dependencia, por lo que parece quedar bastante claro que "...la demanda económica que genera la drogadicción multiplica el número de delitos cometidos por los drogodependientes"[42]. Este tipo de delincuencia está estrechamente relacionado Síndrome de Abstinencia. Lo que es coherente con el hecho de que las sustancias más vinculadas con este tipo de delincuencia sean la cocaína y la heroína, y el tipo de delitos cometidos en mayor medida sean los robos con violencia.

En esta línea Elzo, Lidón y Urquijo (1992) ya habían apuntado también hacia la existencia de diferentes clases de delincuencia asociada al consumo de sustancias. Pero además de distinguir entre la delincuencia inducida y la funcional, diferencian un tercer tipo, la delincuencia relacional, que sería aquella más relacionada con la propia sustancia y que se correspondería en mayor medida con los delitos contra la salud pública.

En cuanto a la segunda cuestión planteada, la dirección de la causalidad en el binomio drogadicción-delincuencia, se encuentra que "...la mayoría de los sujetos estudiados presentan una serie de factores comunes en la génesis de ambas entidades."[43]. El 53,4% de los sujetos así lo creía, señalando como factores posiblemente implicados en ambos procesos los ambientes familiares adversos (marcados por situaciones de pobreza, desestructuración familiar, antecedentes de abuso de sustancias o delictivos, o precariedad laboral) y diferentes factores o características individuales (entre las que se menciona la agresividad, la labilidad emocional, o un patrón de personalidad de búsqueda de sensaciones).

En cualquier caso, parece que queda clara la relación entre el consumo de sustancias y la comisión de actos delictivos, independientemente de

[42] Santamaría, J. y Chait, L. (2004) "*Drogadicción y Delincuencia. Perspectiva desde una prisión*". Adicciones, Vol. 16 Nº 3. Pág. 212.
[43] Santamaría, J. y Chait, L. (2004) "*Drogadicción y Delincuencia. Perspectiva desde una prisión*". Adicciones, Vol. 16 Nº 3. Pág. 217.

si la misma es mutua o se orienta en algún sentido en particular. Analicemos por tanto si puede haber una relación entre éstos y la inmigración.

1.5. EL CAMPO DE ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE INMIGRACION Y DELITO.

Se comienza revisando las investigaciones que abordan la relación entre la inmigración y los delitos contra la salud pública, no encontrándose más que pequeñas menciones en diferentes estudios. Lo que sí se han hallado son intentos de aproximación a la relación entre la inmigración y los delitos en general.

Un buen ejemplo de esta línea de investigación es el de Avilés (2002), que se plantea si es cierta la percepción ciudadana de que la inmigración provoca una creciente inseguridad en España. Es decir, si realmente se dan en este colectivo tasas superiores de delincuencia. Concluye que a escala internacional no se puede establecer una relación directa entre la inmigración y la delincuencia. Las tasas de criminalidad de los inmigrantes difieren de unos países a otros, en algunos son mayores que las de la población autóctona y en otros menores. Parece más bien que tasas elevadas responden a un fracaso de las políticas de integración de los países de acogida.

En el caso español la población extranjera presenta una tasa de delincuencia mayor que la autóctona. Concretamente 42 detenciones por cada mil habitantes entre la población extranjera (no perteneciente a países de la Unión europea) frente a 12 entre la población autóctona. Respecto a los delitos por tráfico de drogas cometidos por la población inmigrante en España se hace una pequeña mención, indicando simplemente que en el año 2000, el 22% de los detenidos por este delito eran inmigrantes[44], habiendo experimentado un incremento en el periodo entre 1998 y 2000 del 15% al 22%.

[44] Cálculo realizado sobre una población estimada en el año 2000 de 1.100.000 residentes extranjeros.

Además, de cara a la consideración de estos datos, es muy ilustrativa la advertencia que hace en cuanto a que "no se debe atribuir en bloque el incremento de los delitos cometidos por extranjeros al fenómeno de la inmigración, ya que en parte resulta también del auge de la criminalidad transnacional. No se debe confundir al inmigrante en dificultades que cae en la delincuencia, con el criminal profesional que acude a otro país con un propósito delictivo premeditado"[45].

[45] Avilés, J. (2002), "Inmigración y Seguridad Ciudadana en España". Anales de Historia Contemporánea, nº 18. Pág. 127.

2. MARCO TEORICO

Tras la valoración de la información recopilada en cuanto a la materia que nos ocupa, el consumo de sustancias adictivas entre la población inmigrante condenada por un delito contra la salud pública, podemos determinar el marco teórico en el que se inscribe la investigación.

En los últimos veinte años el porcentaje de población inmigrante residente en España ha aumentado considerablemente. Actualmente, y pese a que se ha producido cierto nivel de retorno a raíz de la crisis económica, parece que va quedando claro que este es un fenómeno que no es coyuntural o transitorio. Si no que, presumiblemente, se mantendrá durante las próximas décadas. Debido principalmente a su conexión con procesos que operan a escala internacional, y que están estrechamente relacionados con la globalización y las diferencias en cuanto a riqueza y condiciones de vida entre el Norte y el Sur.

Resulta sensato entonces plantear la necesidad de tener en cuenta las necesidades y problemáticas específicas que presenta un grueso considerable de la población española. El consumo de sustancias psicoactivas entre los inmigrantes es un campo de estudio que ha comenzado hace unos años, pero cuyo desarrollo ha proporcionado una imagen bastante elaborada de los factores que posiblemente están implicados en este fenómeno.

Parece que, al margen de los factores individuales que puedan concurrir en cada persona, puede haber elementos que estén relacionados con la inmigración, y que acaben actuando como factores de riesgo o de protección frente al consumo de sustancias. A efectos de síntesis y comprensión, se les ha diferenciado en categorías analíticas, sin embargo no debe olvidarse en ningún momento lo estrechamente relacionados que se encuentran algunos de ellos entre sí. Por lo que para una mejor comprensión de esta área de estudio se recomienda la consulta de las referencias indicadas.

Hemos visto cómo puede haber elementos en los sistemas sociales de los que proceden susceptibles de constituir factores de riesgo o de

protección en sus países de origen. También se han abordado los mecanismos mediante los cuales estos individuos pueden haber traído consigo, en su migración a España, determinados factores relacionados con el consumo. A este respecto, es importante el proceso por el cual las concepciones que se han asimilado en torno al consumo de sustancias en sus países de origen, o la cultura específica sobre el mismo, pueden confluir o entrar en contradicción con aquellas que son mayoritarias entre la población autóctona, pudiendo incluso darse procesos o de asimilación de la cultura de consumo española por parte de estos individuos.

Otro de los puntos que tiene especial relevancia es el modo en el que algunos factores de riesgo o de protección, parecen estar relacionados con el proceso mediante el cual los inmigrantes se integran en la sociedad española. Esto afecta al uso instrumental que pueden hacer del consumo de sustancias como un modo de relacionarse una vez llegan a España. Lo que cobra trascendencia si recordamos que en este país el consumo de sustancias está muy asociado al ocio y los espacios de socialización.

Pero resulta más importante aún, el papel que pueden desempeñar otros elementos que participan en el proceso de integración de los inmigrantes en este fenómeno. Ya hemos mencionado previamente varios de ellos, sin embargo durante las siguientes páginas se centrará la atención exclusivamente en algunos, como la situación administrativa (papeles), el empleo, la vivienda, las redes sociales, o el desconocimiento del idioma. Porque son los que determinan en mayor medida las condiciones de existencia de estos individuos. La revisión bibliográfica realizada, sugiere que la incidencia de estos factores de índole social en el consumo de sustancias, puede repercutir tanto en el inicio en el consumo de sustancias (si no se consumían previamente) como en la variación de los hábitos y patrones de consumo (si ya habían realizado consumos antes de su llegada a España). Al mismo tiempo se ha detectado que las condiciones en cuanto a la integración de estos individuos, al igual que sucede entre la población autóctona, pueden estar relacionadas con la comisión de un delito, especialmente cuanto más precarias sean. Sin

embargo, en el caso de los primeros, éstas pueden estar mediatizadas por el proceso migratorio concreto que se haya experimentado.

La necesidad de acotar el campo de estudio, tanto a efectos de concreción como de ajuste a los medos materiales disponibles, nos lleva en un primer momento a fijar nuestra atención en aquellos inmigrantes que han participado en actividades constitutivas de un delito Contra la Salud Pública, por encontrarse doblemente relacionados con las sustancias adictivas. Además, los estudios previos sugieren una relación simultánea de las condiciones de integración de los inmigrantes con el consumo de sustancias y la comisión de delitos. Y también se dispone de evidencias de la relación entre el consumo de sustancias y la participación en el tráfico de las mismas.

Por ello se acomete un intento de aproximación al consumo de sustancias protagonizado por inmigrantes que hayan estado relacionados con un delito Contra la Salud Pública. Especialmente en lo relativo a la descripción del mismo y a la evolución que ha presentado a lo largo del proceso migratorio experimentado. Esto es, además del interés por describir las características del consumo que realizan estos individuos (en términos de las sustancias que han consumido o las edades a las que se han iniciado), se tiene una especial inquietud por indagar en la evolución concreta que este consumo ha experimentado a lo largo del proceso migratorio de estos individuos. Es decir, dónde han iniciado el consumo de cada sustancia, cómo ha variado la tipología del mismo, si han empezado a consumir alguna en España o, por el contrario, la han abandonado. Se pretende además hacer una comprobación en torno a si efectivamente los factores sociales involucrados en el proceso de integración pueden estar relacionados con las posibles variaciones producidas en el consumo. Respecto a la comisión de un delito Contra la Salud Pública, el foco de atención se centra en los mismos puntos, estimar en qué momento del proceso migratorio comienzan a realizar conductas de este tipo y valorar la posible relación entre este hecho y las variables de integración relacionadas con la inmigración.

Es cierto que en el planteamiento realizado se han dejado fuera muchos factores relacionados con la inmigración que pueden mediar en el

problema de estudio, como pueden ser el género o los procesos que a nivel psicológico se pueden desarrollar a lo largo de la migración, especialmente en lo referente a cuestiones como el desarraigo, el Síndrome de Ulises o aquellas derivadas de las dificultades o el fracaso del proyecto migratorio (en caso de que se hayan experimentado). Ello responde en realidad a una necesidad de concreción de cara a satisfacer el principal objetivo de la investigación. Además de por entender que las variables seleccionadas resultan más directamente observables.

Es por ello, que la **hipótesis principal** del estudio es que existe una relación entre el proceso migratorio, el consumo de sustancias y el tráfico de drogas.

El **objetivo general** es conocer la incidencia del consumo de drogas en la población inmigrante condenada por delitos Contra la Salud Pública, recabando información cuantitativa sobre el mismo.

Dentro de los **objetivos específicos** de la investigación se encuentran los siguientes:

- Conocer las características sociodemográficas de este colectivo.
- Realizar una comparación con las características de la población inmigrante en general[46].
- Analizar los factores implicados en el inicio del consumo de sustancias por parte de la población objeto de estudio.
- Conocer los factores implicados en la comisión de delitos contra la salud pública entre la población inmigrante.
- Considerar en qué medida la forma y condiciones en que se produce la migración pueden estar relacionadas con el comercio de sustancias y el consumo en esta población.
- Conocer la relación existente entre el fracaso o las dificultades en el proyecto migratorio y el inicio del comercio con sustancias adictivas.

[46] Para ello se contrastará, en la medida de lo posible, la información recogida con los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Inmigrantes (2007).

3. DISEÑO METODOLOGICO

Tratamos por tanto de caracterizar el consumo de sustancias que se haya dado en inmigrantes relacionados con un delito Contra la Salud Pública, para lo cual es necesario realizar algunas aclaraciones terminológicas y explicar la operacionalización que se ha realizado de los principales conceptos que se están manejando.

Comenzaremos aclarando lo que se entiende por delito Contra la Salud Pública. En este sentido, el código penal[47] entiende por tal los actos de cualquier individuo que "sin hallarse debidamente autorizado, elabore sustancias nocivas para la salud o productos químicos que puedan causar estragos, o los despache o suministre, o comercie con ellos"[48], o los de aquel que, estando autorizado, "los despache o suministre sin cumplir con las formalidades previstas en las Leyes y Reglamentos respectivos"[49]. Se trata en el fondo de una categoría genérica que engloba delitos que van desde el tráfico de drogas al doping o la alteración de productos alimentarios, destinados al comercio, con sustancias nocivas para la salud (Artículos 361bis y 364). Por tanto, no todo delito Contra la Salud Pública está relacionado con el tráfico de drogas.

Es en los Artículos 368 a 378 donde se aborda específicamente la regulación en este tipo de delitos. "Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines"[50] incurren en un delito de este tipo. Esta acepción es la que se ha considerado como delito Contra la Salud Pública a lo largo de la investigación.

Otro de los principales conceptos que se tratan a lo largo del estudio es el de inmigración, que en ocasiones puede confundirse con el de proyecto migratorio o el de proceso migratorio. Aclaremos cada uno de ellos. La inmigración haría alusión al acto mediante el cual un individuo se traslada a otro país con el propósito de establecerse por un tiempo que en un

[47] Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. Título XVII, Capítulo III "De los Delitos Contra la Salud Pública, Artículos 359-378.
[48] Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. Art. 359
[49] Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. Art. 360
[50] Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. Art. 368

principio puede estar o no determinado. Y que puede variar con el paso del tiempo, o incluso ser indefinido desde el principio. El proyecto migratorio se refiere al plan que se elabora en torno a la migración, es decir, los objetivos con que se emprende, el tiempo de permanencia que se contempla, la posible perspectiva de un retorno al país de origen una vez alcanzados los mismos, etc. Y por último, el proceso migratorio está constituido por el conjunto de las diferentes etapas implicadas en el mismo, desde la elaboración del proyecto migratorio y su materialización, hasta el posible retorno o la permanencia definitiva en el país de acogida. Y comprende por tanto todo el periodo de tiempo transcurrido, así como las diferentes circunstancias y experiencias por las que se ha atravesado.

En cuanto al concepto de integración empleado, cabe apuntar en primer lugar, que en ningún caso en nuestro planteamiento se asocia el mismo con procesos de asimilación cultural entre la población inmigrante. No entendemos la integración como un proceso mediante el cual los inmigrantes van paulatinamente adoptando la cultura, hábitos o costumbres del país de acogida, sino desde la perspectiva del respeto a la diversidad cultural. Cuando se tratan estas cuestiones se está haciendo referencia a los factores materiales a través de los cuales se dan los procesos concretos de "incorporación" en la sociedad de acogida. Lo que nos lleva a la segunda aclaración que hay que hacer en cuanto este concepto.

Cuando se alude a estos factores sociales implicados en la integración de los inmigrantes, y relacionados tanto con el consumo de sustancias psicoactivas como con el tráfico de drogas, se está haciendo referencia especialmente a los siguientes[51]: el empleo, la vivienda, la situación de irregularidad en el país de acogida, las redes sociales, el conocimiento del idioma o el grado de asociacionismo. Por tratarse de aquellos con mayor interés de cara al objetivo planteado. Aún así, se ha renunciado a analizar otros factores, como por ejemplo el grado de incorporación de

[51] Lo que no quiere decir que no pueda haber otros que medien también en esta relación.

estos individuos en la esfera de la participación política[52]. No obstante, valoremos cada uno de los factores seleccionados:

- La Situación Administrativa. Nos referimos a la situación de regularidad o irregularidad de estas personas, a su estatus administrativo en España[53]. El acceso a los diferentes permisos, papeles y autorizaciones necesarios para poder permanecer en el mismo en circunstancias de "normalidad". El permiso de residencia, el permiso de trabajo y la tarjeta sanitaria se constituyen como uno de los principales escollos que todo inmigrante tiene que salvar en su proceso de incorporación en el país de acogida. Aunque parezca algo obvio, no podemos dejar de recalcar lo mucho que determina la situación de irregularidad de un individuo su acceso a factores de integración de primer orden como el empleo, la vivienda, y los procedimientos de reagrupación familiar.

- El Empleo. Se considera uno de los pilares fundamentales a través de los cuales se produce la incorporación de los inmigrantes a la sociedad de acogida. Este factor determina las condiciones materiales de existencia, los recursos con los que se cuenta para afrontar el día a día. Pero más allá de los ingresos que repercuta, es también importante la forma en que condiciona las perspectivas de futuro en muchos otros aspectos, especialmente en cuanto a las posibilidades de obtención del permiso de residencia y la tarjeta sanitaria. Tener o no tener un trabajo, resulta ser un elemento central en el proceso de integración, sin embargo, hay formas, más allá de la ausencia de empleo, que también inciden en estos procesos. Tener un trabajo no garantiza una buena situación en términos de integración.

  Hay elementos relacionados con la precariedad laboral que también están vinculados con la forma y condiciones en que estas personas se incorporan en la sociedad de acogida. A estos efectos, hemos descompuesto la valoración del factor empleo, entre otras, en las

[52] Es cierto que las restricciones que sufre este colectivo en el ámbito político, especialmente en el caso de los indocumentados, les dejan fuera de muchas de las instancias encargadas de la toma de decisiones de índole colectivo. Ello repercute en las condiciones de existencia de estos individuos, en la medida que se implementan o dejan de implementarse políticas más o menos favorecedoras en relación a las condiciones en las que se les permite integrarse en la sociedad española. Sin embargo, nos parece que la incidencia de los factores seleccionados resulta más directa en cuanto a las condiciones reales con las que estas personas se encuentran.
[53] Ya se ha mencionado la forma en que se ve dificultado el acceso a una situación administrativa "normalizada" en nuestro país.

siguientes variables o categorías analíticas: posesión o carencia de empleo, legalidad de la relación laboral (tener o no tener un contrato de trabajo), pluriempleo, jornada semanal, concordancia entre la formación académica y la capacitación profesional y los empleos que efectivamente se han desempeñado, periodos de desempleo, etc. La recogida de datos en torno a estas variables se ha realizado en relación a: el primer empleo conseguido en España, la trayectoria laboral experimentada desde entonces y el trabajo que se tenía (si es que se tenía) en el momento concreto a que se refiera la recogida de información en cada caso[54].

- La Vivienda. El lugar, y el modo en que se vive, resultan también ser uno de los indicadores más importantes en lo que a criterios de integración o exclusión social se refiere. Por ello, el abordaje de este concepto se ha realizado a través de dos dimensiones, por un lado el análisis de la vivienda en sí misma, y por otro, el examen de la situación convivencial. En cuanto a la primera, se entienden como principales variables a estudiar, el tipo de vivienda, si se trata o no de vivienda propia, el régimen de la misma (propiedad, alquiler...), el tiempo de residencia o las características o servicios con los que cuenta. Respecto a la segunda, se consideran relevantes el número de cohabitantes y su configuración. Antes de acabar es necesario apuntar un último aspecto, que debería resultar obvio, pero que aún así necesita ser explicitado en la medida en que lo merece. Las trabas y limitaciones que sufren los inmigrantes en cuanto al acceso a la vivienda. Prejuicios, desconfianza, posible carencia de una nómina o contrato laboral con los que poder firmar un contrato de alquiler. Son sólo algunas de las formas en las que el hecho de ser inmigrante puede dificultar el proceso de conseguir una vivienda.

- Las Redes Familiares y Sociales. Un individuo se encuentra más integrado a nivel social en una comunidad cuanto mayores son sus vínculos con la misma. Disponer de una a red familiar y social en el país de acogida favorece los procesos de integración de los inmigrantes en el sentido de constituir una suerte de "anclaje" que les motiva a

[54] Este aspecto se aclarará en el momento en que se expongan los resultados de la investigación.

perseverar en su voluntad de permanecer en el mismo, de establecerse. Pero por otro lado, también resultan ser un inestimable capital social de cara a su incorporación en la sociedad de acogida. Ello es debido a su valor en cuanto redes de soporte que proporcionan una fuente de apoyo material y emocional, y que pueden intervenir tanto en los primeros momentos de la migración, como en aquellos en los que se presenten dificultades. Dentro de este apartado, también se ha incluido el análisis del nivel de "asociacionismo" o pertenencia a grupos u organizaciones de diversa índole.

- El Idioma. El nivel de conocimiento del castellano también es un factor a tener en cuenta en este sentido, porque determina las capacidades de comunicación e interacción de estas personas. De tal forma que si no se conoce, las posibilidades de encontrar un puesto de trabajo disminuyen, así como el nivel de los empleos a los que se puede optar.

Antes de finalizar con la operacionalización, es imperativo acotar los conceptos que se manejan en cuanto a las drogas o la tipología de los consumos mantenidos por los sujetos entrevistados. En este sentido, se asume la definición que proporciona la OMS al respecto. Según ésta, una droga es "toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este, capaz de generar dependencia caracterizada por la pulsión a tomar la sustancia de modo continuado o periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta". En posteriores definiciones, al tratar los efectos del consumo de sustancias en el organismo, se hace alusión específicamente a la capacidad de las mismas para alterar el normal funcionamiento del sistema nervioso central. Se trata de una definición intencionadamente amplia, que engloba un sinfín de sustancias que entrarían dentro de la misma. Sustancias como el alcohol o el tabaco, de curso legal y amplia aceptación social en España, resultan ser por tanto drogas. Esto es, sustancias psicoactivas susceptibles de generar trastornos por abuso o dependencia en los sujetos que las consumen. Para Ruiz, Aceijas y Hernán "...la distinción entre drogas legales (tabaco, alcohol, y psicofármacos), e ilegales, está muy difuminada fundamentalmente porque las pautas de consumo de las drogas ilegales, suelen conllevar el uso de estas otras

sustancias."[55]. Ello nos llevó a un dilema en cuanto a la introducción de estas sustancias en el análisis del consumo protagonizado por la población objeto de estudio. Finalmente se decidió incluir en el mismo el alcohol, pero no el tabaco. Las razones para tomar esta decisión se basan principalmente en la apreciación de una diferencia significativa en cuanto a las consecuencias (sociales, psicológicas y comportamentales) que entraña el consumo de una u otra sustancias cuando se ha instaurado una dependencia. Al margen del examen del consumo de alcohol, se ha recogido información acerca de las siguientes sustancias: la cocaína, el cannabis, la heroína, las sustancias derivadas de las anfetaminas, la ketamina y las benzodiacepinas (con receta médica).

En cuanto a la elaboración de las tipologías de consumo empleadas a lo largo del estudio, hay que aclarar que se han barajado múltiples definiciones, que hacen referencia, entre otros, a los siguientes tipos de consumo: Experimental, Ocasional, Recreativo, Habitual, Compulsivo, Problemático, Dependencia... en cada una, los criterios que se manejan para la clasificación del consumo de sustancias mantenido por un individuo en una u otra categoría, dependen de factores como la cantidad de consumos mantenidos, la frecuencia de los mismos, el contexto en el que se producen, el deseo de continuar realizándolos, la afectación de las diferentes áreas vitales, etc. En ocasiones puede suceder que las fronteras entre unas categorías u otras sean difusas, como en el caso de aquellos consumos que se realizan con cierta frecuencia o periodicidad, enmarcados en los fines de semana y en contextos de ocio, y que en ocasiones pueden estar asociados a ingestas de grandes cantidades de sustancia. ¿Se trataría de consumos ocasionales si se repiten con más o menos regularidad durante los fines de semana? Y en el caso de que se entiendan como habituales, ¿no se trata también de un consumo recreativo de sustancias?

En cualquier caso, en una primera aproximación al objeto de estudio no tiene sentido enredarnos en este tipo de cuestiones. De hecho, es más ilustrativo el consenso en cuanto a la conceptualización de los primeros

[55] Ruiz, I.; Aceijas, C. y Hernán, M. (2002). "*Uso de drogas ilegales en España*". Incluido en el Informe SESPAS 2002: "Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública. Pág. 91.

contactos con una sustancia, los consumos experimentales. Quedarían enmarcados en esta categoría los primeros consumos de una sustancia, en los que se prueba la misma una o varias veces[56], pero sin que exista un deseo expreso de volver a consumirla. Si se reitera el consumo, dejaría de entenderse como experimental, pasando a estar enmarcado dentro de alguna de las otras categorías mencionadas en función del patrón específico de consumo de la sustancia que se haya adoptado.

Por otro lado, Caudevilla (2008) introduce una distinción entre el uso de sustancias y el abuso de las mismas, el primero aludiría a "...aquel patrón de consumo en el que no se producen consecuencias negativas para la salud, no aparecen problemas individuales ni dependencia"[57]. Por el contrario, el abuso de sustancias quedaría definido como aquellos "consumos de una sustancia psicoactiva que dañen o amenacen con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo"[58].

Vemos entonces que la principal diferencia entre el uso de sustancias y el abuso, radica en la génesis o aparición de consecuencias (físicas, psicológicas o sociales) asociadas al mismo. Pero, ¿Sobre qué criterios específicos se asienta la conceptualización de un patrón de consumo como abusivo o problemático? En cuanto a los trastornos provocados por el consumo de sustancias, el "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM IV.TR, 1994; DSM-V.TR 2013) hace una primera distinción en función de si se trata de trastornos por consumo de sustancias (en los que entrarían el abuso o la dependencia) o trastornos inducidos por sustancias. En este último grupo estarían incluidos, aquellos como la intoxicación, la abstinencia, el delirium, la demencia persistente, etc.

Dentro de los trastornos por consumo de sustancias, encontramos ligeras diferencias en cuanto a la nomenclatura que se le da a los mismos. Así, el DSM-IV.TR diferencia entre los trastornos por abuso y por dependencia de sustancias. En el DSM-V.TR se habla solamente de trastornos por consumo

[56] El número máximo de veces que se puede repetir el consumo de una sustancia para que éste se siga entendiendo como experimental, varía de unas definiciones a otras. Por ejemplo, la "Guía de Información sobre Drogas: ¿Qué sabemos?, ¿Qué tenemos? (2002) hace referencia a una o varias veces, mientras que en el documento "La Prevención en manos de los y las jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles", se hace alusión directa a tan sólo una o dos veces.
[57] Caudevilla, H. (2008), "*Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*". Pág. 6
[58] Caudevilla, H. (2008), "*Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*". Pág. 6

de sustancias, que pueden darse en diferentes rangos de gravedad, en función del número de criterios sintomáticos que se cumplan. El resultado es la distinción entre trastornos leves, moderados y graves por consumo de sustancias. Por su parte, el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión), distingue entre el consumo perjudicial y el síndrome de dependencia a una sustancia.

Independientemente de si el trastorno asociado al consumo de sustancias psicoactivas se considera bajo una u otra nomenclatura, el resultado es el mismo. La existencia de un trastorno derivado del consumo que ha provocado la afectación de una o varias áreas vitales (física, psicológica, social, familiar, laboral, etc.). Por esta razón, en la categorización que se ha realizado del patrón de consumo durante la investigación, no se ha diferenciado entre los trastornos por abuso o dependencia a una o varias sustancias, sino que se han englobado dentro de la misma categoría. Por el contrario, sí se ha distinguido lo que constituiría un consumo experimental u ocasional de sustancias de un uso continuado pero no problemático. El resultado son tres categorías analíticas en cuanto a la tipología de los patrones de consumo: el consumo experimental; el uso; y el abuso/dependencia a sustancias psicoactivas.

Una vez realizadas estas aclaraciones, es el momento de acotar el universo poblacional objeto de estudio. Quedaría constituido por aquellos inmigrantes que han cometido un delito Contra la Salud Pública. A medida que se avanzaba en el análisis del problema de estudio, se fue perfilando la idea de que era más interesante que cuantificar los sujetos que consumían y los que no, analizar las sustancias concretas que habían consumido éstos, y la evolución que habían experimentado sus hábitos y modelos de consumo a lo largo del proceso migratorio experimentado. Por esta razón, se entiende como población objeto de estudio aquellos inmigrantes, relacionados con este tipo de delitos, que hayan presentado en algún momento consumo de sustancias psicoactivas.

De cara a la localización de estos sujetos para constituir la muestra, se valoró como más apropiado el ámbito judicial, por entenderse como el

más próximo en cuanto al delito. A estos efectos se obtuvo el permiso de Instituciones Penitenciarias para realizar la recogida de datos en el marco de los Centros de Inserción Social (CIS) Josefina Aldecoa y Victoria Kent, ambos ubicados en la Comunidad de Madrid, lo cual facilitaba enormemente la localización de estas personas, por encontrarse aún en régimen de semilibertad. Además se contactó con individuos involucrados en un proceso judicial de este tenor, y que ya se encontrasen en situación de libertad condicional o definitiva, a través de los programas que la Asociación tiene en los Juzgados de Madrid, Oviedo y Gijón.

En estos espacios se llevó a cabo un muestreo estratégico para localizar sujetos que quisieran colaborar en el estudio y que se ajustaran al principal criterio de inclusión: que se tratara de inmigrantes condenados por un delito de tráfico de drogas mientras se encontraban residiendo en territorio español. Se excluyó específicamente a aquellos extranjeros que, sin estar viviendo en España, participaran en actividades de este tipo. Por ejemplo, sujetos que hubieran venido con el único objeto de introducir sustancias ilegales en el país. Además debían presentar o haber presentado consumo de sustancias adictivas, si bien se ha reservó un 20% de la muestra para recoger datos de sujetos condenados por este tipo de delito y que no hubieran mantenido consumo de sustancias.

También se decidió que excluir a aquellas personas cuya estancia en el país estuviera motivada por causas diferentes a la migración, esto es, personas que se encontraban en España por un tiempo reducido o que pretendieran permanecer aquí por un tiempo inferior a un año. También se tuvo que excluir del estudio a aquellos inmigrantes con graves dificultades con el idioma, por ser imposible mantener una entrevista en condiciones de inteligibilidad.

Pese a que en un primer momento se marcó como uno de los criterios de inclusión el que los sujetos entrevistados presentasen un problema por abuso o drogodependencia a alguna sustancia, finalmente se decidió rebajar esta exigencia, y valorar también el consumo que habían protagonizado inmigrantes que no hubieran llegado a desarrollar este tipo de trastornos. Ello es debido a que, al igual que sucede entre la población española en general, el volumen de individuos que mantienen consumos

experimentales u ocasionales de sustancias, o un uso no problemático de las mismas, sin llegar a desarrollar una dependencia es también elevad. Por lo que nos pareció relevante para el objeto de estudio su inclusión en los parámetros que contempla la investigación.

Finalmente, el tamaño muestral necesario para un estudio exploratorio de este tipo se estimó en torno a los 100 o 125 sujetos. Pudo localizarse a 102 sujetos que quisieran participar en el estudio, de los cuales dos tuvieron que ser excluidos, tras haberse realizado la entrevista, por no cumplir con los criterios de selección establecidos. La muestra quedó constituida definitivamente por un total de 100 individuos de los cuales 80 habían mantenido consumo de alguna sustancia y 20 no.

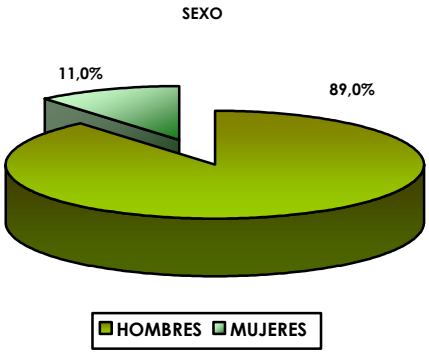
En cuanto al diseño metodológico adoptado para abordar el objeto de estudio, y dada la escasez de datos previos al respecto, la metodología que resultó más apropiada fue la realización de un estudio exploratorio que compaginara técnicas de recogida de información tanto cuantitativas como cualitativas. Se decidió realizar una entrevista en profundidad cerrada sobre el total de la muestra seleccionada, en la que un entrevistador, previamente formado en cuanto a los objetivos de la exploración, se encargaba de consignar la medición de las diferentes variables en un cuestionario tipo. Cabe apuntar, respecto a la forma en que las entrevistadoras recogieron los datos, que en el cuestionario que cumplimentaron hay algunos ítems extraídos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI 2007), con la intención de favorecer la comparación de los resultados en las variables de mayor interés.

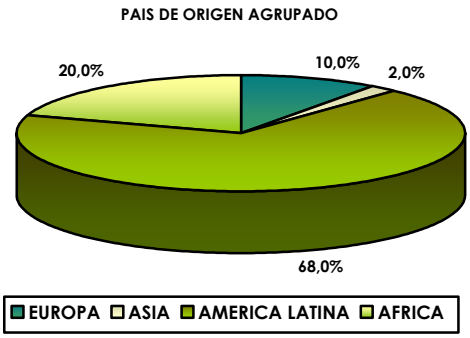
Finalmente, se mantuvo una entrevista en profundidad abierta con 5 sujetos, seleccionados o bien por haberse iniciado en el consumo de sustancias, o por experimentar una variación en cuanto al mismo una vez en España. A los que se les plantearon nuevas cuestiones en torno a la forma concreta en que se había producido esta variación y el modo en que acabaron relacionándose con actividades de tráfico de drogas.

El trabajo de campo se realizó entre los meses de Enero a Abril de 2015. El análisis de la información obtenida se efectuó mediante los programas de tratamiento de datos SPSS V.22 y ATLAS.ti

4. RESULTADOS

Antes de comenzar con la exposición de los principales resultados obtenidos, se ofrece la distribución de los sujetos encuestados por sexo y por país de origen, así como las edades con las que contaban en el momento en que se mantuvo la entrevista para la recogida de datos.

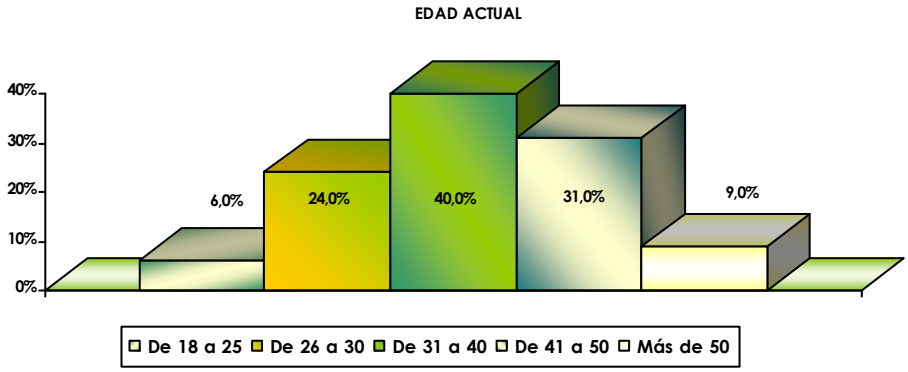




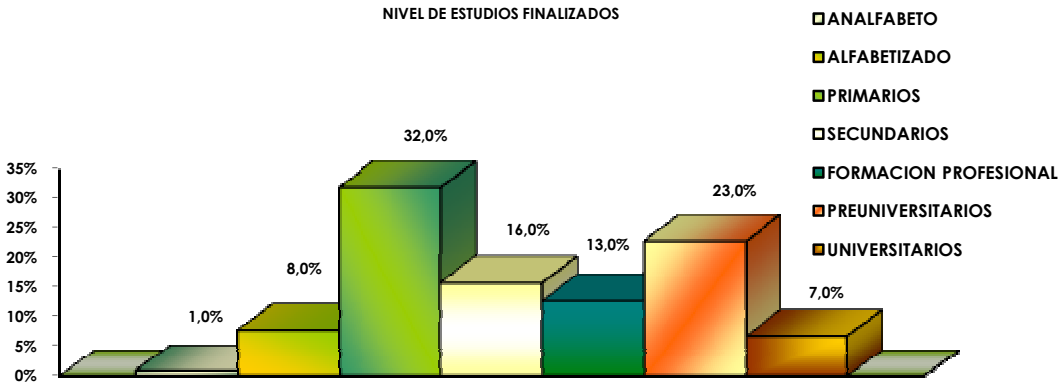
En cuanto al sexo, las mujeres tan solo representan el 11%. Sin embargo, este hecho es congruente con los bajos niveles de criminalidad de éstas frente a los hombres que se dan también entre la población autóctona. Respecto a los países de los que son originarios, hay una sobrerrepresentación de sujetos procedentes de América Latina (68 personas), principalmente de República Dominicana y Colombia (con 24 entrevistados cada una). África, está representada por 20 personas, 15 de ellas marroquíes. La muestra se completa con 10 europeos y 2 asiáticos[59]. La preeminencia de estas zonas de origen es compatible con los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI 2007), en la que también son mayoritarios los inmigrantes procedentes de América Latina y África.

El intervalo de edad mayoritaria se da entre los 26 y los 50 años, siendo la media de edad de 38,57 años. A primera vista podrían parecer edades muy avanzadas para estar hablando de inmigrantes, sin embargo, si se tiene en cuenta que se ha contactado con ellos en las últimas fases de un proceso judicial por delitos de tráfico de drogas este dato se matiza.

[59] Se ha entrevistado a sujetos procedentes de: Bélgica, Bulgaria, Estonia, Italia, Kosovo, Polonia, Rumanía, Portugal, Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, Jamaica, Perú, Puerto Rico, Venezuela, Irak, Palestina, Gambia, Guinea y Nigeria.



El 91% de los entrevistados ha finalizado algún tipo de estudios, y un 17,6% lo hizo en España. En cuanto a los niveles alcanzados, predomina la formación primaria (32%) aunque también hay un porcentaje importante de personas con estudios preuniversitarios (23%). Sólo un 7% tiene estudios universitarios, mientras que en el extremo opuesto encontramos un 9% que es analfabeto o no sabe leer y escribir en su lengua materna.



Entre la población inmigrante en general, se ha observado que "...la mayor parte de los inmigrantes (59%) tienen completados estudios de primer y segundo ciclo de secundaria, un 17% tienen estudios de educación superior y sólo un 23% pertenecen al grupo de educación primaria o sin estudios."[60] En este sentido, se han encontrado diferencias importantes entre estos valores y los obtenidos en la muestra analizada.

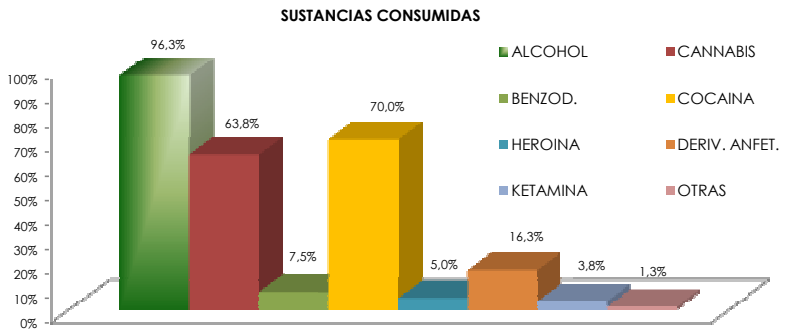
[60] Reher, D. et al. (2009), "*Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: Una monografía*". INE, UCM, GEPS, UNED. Pág. 30.

Los sujetos de estudio muestran porcentajes mucho más elevados en los niveles formativos más bajos, el 41% carecía de estudios o sólo había acabado la enseñanza primaria. Por el contrario en nuestra muestra sólo un 7% había finalizado estudios universitarios, frente al 17% entre la población inmigrante en general. Se observa por tanto, un menor nivel de estudios en la muestra analizada que entre el resto de inmigrantes.

4.1 ANALISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Uno de los principales objetivos que se marcaron al inicio de esta investigación era realizar una primera aproximación a las características que adoptaba el consumo de sustancias entre la población estudiada, para lo cual se recogieron las historias de consumo de 80 personas. Los resultados que a continuación se ofrecen se refieren en todo momento a esta muestra, y no son extrapolables a la población inmigrante en general.

El modelo de consumo observado, tiene algunas semejanzas y diferencias con el español. Al igual que en éste, las sustancias más consumidas siguen siendo el alcohol (96,3%), la cocaína (70%) y el cannabis (63,8%). Sin embargo, como ya mencionamos anteriormente, los resultados que arrojaba la última encuesta EDADAES (2013) apuntaban hacia un mayor consumo de cannabis en España que de cocaína. Al contrario que en nuestra muestra, en la que el consumo de cocaína se sitúa por delante del de cannabis.



El resto de las sustancias analizadas ha tenido una presencia más bien escasa en la muestra analizada, a excepción de aquellas derivadas de las anfetaminas[61], consumidas por un 16,3%.

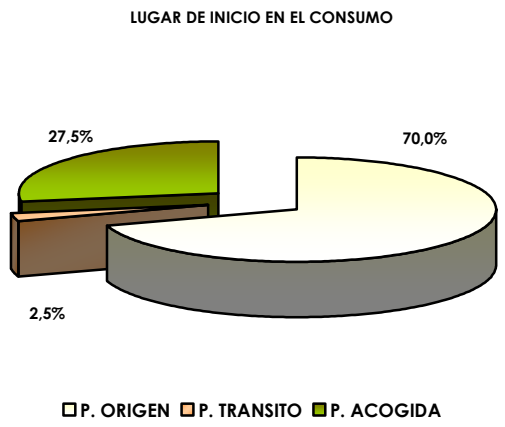
Pero antes de profundizar en el análisis de las variables que habitualmente se manejan en cuanto al consumo de sustancias, queremos detenernos en una serie de cuestiones que nos parecen de especial interés. ¿Cuántos individuos consumían ya sustancias antes de emprender la migración?, y en el caso de que lo hicieran, ¿Qué sustancias consumían? ¿Cómo ha evolucionado ese consumo mantenido? ¿Se ha agravado una vez en España? ¿Cuántos de ellos presentaban un consumo problemático antes de llegar?, y ¿Cuántos lo han desarrollado aquí?

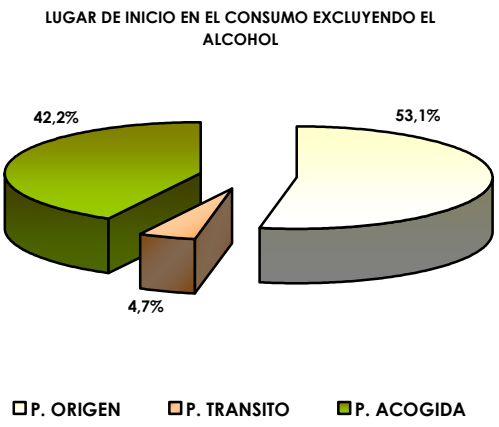
Empecemos valorando el lugar en el que se ha producido el inicio de estas conductas. Para la observación de esta variable se diferenció entre el lugar de inicio en el consumo de las sustancias adictivas en general y el lugar de inicio si se excluía el alcohol, de lo que resultaba información valiosa en cuanto a aquellas sustancias consideradas ilegales en España. Ello se debe a que el tratamiento del alcohol es algo problemático cuando se aborda el estudio del consumo de sustancias. Salvo algunas excepciones[62], su uso está bastante extendido tanto en España como en los principales países de origen representados en la muestra. Por lo que era muy probable que esto repercutiera en una sobrerrepresentación de consumidores en los resultados, distorsionando los datos.

De hecho, se observan importantes diferencias a este respecto. Si bien es cierto que la mayoría de los entrevistados ya había tenido algún tipo de contacto con las drogas en su país de origen (antes de emprender la migración) el porcentaje desciende considerablemente cuando se excluye el alcohol, y cae del 70% al 53,1%. Al mismo tiempo, se aprecia que la proporción de quienes se iniciaron en España pasa del 27,5% al 42,2%. Por lo tanto, pese a que son muchas las personas que vinieron a España habiéndose relacionado previamente de alguna manera con las

[61] Dentro de esta categoría se han englobado sustancias como las anfetaminas, las metanfetaminas, el speed, el cristal, y otras similares.
[62] Principalmente personas procedentes de países de origen musulmán, en los que el consumo de alcohol está tanto censurado socialmente como prohibido por ley.

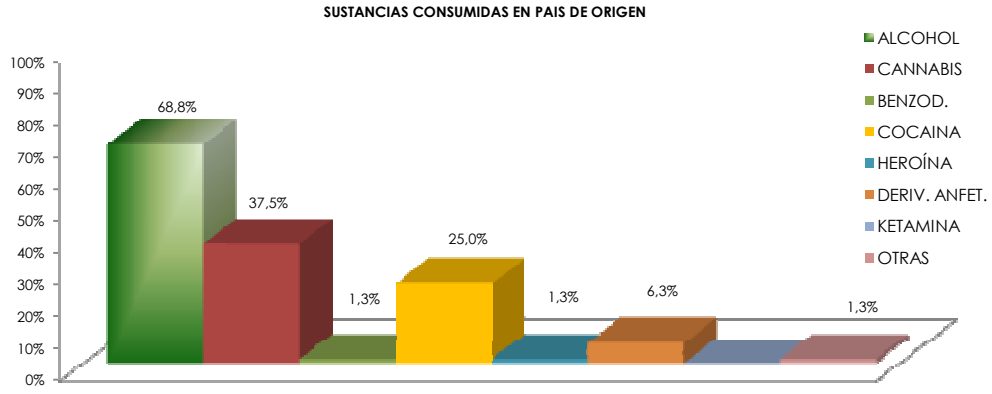
sustancias adictivas, también lo son las que entraron en contacto con las drogas ilegales aquí.

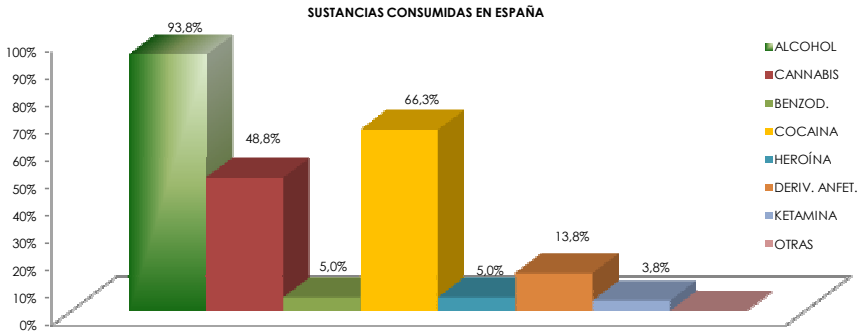




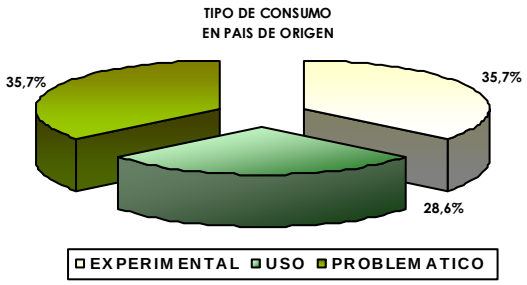
Entonces, ¿se dan también diferencias en cuanto a las características del consumo que han realizado en su país de origen y en España? ¿Se produce algún cambio en el mismo?

Veamos en primer lugar las diferentes drogas que han usado en cada momento. En alcohol, la cocaína y el cannabis siguen siendo las sustancias más consumidas, tanto en sus respectivos países de origen como en España. Y todas ellas sufren un incremento en comparación al porcentaje de consumidores antes de emigrar. Sin embargo, el aumento más destacado lo protagoniza la cocaína, que pasa de ser consumida por un 25%, a serlo por un 66,3%. De manera que se sitúa como la segunda droga en cuanto a presencia en el modelo de consumo adoptado en España, por delante del cannabis. Por su parte, el uso de alcohol prácticamente se ha generalizado en España entre la muestra, alcanzando un 93,8%. Por consiguiente, se produce una variación en cuanto a las drogas empleadas, marcada principalmente por la extensión del alcohol y un incremento preocupante del consumo de cocaína cuando se encontraban residiendo aquí.

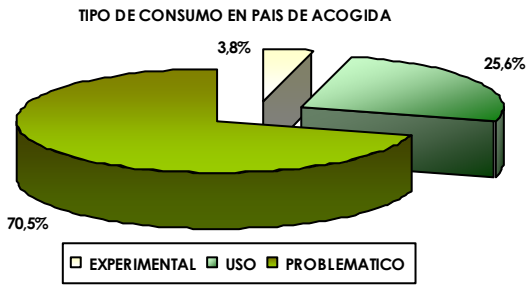




Pero, ¿cómo han sido concretamente estos consumos? Ya se ha señalado antes que pueden darse diferentes grados o niveles en cuanto a los mismos. Que un sujeto haya mantenido, o mantenga, consumo de una o varias sustancias no significa necesariamente que haya desarrollado un patrón problemático. Por esta razón es interesante valorar las diferentes tipologías de consumo que han mantenido en su país de origen y en España, así como observar si se han producido variaciones.



	Nº	%
EXPERIMENTAL	20	35,7
USO	16	28,6
PROBLEMATICO	20	35,7
TOTAL	56	100,0

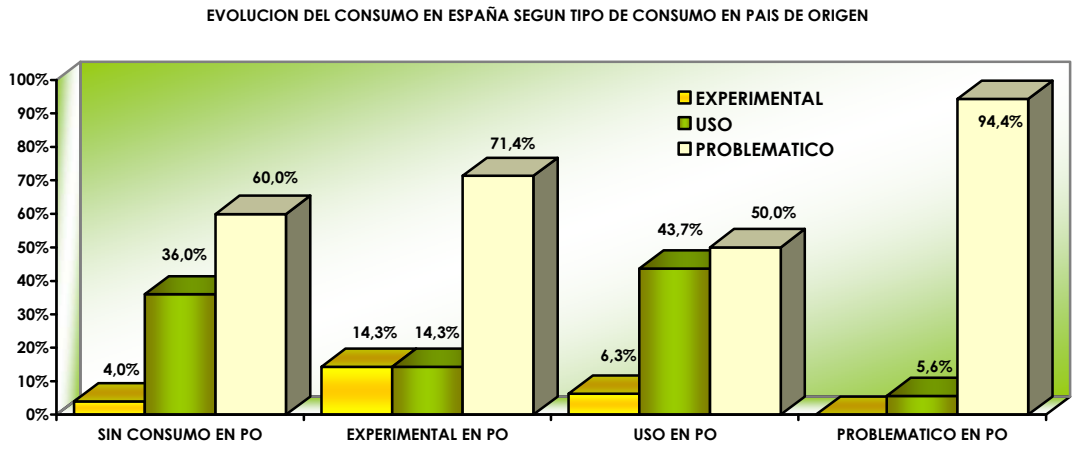


	Nº	%
EXPERIMENTAL	3	3,8
USO	20	25,6
PROBLEMATICO	55	70,5
TOTAL	78	100,0

Antes de emprender la migración habían consumido sustancias el 70% de los sujetos (56). La mayoría de ellos habían mantenido un consumo experimental o un uso de sustancias (el 35,7% y el 28,6% respectivamente). Aunque llama la atención que el 35,7% ya presentaran un patrón problemático antes de emigrar[63]. Una vez aquí, el número absoluto de consumidores aumenta. Además, se aprecia que el porcentaje de entrevistados que había usado las sustancias de forma experimental prácticamente han desaparecido (3%). En el lado contrario, se produce un aumento considerable en el porcentaje de sujetos que abusaban o dependían de alguna sustancia, que pasa de 35,7% al 70,5%.

Para ver la evolución concreta que han seguido los modelos de consumo de estos sujetos, cruzamos el tipo de consumo que traían desde sus países de origen con el que mantuvieron en España.

[63] Respecto al total de consumidores (N=80), estas 20 personas representarían el 25% de la muestra. Lo que continúa siendo un porcentaje importante, ya que 1 de cada 4 ya tenía un patrón de consumo problemático en su país de origen.

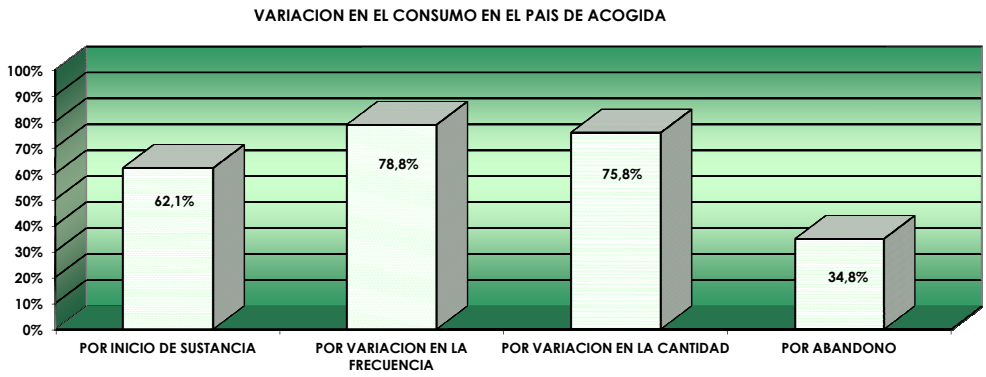


Se obtiene así lo que parece ser una evolución generalizada hacia tipos de consumo de mayor entidad que los mantenidos en el país de origen, especialmente en el caso de aquellos que nunca habían consumido sustancias psicoactivas o simplemente las habían probado. Además se aprecia que son bastantes quienes no mantenían un patrón de tipo problemático antes de llegar, y han acabado desarrollándolo aquí (el 60% de quienes no consumían, el 71,4% de los que sólo habían experimentado, y el 50% de aquellos que usaban alguna sustancia). Respecto a las personas que ya presentaban un abuso o una dependencia, casi todas ellas mantuvieron esta topología, y sólo una consiguió superar este problema, si bien continuó usando otras sustancias.

Para profundizar en el sentido de estas variaciones, se recogió información tanto de los posibles cambios en el modelo de consumo por el inicio de alguna sustancia nueva, como de las posibles alteraciones en los hábitos y patrones de quienes que ya consumían antes de llegar a España. Medidas en términos de cambio en cuanto a la frecuencia o cantidad de los consumos. Sin embargo, antes de proseguir con la exposición de los resultados, hay que aclarar que la muestra total de individuos que han mantenido consumo en España es de 74 personas, ya que 6 habían abandonado el uso de cualquier sustancia psicoactiva antes de su llegada.

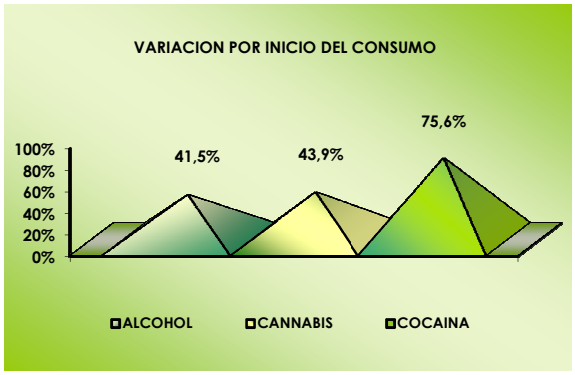
Al margen de esto, se observa un importante nivel de variación en el modelo de consumo mantenido en España con respecto al que traían

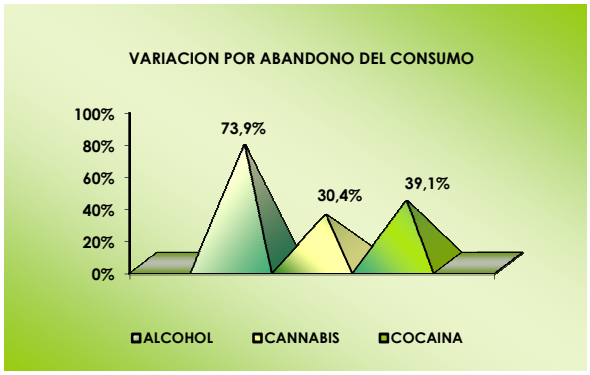
desde sus países de origen, tanto en términos generales (el 82,5%), como en cada una de las categorías analizadas.



En una proporción sustancial de los casos en los que se había producido alguna alteración en los hábitos mantenidos hasta entonces, había sido por introducir alguna sustancia nueva (62,1%), o por un cambio en la frecuencia o la cantidad (78,7% y 75,7% respectivamente) en que se administraban aquellas que ya consumían. Por el contrario, es bastante menor la proporción de quienes dejaron alguna sustancia una vez en España (34,8%).

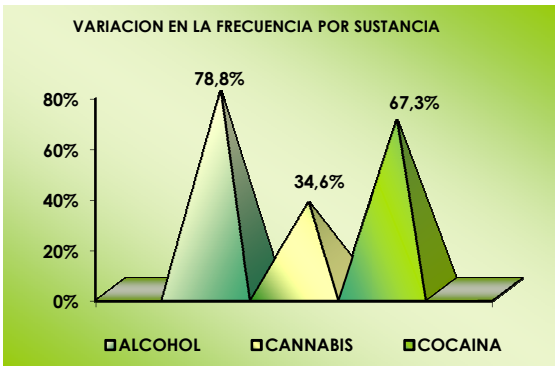
Pero, examinemos detenidamente cada una de ellas en relación a las tres sustancias mayoritarias en la muestra estudiada, el alcohol, el cannabis y la cocaína.

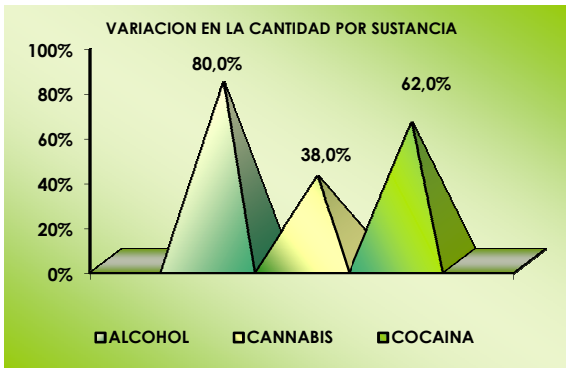




En la gran mayoría de los casos en los que se ha empezado a consumir alguna nueva sustancia en España, se ha tratado de la cocaína (75,6%). Aún así, también es importante el porcentaje de los casos en los que la

droga incorporada ha sido el cannabis o el alcohol (43,9% y 41,5% respectivamente). En el lado opuesto nos encontramos el abandono de alguna sustancia, en el que lo más común es que se haya tratado del alcohol (73,9%), aunque también se han dado casos en los que se ha dejado la cocaína (39,1%) o el cannabis (30,4%).





En cuanto a los cambios acontecidos en la frecuencia con que se dan los consumos, en la mayoría de los casos en los que se ha producido, el alcohol ha sido la sustancia protagonista (78,8%), seguida de la cocaína (67,3%). En sólo el 34,61% de las ocasiones era el consumo de cannabis el que había sufrido una variación en la frecuencia. Por lo general, estas alteraciones han repercutido en una mayor frecuencia en la reiteración de los consumos, especialmente en el caso de la cocaína (el 91,4% de las personas que alteraron la frecuencia con la que la consumían, la aumentó).

Por otro lado, cuando se ha producido un cambio en la cantidad de sustancia administrada, lo más común es que haya dado en el consumo de alcohol o cocaína que mantenían (80% y 62% respectivamente). Al igual que sucede en el caso de la frecuencia, también aquí en la mayoría de las ocasiones lo que se ha producido es un incremento en cuanto a las dosis empleadas, especialmente en el caso del alcohol.

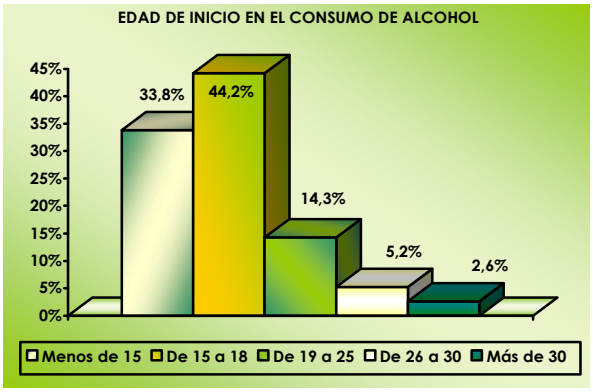
Estos datos refuerzan la impresión inicial de que se ha dado una importante deriva, antes y después de la migración, hacia mayores niveles de consumo y hacia la adopción de hábitos y patrones de mayor entidad que los mantenidos en sus países de origen.

Para finalizar la caracterización del consumo de sustancias mantenido por la población estudiada, se ofrecen los datos recabados sobre las variables esenciales para cada una de las sustancias analizadas. Además se ha realizado una comparación entre los patrones adoptados en su país de origen y en España.

♦ EL CONSUMO DE ALCOHOL

Los datos que hemos recogido muestran una considerable extensión del consumo de alcohol en la muestra estudiada, en la que el 96,3% de ellos lo usaba. Además es la sustancia con la que se introducen en el consumo en casi el 95% de los casos.

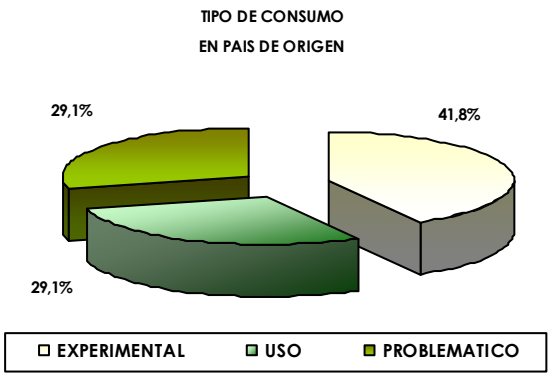
Los primeros contactos con esta droga se han dado la mayoría de las veces antes de los 19 años (77,9%), siendo prácticamente residual el porcentaje de sujetos que ha comenzado a consumirlo pasados los 25 (el 7,8%). La media de edad en el inicio del alcohol es de **17,05 años**. Y en el 71,4% de los casos el inicio se ha producido en sus países de origen.

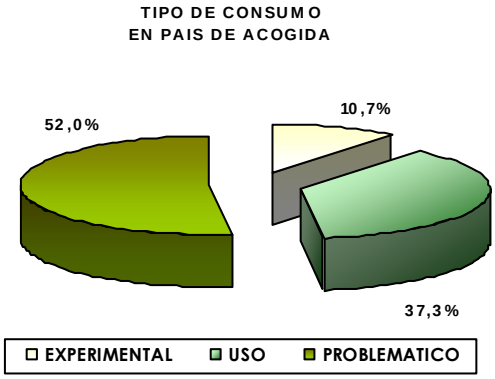


	Nº	%	% Ac
Menos de 15 años	26	33,77	33,77
De 15 a 18 años	34	44,15	77,92
De 19 a 25 años	11	14,29	92,21
De 26 a 30 años	4	5,19	97,40
Más de 30 años	2	2,60	100,00
TOTAL	77	100,00	

Mientras se encontraban en los mismos, la tipología del consumo de alcohol que mantuvieron corresponde casi siempre a un patrón no problemático, por tratarse de un consumo experimental (41,8%) o de un uso (29,1%). Sin embargo, una vez en España, se reduce drásticamente el porcentaje de sujetos que simplemente ha

experimentado con esta droga, que cae al 10,7%. Al mismo tiempo han aumentado quienes mantuvieron consumos problemáticos en España, que pasan del 29,1%, antes de emigrar, al 52%.

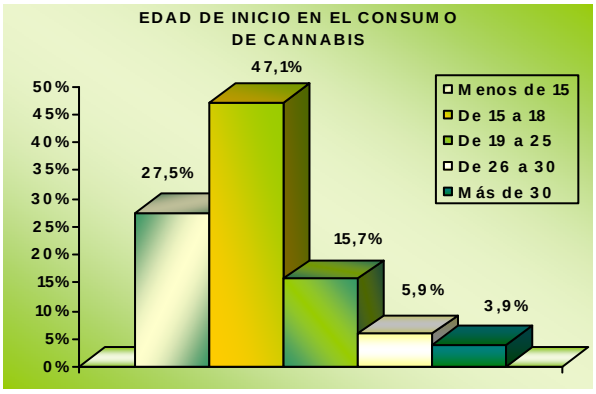




EL CONSUMO DE CANNABIS

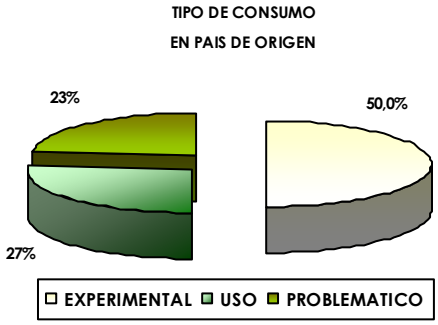
La mayoría de los entrevistados han utilizado esta sustancia en algún momento (el 63,8%). Y para el 62,7% de ellos ha sido una de las sustancias que primero han consumido. En la mayoría de los casos esto sucedió en su país de origen (58,8%), aunque en una proporción también importante ocurrió en España (39,2%).

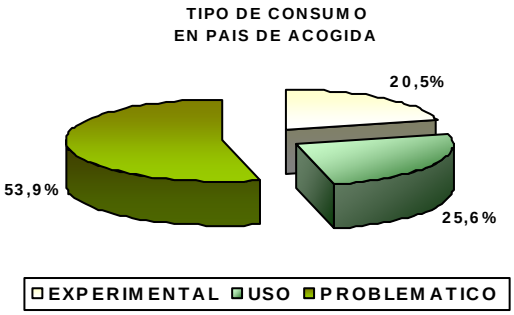
En ese momento contaban con menos de 19 años un 74,5%, (porcentaje muy similar al del alcohol), siendo para esta sustancia la media de edad en el inicio de **17,72 años**.



	Nº	%	% Ac
Menos de 15 años	14	27,45	27,45
De 15 a 18 años	24	47,05	74,50
De 19 a 25 años	8	15,69	90,19
De 26 a 30 años	3	5,89	96,08
Más de 30 años	2	3,92	100,00
TOTAL	51	100,00	

El 59%, ya había consumido mientras residía en sus país de origen, si bien, la mitad había mantenido un contacto experimental con la sustancia[64]. Aún así, más del 20% presentaba un abuso o una dependencia antes de emigrar. Una vez en España, este porcentaje sube hasta el 53,9%, además de que vuelve a caer la proporción de quienes sólo experimentaron con esta sustancia, que pasa del 50% al 20,5% (al igual que sucedía en el caso del alcohol).



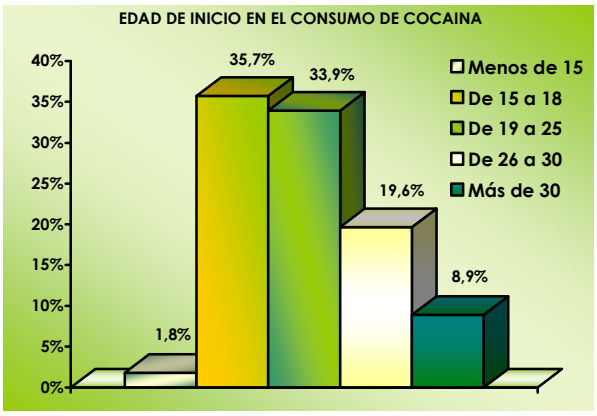


♦ EL CONSUMO DE COCAINA

El 70% de la muestra se ha relacionado con esta sustancia en algún momento. Pero sólo para el 16,1% ha supuesto la sustancia con la que han empezado su historia de consumo. Respecto a las edades que tenían en el momento en que se produjo el inicio, cabe destacar que en este caso el porcentaje de sujetos que contaba con menos de 19 años baja al 37,5% con relación al alcohol y el cannabis (ambas con valores superiores al 70% en esta categoría). Parece por tanto que esta droga comienza a consumirse a edades más avanzadas que en el caso del alcohol y el cannabis. Así mismo, la media de edad de inicio de la cocaína es de **22,03 años**, casi 5 años más tarde que en el caso del alcohol y el cannabis (17,05 y 17,72 años respectivamente).

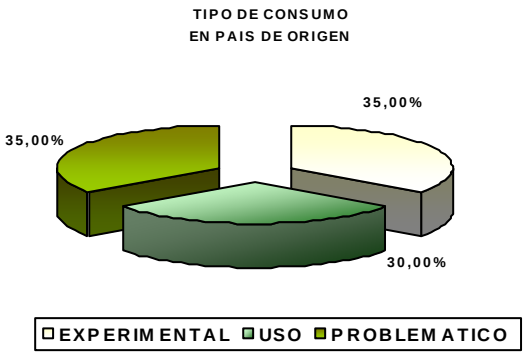
También se ha observado que el porcentaje de sujetos que se iniciaron en el mismo estando en España es mayor que en las anteriores sustancias analizadas, concretamente el 62,5%.

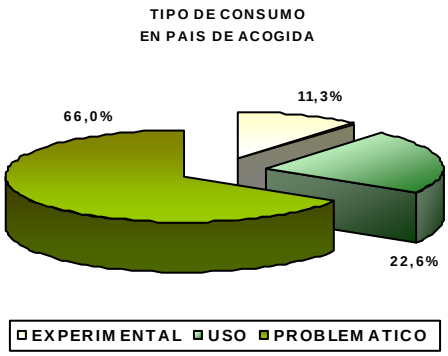
[64] Han consumido cannabis en su país de origen 30 personas, de las cuales, 15 han realizado consumos experimentales, 8 han usado esta sustancia, y 7 han mantenido un consumo problemático.



	Nº	%	% Ac
Menos de 15 años	1	1,79	1,79
De 15 a 18 años	20	35,72	37,51
De 19 a 25 años	19	33,93	71,44
De 26 a 30 años	11	19,64	91,08
Más de 30 años	5	8,92	100,00
TOTAL	56	100,00	

En cuanto a las diferentes tipologías de consumo mantenidas en su país de origen y aquí, hay que resaltar que la cocaína es la droga que ha acabado acarreando un mayor porcentaje de patrones de consumo problemáticos entre quienes la han utilizado en España (el 66,3%), si bien es cierto que también es aquella que partía con mayores niveles de consumo abusivo o de dependencia. Además, si observamos el incremento específico sufrido por cada una de las sustancias, vemos que el de la cocaína es muy similar al del cannabis (31% y 30,9% respectivamente), y que ambas crecen un 10% más que el alcohol.





EL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS

Cuando se habla de consumo de benzodiacepinas, se hace alusión únicamente a aquellos realizados sin que haya prescripción médica, o al consumo por encima de las pautas marcadas.

Se ha encontrado que las benzodiacepinas son minoritarias en la muestra. Sólo el 7,5% las ha consumido (6 sujetos), y no se ha detectado que sea una sustancia que haya supuesto un problema. Su consumo ha tenido más bien un carácter experimental.

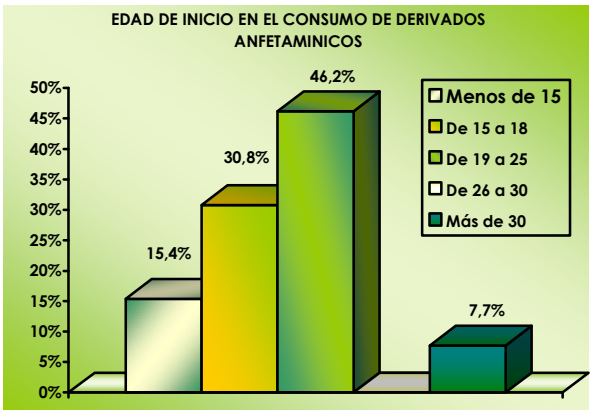
EL CONSUMO DE HEROINA

Aunque la heroína fue una de las drogas con mayor trascendencia en cuanto a los patrones de consumo de la población española en los años 80, actualmente su impacto ha descendido notablemente. Hoy en día, su consumo es residual y está protagonizado principalmente por aquellos sujetos que se iniciaron durante esa época. O por un número reducido de nuevos consumidores de esta sustancia.

En consonancia con esto, se encuentran los resultados obtenidos en la investigación. La heroína es también minoritaria entre la población estudiada, tan sólo el 5% la ha probado (4 sujetos). 1 de ellos empezó en su país de origen, desarrollando un patrón de consumo problemático antes de emigrar, que mantiene en España. Otro empieza a consumirla durante el tránsito migratorio, y desarrolla un trastorno por abuso o dependencia aquí. Y los otros 2 inician aquí este consumo. Casi todos ellos llegaron a presentar un abuso o una dependencia (75%).

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DERIVADAS DE LAS ANFETAMINAS

13 sujetos han consumido sustancias derivadas de las anfetaminas (el 16,28%), pero para ninguno de ellos ha sido la droga con la que se han iniciado.



	Nº	%	% Ac
Menos de 15 años	2	15,39	15,39
De 15 a 18 años	4	30,77	46,16
De 19 a 25 años	6	46,16	92,31
De 26 a 30 años	0	0,00	92,31
Más de 30 años	1	7,69	100,00
TOTAL	13	100,00	

Casi la mitad empezó antes de los 19 años (46,1%), el mismo porcentaje que lo hace entre los 19 y los 25 años. La media de las edades de inicio es de **20,84 años**. Parece entonces que comienzan a consumir estas sustancias a edades algo más avanzadas que el alcohol y el cannabis, pero menos que la cocaína. La mayoría lo hace en España (46,2%), aunque en un porcentaje similar fue en su país de origen (38,5%).

En España han mantenido consumo 11 personas, de las cuales 4 presentan un consumo problemático, que ha aparecido a edades inferiores a los 25 años (16, 20, 21, 25), el resto principalmente ha experimentado, además de que el 63,6% acaba por dejarlas. Aunque es la cuarta sustancia más consumida entre la población estudiada, no se aprecia un volumen significativo de personas que abusen o dependan.

En resumen, en base a los datos observados, se ha apreciado una clara evolución en el consumo mantenido en el país de origen y en España. Si bien es cierto que una cantidad importante de las personas entrevistadas ya consumía alguna sustancia antes de emigrar, también es significativo el porcentaje de sujetos que se iniciaron en España (27,6%), especialmente cuando sólo se consideran las drogas ilegales en los análisis (42,2%). Este hecho es especialmente importante en el caso de la cocaína, que es la sustancia que en mayor medida han comenzado a consumir aquí.

Además, se ha observado un agravamiento generalizado en cuanto al tipo de consumo mantenido de las drogas más extendidas entre la población de estudio, el alcohol, la cocaína y el cannabis. Aunque en sus países de origen ya había una proporción considerable de sujetos que abusaba o dependía de alguna de ellas (entre el 23% y el 35%), estando ya en España estos porcentajes superan el 50%. Estos datos son coherentes con las variaciones apreciadas en el modelo de consumo mantenido por estas personas una vez que se encontraban residiendo aquí. Como ya se señaló, en la mayoría de los casos se había producido un aumento en la frecuencia o las cantidades en que se administraba la sustancia en cuestión, o bien la incorporación de alguna sustancia que hasta entonces no se consumía. Por el contrario, el abandono de alguna droga ha sido menos común, si bien se había dado en el 34,8% de los casos.

Sin embargo, aún es necesario indagar en torno a si este cambio observado es producto de una evolución esperable en la historia de consumo de cada una de las personas entrevistadas, o puede estar relacionado de alguna manera con la experiencia migratoria que tuvieron. De estas y otras cuestiones nos ocuparemos a continuación.

4.2 ANALISIS DE LAS VARIABLES DE INTEGRACION RELACIONADAS CON EL PROCESO MIGRATORIO.

Antes de comenzar con el análisis de los factores sociales relacionados con la integración que se han seleccionado, hay que aclarar una serie de cuestiones en cuanto a la metodología seguida en la recogida de datos. Uno de los principales problemas con los que nos encontramos fue la delimitación del periodo concreto al que se refería la información de interés. La población de estudio había llegado a España en momentos muy dispares, con la consiguiente diferencia que esto suponía de cara al tiempo que llevaban inmersos en su proceso de inserción social.

Por otro lado, cuando se tuvo contacto con los sujetos que componen la muestra, ya había pasado un lapso considerable desde que se habían producido los hechos por los que fueron condenados. Además de que el tiempo que llevaban en régimen de privación de libertad era muy diferente en cada caso. Nos encontramos por tanto con sujetos que tenían trayectorias migratorias muy dispares entre sí.

Sin embargo, y dado que el objetivo principal de la investigación era realizar un análisis del consumo de sustancias de estos sujetos y la forma en que éste había evolucionado al compás que su proceso migratorio, se entendió que lo más sensato era relacionar la recogida de información con el consumo de drogas. Ya hemos visto que hay sujetos que mantenían estas prácticas en sus países de origen, y también los hay que empezaron durante el tránsito migratorio. Casi todos han visto alterarse el patrón de consumo que habían mantenido antes de su llegada a España, mientras que otros no han modificado de forma alguna su modelo de consumo de sustancias.

Se decidió entonces clasificar a cada uno de los individuos entrevistados, según la información obtenida sobre su consumo de sustancias, en 3 grupos de análisis diferentes: 1) Los sujetos que empezaron a consumir sustancias en España. 2) Quienes ya mantenían algún tipo de consumo previo y lo han modificado estando aquí. 3) Aquellos que ni empezaron a

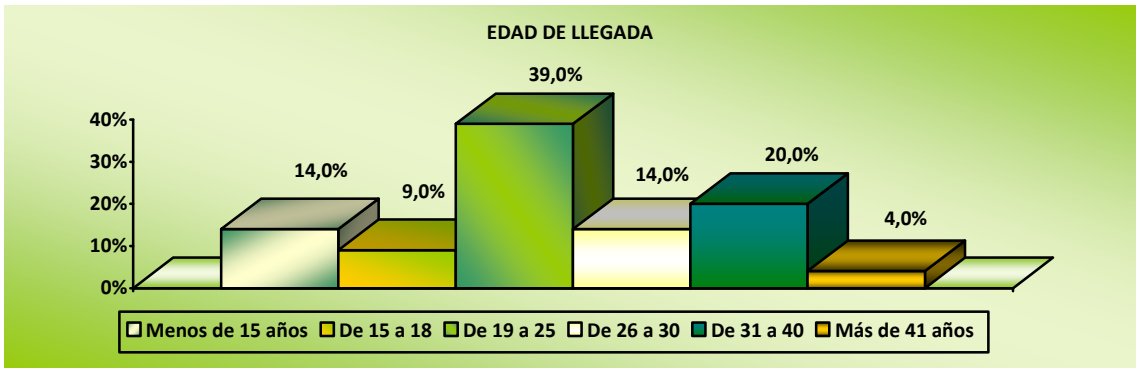
consumir sustancias, ni sufrieron un cambio en cuanto al modelo de consumo mantenido anteriormente[65].

Al primer grupo se le preguntó por sus condiciones, en cuanto a las variables de integración relevantes, en el momento en que se produjo ese inicio en el consumo. Entre quienes experimentaron algún cambio en el modelo de consumo previo, se examinaron las circunstancias en el momento en que éste se dio. Y finalmente, en el tercer grupo, denominado como "resto", como no se había dado un inicio ni una variación, se recogió la información referida al momento en el que se cometió el delito por el que fueron condenados.

Una vez aclarada esta cuestión, es el momento de valorar el proceso migratorio experimentado por el colectivo estudiado, de cara a evaluar si han podido existir carencias en comparación a la población inmigrante en general. Para ello comenzaremos analizando el modo en que estas personas llegaron a España y las circunstancias en que se produjo el primer asentamiento en cada caso.

Los sujetos analizados llegaron entre 1976 y 2011, y sólo el 10% lo hizo tras la crisis económica que se inició en el año 2007. De hecho, la mitad se trasladaron antes del año 2000. Los datos recogidos a este respecto no son directamente comparables a los ofrecidos por la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI 2007) debido principalmente a que ésta no proporciona información sobre los sujetos que llegaron después del año 2007. No obstante, dado el escaso porcentaje en nuestra muestra de quienes vinieron tras esa fecha, nos hemos permitido ofrecer los datos relativos a la población inmigrante en general. Resulta interesante que el 75% de los inmigrantes que participaron en esta encuesta hubieran llegado a España entre 1997 y 2007, porcentaje muy similar al 70% de la ENI 2007.

[65] Los tamaños muestrales de cada uno de los grupos son 24, 46 y 30 respectivamente. En este último grupo se encuentran los sujetos que nunca consumieron o que pese a que habían consumido sustancias no sufrieron ninguna alteración.



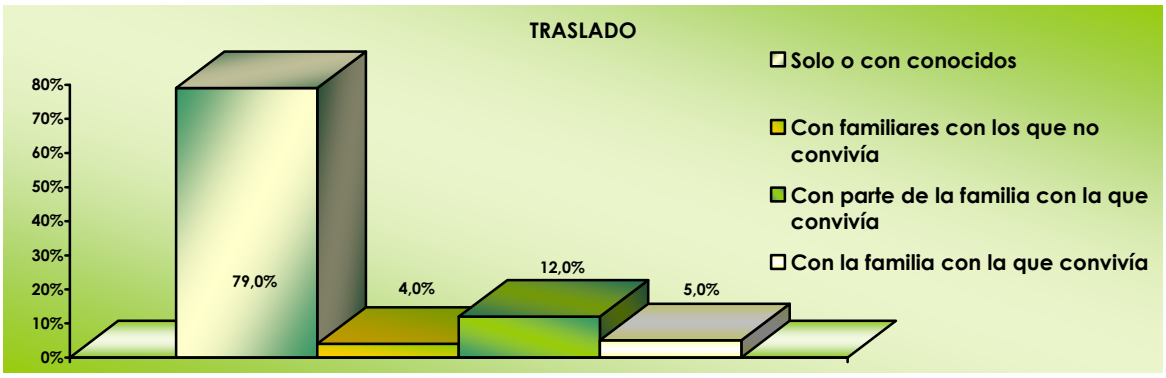
Se observa una estructura por edades relativamente joven a su llegada, el 62% tenía menos de 25 años, y el 23% menos de 19. Se produce también una especial concentración de sujetos en las edades económicamente más activas, concretamente el 69% llegó entre los 20 y los 44 años. Este dato es muy parecido al obtenido entre la población inmigrante en general por la ENI 2007, que observa que "...el colectivo de inmigrantes se concentra fundamentalmente en los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 44 años."[66]

Antes de abandonar sus países de origen, se encontraban trabajando el 56% de estas personas, porcentaje equivalente al obtenido entre la población inmigrante en general. Un 16% buscaba un empleo, y un 30% estaba estudiando. El 41,3% había estado desempleado en alguna ocasión, aunque lo más habitual es que esta situación sólo se hubiera dado una vez (el 64% de ellos). En la mayoría de los casos eran trabajos por cuenta ajena (66,1%), Aunque 1 de cada 4 inmigrantes mantenía actividad laboral de forma autónoma. En cuanto a los primeros, casi siempre se trataba de acuerdos de carácter indefinido (78%), aunque en muchos casos sin haber sido formalizados mediante un contrato de trabajo (el 55%). Estaban ocupados en mayor medida en el sector servicios (35,7%), seguido por el comercio (21,4%), la industria (19,6%) y la construcción (12,5%). En cuanto a su situación convivencial en el momento previo a la migración, son bastante importantes los sujetos que se encontraban viviendo con alguno de sus progenitores o con ambos. El 38% residía con su padre, y el 45% con la madre. Un 18% convivía con su

[66] Reher, D. y otros. (2009), "*Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: Una monografía*". INE, UCM, GEPS, UNED. Pág. 25

pareja, y el 19% de ellos con algún hijo. Pero lo más destacable es sin duda la alta proporción de personas cuya madre se encontraba en España antes de emprender el viaje, el 20%.

Entre las razones por las que vinieron, destaca principalmente buscar un empleo mejor (42%), además de la calidad de vida (30%) y los motivos familiares (25%), tal vez por la alta proporción de sujetos que tenían a su madre aquí. Estas tres causas son también las más importantes entre los inmigrantes en general, si bien los porcentajes difieren, siendo del 39%, 40% y el 32,1% para cada una de estas categorías. Se observa también que un número muy elevado de estos inmigrantes conocía a personas que habían emigrado a otros países, El 65% tenía familiares, y el 69% amigos.



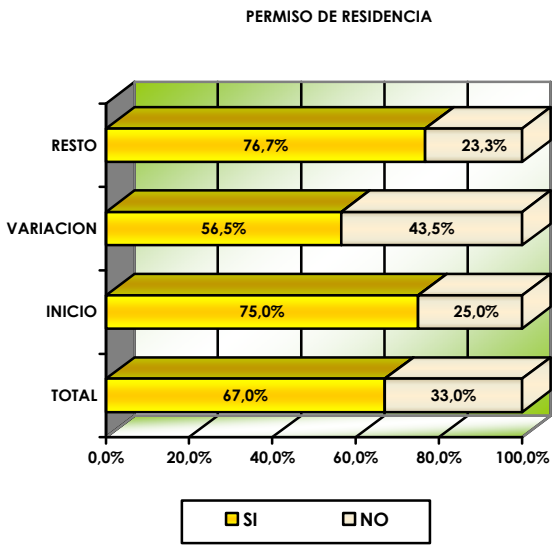
Se trasladaron directamente desde sus respectivos países de origen el 82% de ellos, frente al 90% de la ENI 2007. El 3% tras un periodo de residencia en otro país de migración. Y un 15% entró en España a través de algún país de tránsito, en el que había permanecido un tiempo inferior a 3 meses antes de poder cruzar la frontera. El medio de transporte más empleado fue el avión, siendo escaso el porcentaje de sujetos que entraron haciendo uso de pateras, cayucos o similares (2%). Entre la población inmigrante en general el uso de los diferentes medios de transporte para llegar a España adquiere una distribución de frecuencias muy similar a la de la muestra estudiada, siendo el avión el más habitual. "Esta característica puede ser explicada por la composición nacional de los inmigrantes llegados a España, en donde los países procedentes del

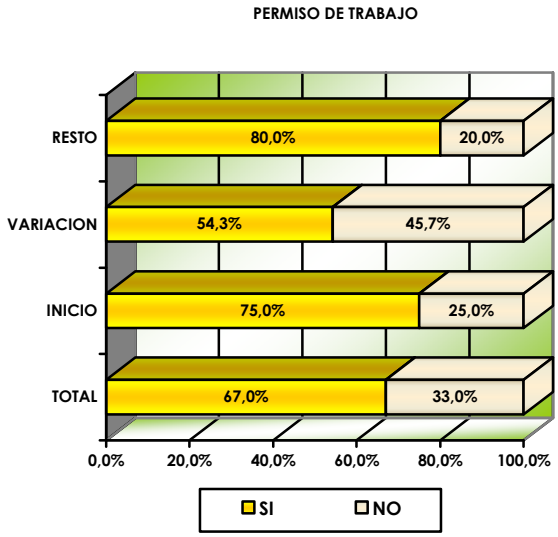
continente americano han sido los más numerosos."[67], al igual que sucede en nuestra muestra. No obstante esto está también relacionado con el hecho de que entre la población inmigrante en general sea "...muy minoritaria la estrategia de utilizar otros países como tránsito para llegar al final a nuestro país."[68]

En general, el viaje lo hicieron solos o acompañados de conocidos (el 79%), mientras que un 17% vino con parte de la familia con la que convivía o con ella al completo. En la mayoría de las ocasiones disponían del dinero para sufragar los gastos, aunque el 27% no tenían la cantidad suficiente[69] (entre la población inmigrante en general este porcentaje es del 19%). En estos casos lo más común es el recurso a un préstamo por parte de algún familiar (74,1% de ellos), y sólo 3 de estos sujetos habían recurrido a un prestamista. Una vez en España, la mitad de ellos seguía debiendo alguna cantidad de dinero. Cuando llegaron aquí, el 88% tenía alguien a quien dirigirse (frente al 79,6% entre los inmigrantes en general). Principalmente se trataba de familiares (el 65,2% de ellos) o amigos (el 27%). En cuando a la documentación necesaria, el 19% venía con ella en regla[70]. De los sujetos restantes, el 33,3% la consiguió durante su primer año de estancia.

Pero que tuvieran la documentación en regla durante algún periodo, no significa que la tuvieran en el momento que nos interesa para los objetivos de la investigación. Por ello se indagó en torno a la situación administrativa en la que se encontraban los integrantes de cada uno de los grupos de análisis

[67] Reher, D. y otros. (2009), "*Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: Una monografía*". INE, UCM, GEPS, UNED. Pág. 63
[68] Reher, D. y otros. (2009), "*Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: Una monografía*". INE, UCM, GEPS, UNED. Pág. 68
[69] 31 sujetos no tuvieron que hacerse cargo de los costes del traslado hasta España.
[70] Con esto no nos referimos a los casos en los que se entra legalmente en el país con un visado de turista.





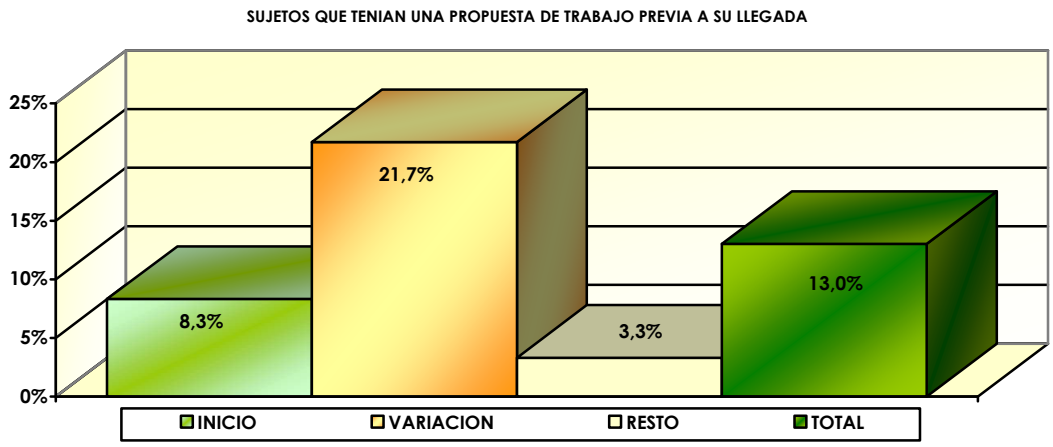
Por lo general, se ha encontrado en la muestra un nivel importante de sujetos que contaban con la documentación necesaria para vivir en España. El 67% tenía permiso de residencia y de trabajo, y casi todos estaban en posesión de la tarjeta sanitaria necesaria para acceder con normalidad a las redes del sistema de salud.

Sin embargo, cuando se observan los datos para cada uno de los grupos se aprecian oscilaciones importantes. Quienes modificaron en España el modelo de consumo mantenido previamente cuentan con los menores porcentajes de personas en situación regular. Sólo un 56,5% tenía el permiso de residencia, y un 54,3% el de trabajo. El resto de grupos presentan porcentajes sensiblemente superiores, lo que sugiere que una situación administrativa adversa podría estar relacionada en mayor medida con las variaciones en el modelo de consumo que con el inicio del mismo.

Al margen de esta cuestión, la conclusión que se extrae de los datos recabados respecto al modo en que llegaron es bastante positiva. Casi todos llegaron de una forma rápida y segura, y contaban con algún familiar o amigo que les acogiera en España. Con los consiguientes beneficios de cara a emprender un proceso de integración en la sociedad de acogida.

Pero, ¿cómo fue su inserción en el mercado laboral?, ¿tuvieron problemas para acceder al mismo?, ¿en qué sectores se asentaron?, y ¿en qué situación laboral se encontraban?

PRIMER EMPLEO[71]

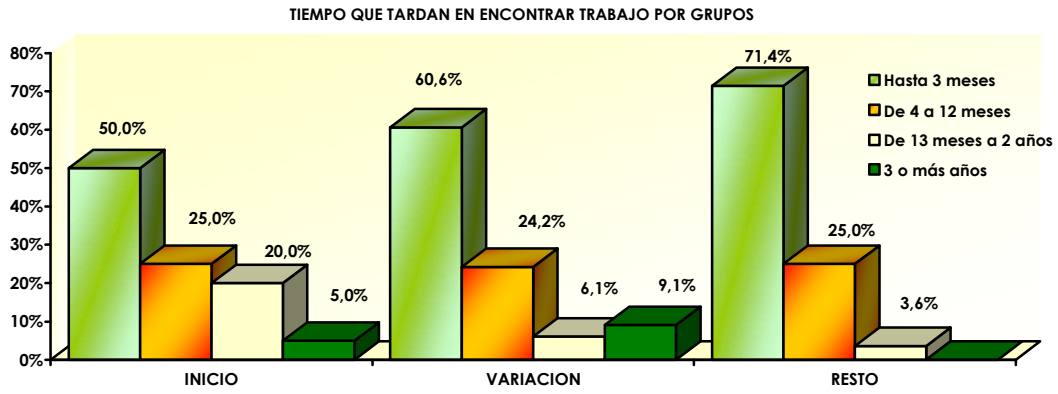


De todos los sujetos encuestados, solamente un 13% llegó a España con una propuesta de trabajo, mientras que entre la población inmigrante en general este porcentaje es del 16,1%[72]. Sin embargo el grupo formado por quienes alteraron sus hábitos de consumo muestra porcentajes sensiblemente superiores a los demás (21,7%).

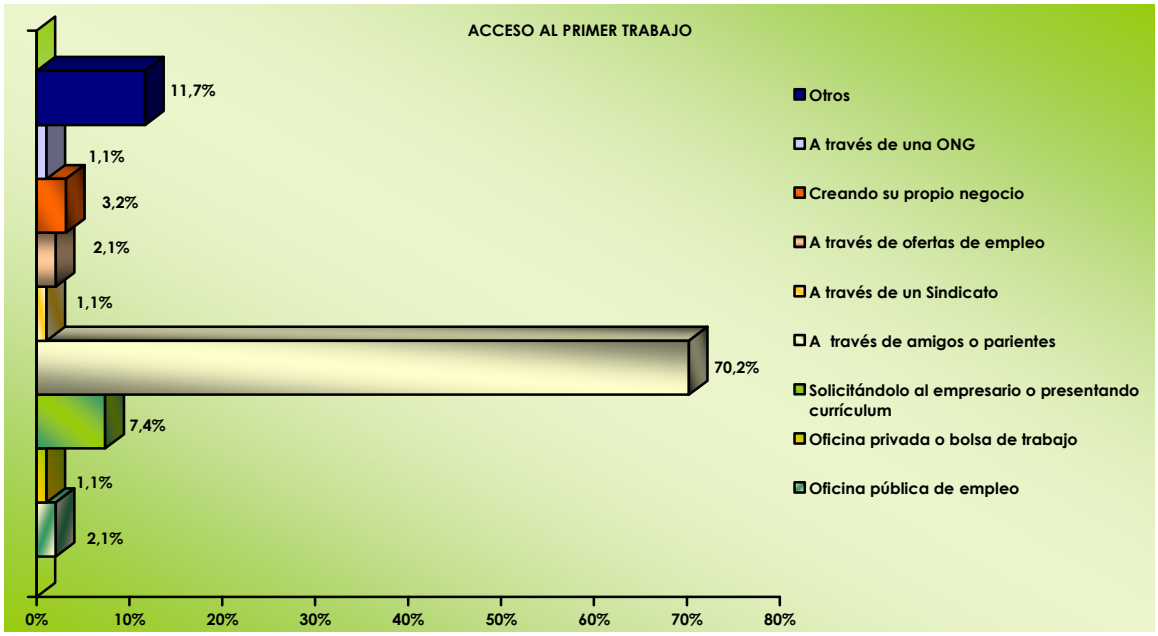
Quienes no vinieron con un empleo, no parecen haber tenido especiales dificultades para encontrarlo. En general se insertaron en el mercado laboral en un lapso de tiempo breve, el 37% encontró un trabajo dentro del primer mes de búsqueda activa. Entre la población inmigrante en general este porcentaje es muy parecido, el 42,4%.

No obstante, se observan de nuevo diferencias entre los grupos de análisis en cuanto al ritmo al que se produjo esta incorporación. Pese a que en general es bastante inmediata, quienes se iniciaron en el consumo de sustancias en España muestran el menor porcentaje de todos en los 3 primeros meses de búsqueda (el 50%).

[71] Solamente 6 de los sujetos entrevistados nunca habían trabajado en España.
[72] Según los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007.

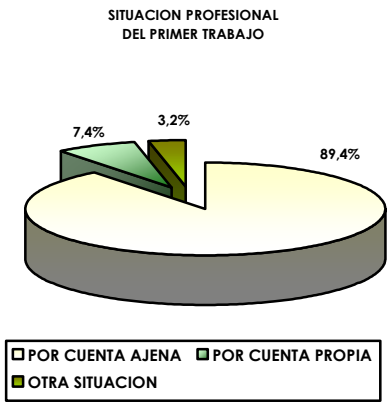


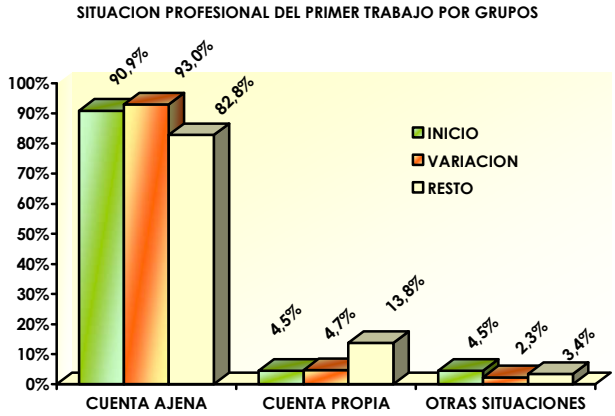
En cuanto a la vía a través de la cual encontraron su primer empleo, destaca sin lugar a dudas el recurso a los amigos o parientes que ya estaban instalados en España (70,2%), siendo minoritario el uso de los canales más formales de acceso. Este hecho esté relacionado con la rapidez con la que se incorporan al mercado de trabajo, puesto que las redes informales suponen un importante capital social que puede facilitar el proceso de inserción laboral, especialmente durante las primeras fases del proceso migratorio.



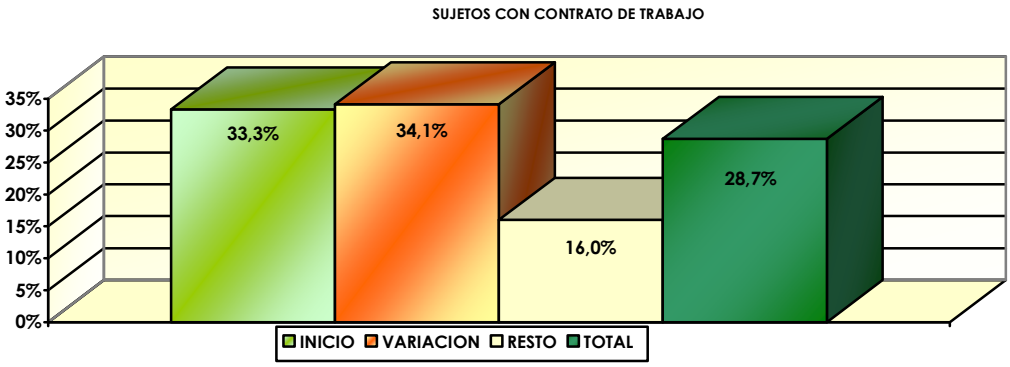
Pero, ¿cómo son estos primeros empleos? Por lo general se ocuparon como trabajadores por cuenta ajena 89,4%, y sólo un 7,4% regentaba su

propio negocio. No se han apreciado diferencias significativas entre los grupos de análisis, salvo por el hecho de que el grupo denominado "resto" tiene un mayor porcentaje de sujetos que trabajó por cuenta propia.



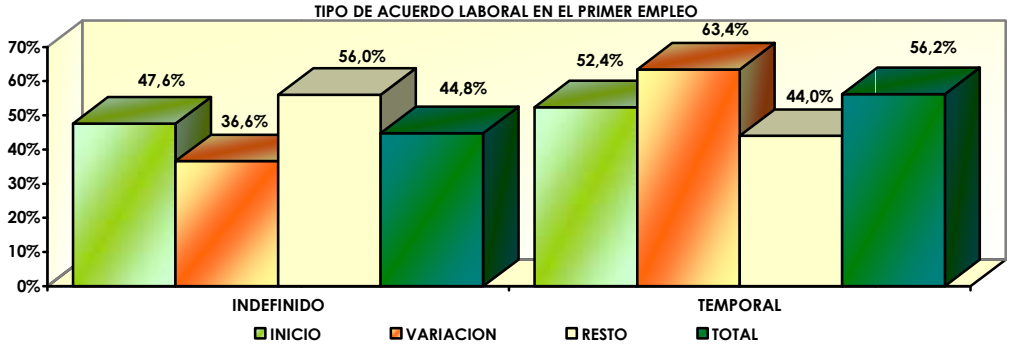


Sin embargo, un 71,3% no contaba con un contrato de trabajo que respaldara el acuerdo laboral que mantenía. Esto puede deberse a las dificultades para conseguir la documentación necesaria para regularizar su situación administrativa, especialmente en los primeros momentos del proceso de incorporación a la sociedad de acogida. Entre los diferentes grupos, pese a que la norma general sigue siendo carecer de contrato, se observa que son las personas que iniciaron consumo en España o lo variaron, quienes muestran los mayores porcentajes (33,3 y 34,1% respectivamente).

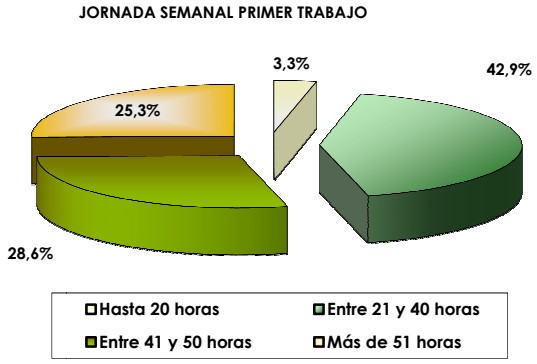


Aún así, la duración de los acuerdos era indefinida en una cantidad importante de los casos (44,8%). Entre los diferentes grupos, son las

personas que alteraron sus hábitos de consumo quienes en mayor medida mantuvieron acuerdos de carácter temporal (63,4%). En el lado opuesto encontraríamos al grupo denominado "resto", con un 56% de sujetos que tenían un trabajo indefinido.

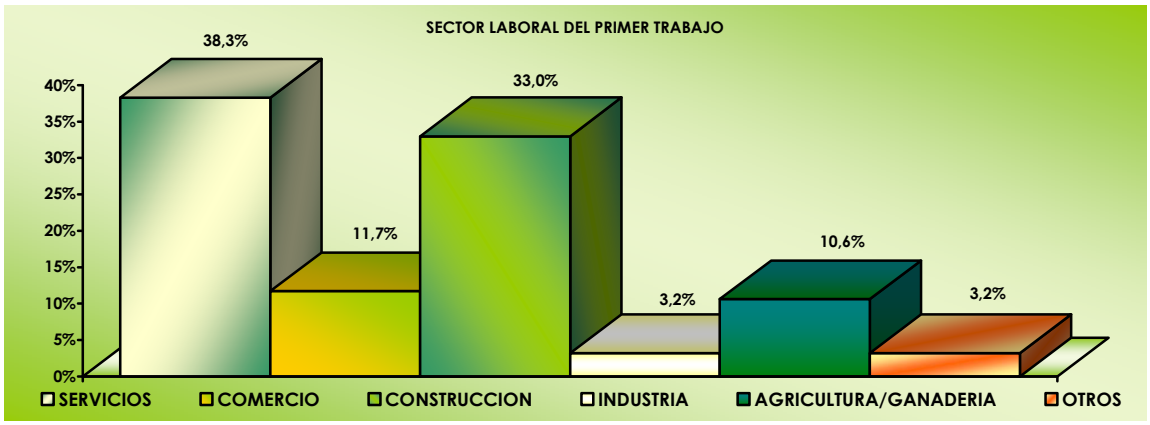


Entre la población inmigrante en general, la ENI 2007 cifra el porcentaje de trabajadores asalariados con un contrato de carácter temporal en el 45%, porcentaje bastante alejado del 56,2% de la muestra. Esto podría indicar menores niveles de seguridad en el empleo en la población estudiada.

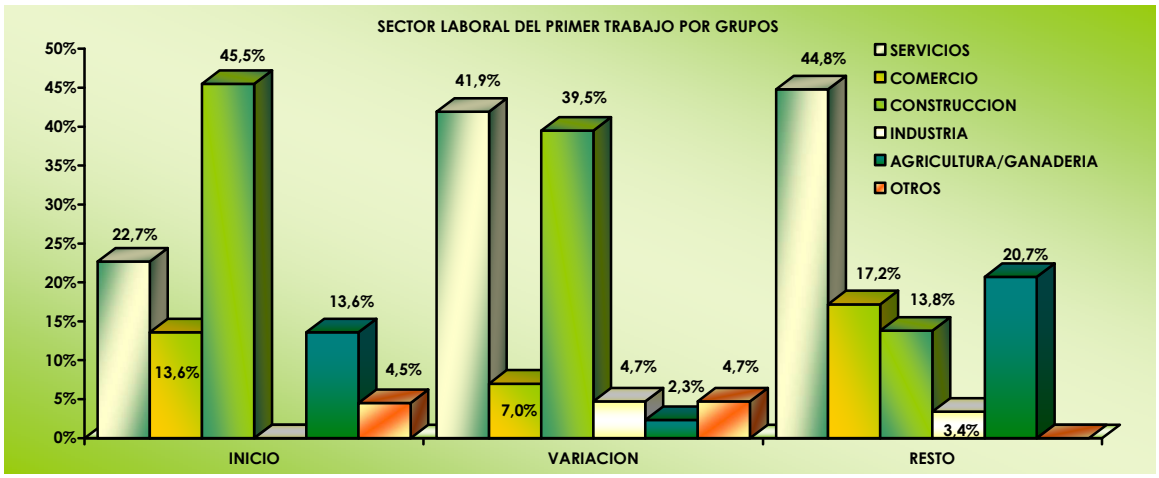


Además, se ha observado que más del 50% realizaban jornadas superiores a la legalmente estipulada. Mientras que sólo el 3,3% trabajaba menos de 20 horas semanales. En los tres grupos analizados, las jornadas laborales superiores a las 40 horas semanales siguen estando muy extendidas, si bien son las personas del grupo "resto" las que presenten mayores porcentajes (el 60,7% frente al 47,6% de los que inician y el 52,4% de quienes varían).

En cuanto a los sectores de la economía a través de los cuales accedieron al mercado de trabajo destacan el sector servicios (38,3%), y la construcción (33%), que en su conjunto ocuparon al 70% de la muestra.



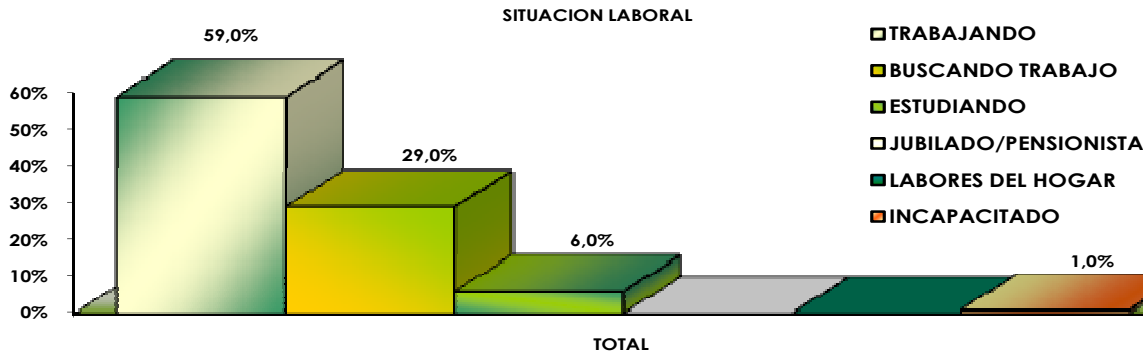
Si bien en este epígrafe los datos no son del todo comparables a los recogidos por la ENI 2007, en ésta también se observa una especial presencia de inmigrantes ocupados en el sector servicios. Concretamente el 64% de aquellos que llevaban más de tres años de residencia en España. Y cuantifica la proporción de trabajadores de la construcción en el 19,3%. Estos datos distan bastante de los encontrados en nuestra muestra, en la que ambos sectores adquieren una importancia similar en cuanto al acceso al trabajo del colectivo estudiado. Lo que podría indicar que las personas entrevistadas se han acomodado en el sector de la construcción en mayor medida que el resto de la población inmigrante.



Si dividimos la muestra en los tres grupos de análisis, el sector servicios y la construcción siguen siendo los más representados, si bien es cierto que se aprecian diferencias importantes. Las personas que iniciaron su historia de consumo en España presentan el mayor porcentaje de inmigrantes que encontró su primer empleo en la construcción (45,5%), seguido de quienes alteraron sus hábitos (39,5%).

En resumen, los datos analizados ofrecen una imagen dual en su proceso de incorporación laboral. Por un lado se observa relativa facilidad en cuanto al tiempo que tardaron en encontrar el primer empleo. Pero por otro, cuando se analizan las condiciones laborales concretas, se aprecia un peso importante de los trabajos temporales, sin contrato de trabajo o con jornadas semanales superiores a las 40 horas. La proporción de personas que regentaron sus propios negocios, es prácticamente anecdótica. Además, se observa una importante extensión de las redes informales de acceso al empleo, en especial a través de amigos o parientes, que resultan ser bastante inmediatas en cuanto a la consecución de un empleo, pero poco efectivas en cuanto a las condiciones de trabajo que ofrece el mismo, por su especial vinculación al mercado de trabajo sumergido.

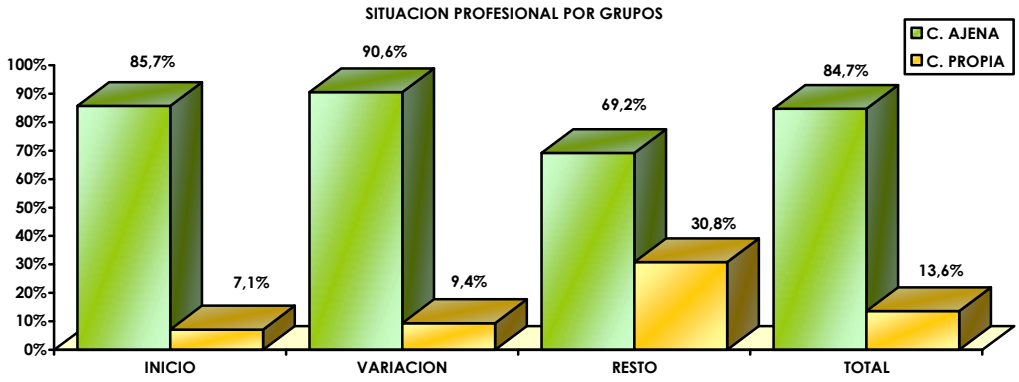
SITUACION LABORAL



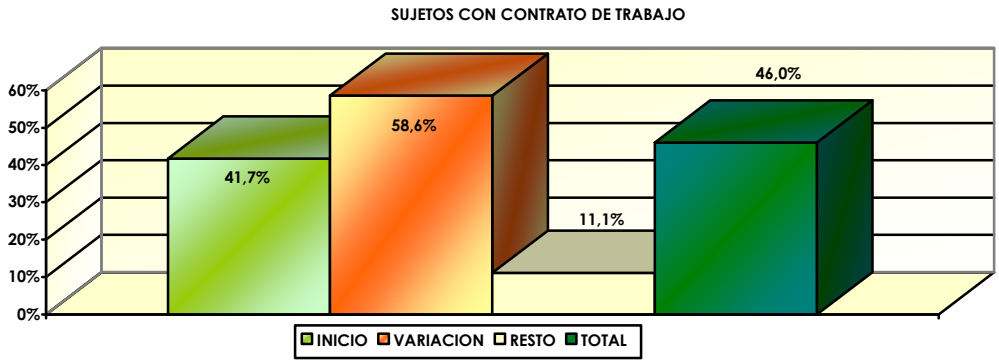
La situación más común es que estuvieran trabajando (59%) o buscando empleo (29%). Pero si analizamos cómo se distribuyen estas categorías entre los grupos, encontramos algunas diferencias. Entre quienes variaron

su consumo se dan los mayores porcentajes de sujetos trabajando (69,6%), mientras que en el grupo denominado "resto" se dan los mayores porcentajes de sujetos en paro (46,7%), y los menores niveles de actividad (43,3%).

Veamos con mayor profundidad cómo eran los puestos de trabajo que tenían estos sujetos. El 84,7% trabajaba por cuenta ajena. Si consideramos los valores que teníamos en el primer empleo, las variaciones son mínimas.

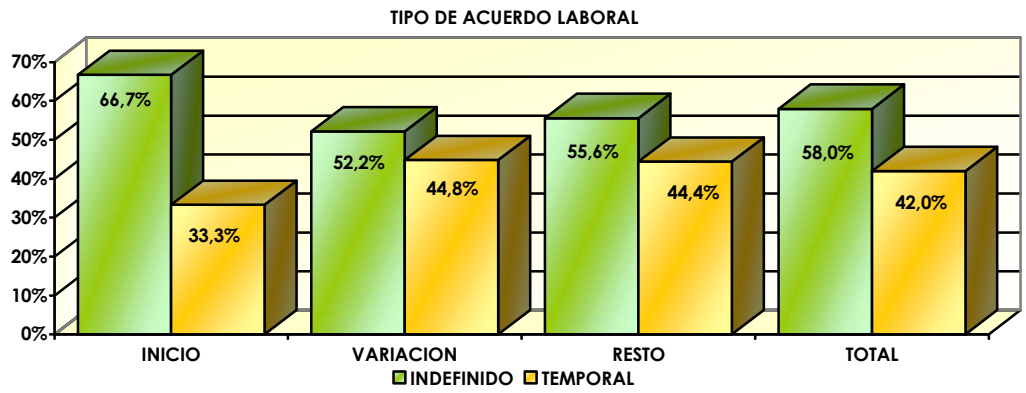


Sin embargo, cuando nos fijamos en cada uno de los grupos por separado y los comparamos, se aprecian diferencias importantes, especialmente en el caso del grupo "resto": hay un 30,8% que regentaba su propio negocio (frente al 13,8% en esta situación en su primer empleo). Se trata del grupo que en mayor medida ha podido establecerse profesionalmente de forma autónoma con el paso del tiempo.

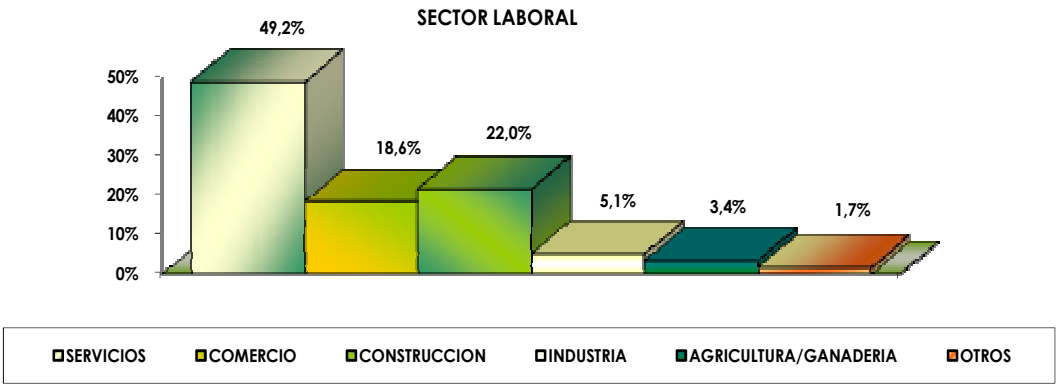


Por otro lado, solamente un 46% tenía contrato laboral, siendo muy elevado el porcentaje de aquellos que se encontraban en un empleo

sumergido. Si observamos cada unos de los grupos, vemos que entre quienes han sufrido una variación en sus hábitos de consumo es más habitual contar con un contrato de trabajo (58,6%). Por el contrario, el grupo "resto" trabajaba en mayor porcentaje de forma ilegal, pues sólo el 11,1% estaba contratado.

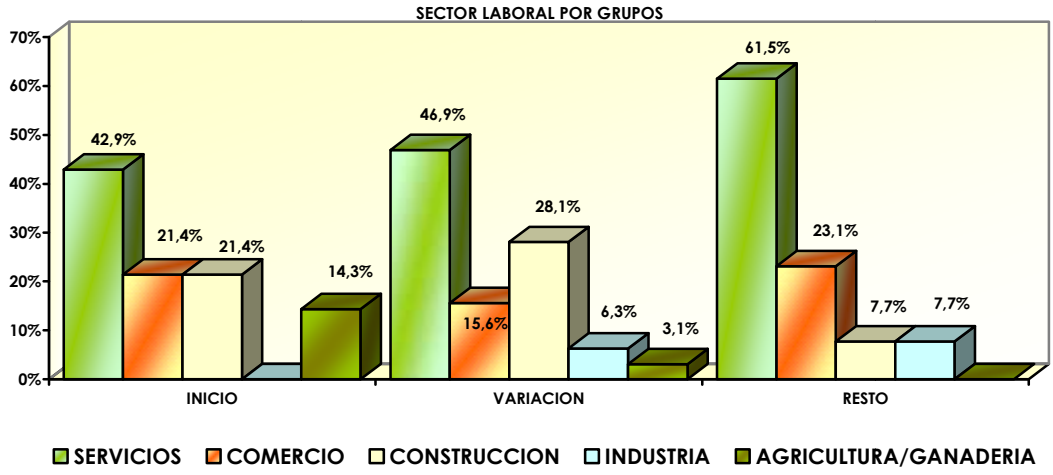


En relación al tipo de acuerdo laboral que mantenían con sus empleadores, encontramos que el 58% tenía un contrato indefinido. Este porcentaje era del 44,8% en el caso del primer trabajo, por lo que se aprecia en esta variable cierta mejoría con el paso del tiempo. Sin embargo, cuando diferenciamos cada uno de los grupos de análisis, sorprende ver que son los sujetos que comienzan a consumir en España quienes tienen en mayor porcentaje un trabajo indefinido.

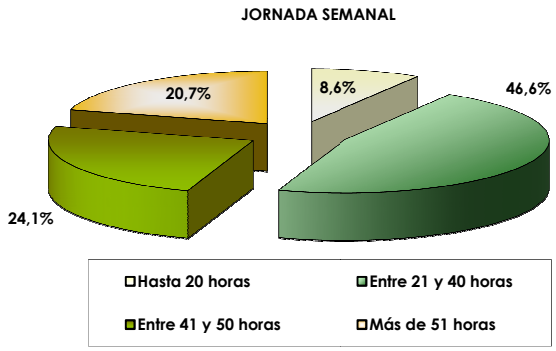


En cuanto a los sectores en los cuales se ocuparon vemos que los mayoritarios siguen siendo el sector servicios y la construcción, siendo

también importante el porcentaje de sujetos trabajando en el comercio. Llaman la atención los elevados porcentajes del sector servicios entre las personas que no iniciaron o variaron su consumo en España (61,5%). En este grupo el porcentaje ocupado en la construcción es solamente del 7,7%, lo cual resulta destacable si tenemos en cuenta el valor de esta categoría en los otros dos grupos de análisis (21,4% y 28,1% para quienes inician o varían respectivamente).

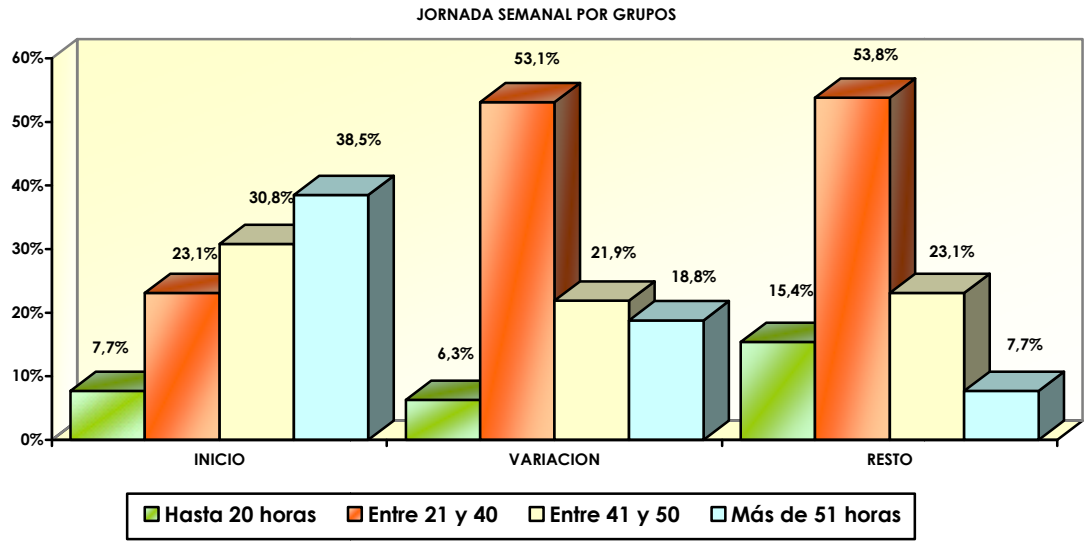


Por otro lado, las jornadas laborales superiores a la máxima legal siguen estando muy extendidas (45%) y sólo el 8,6% trabajaba menos de 20 horas semanales[73].

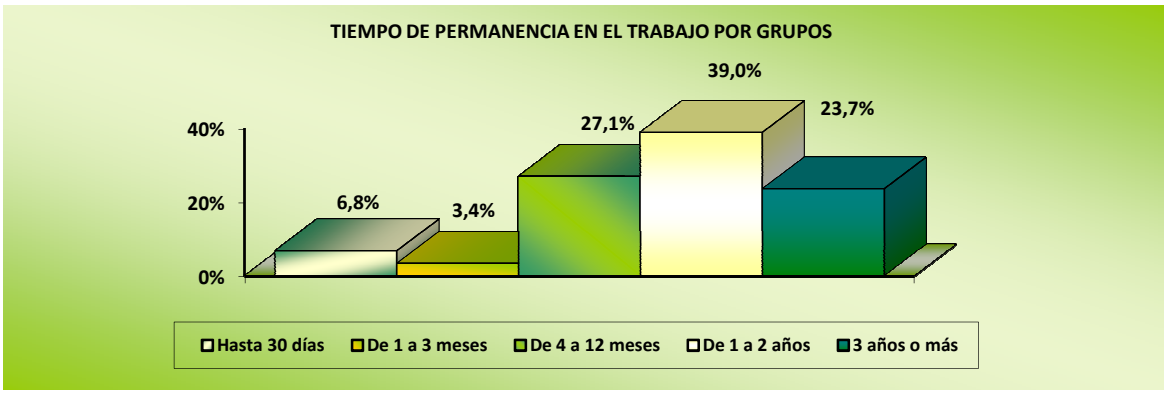


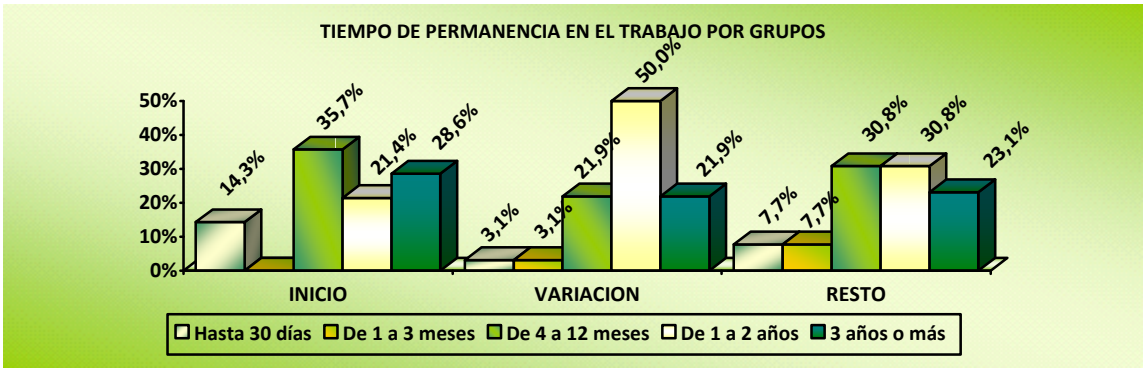
[73] Uno de los sujetos entrevistados no supo especificar el número de horas semanales de trabajo.

Analizando los grupos por separado, los sujetos que empezaron a consumir aquí son, con mucha diferencia, quienes muestran mayores porcentajes en las jornadas de más de 40 horas (30,8 y 38,5%).



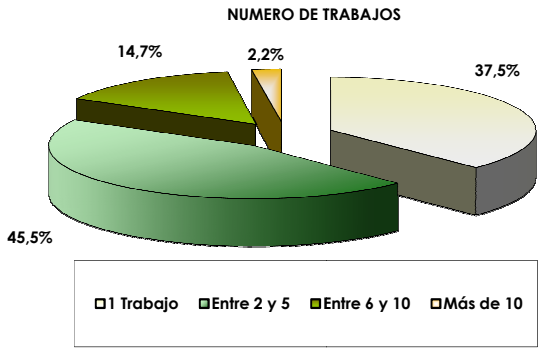
Al margen de esto, se ha observado cierto grado de estabilidad laboral dado que los mayores porcentajes corresponden a individuos que llevaban más de 12 meses ocupando su puesto de trabajo (62,7%), especialmente entre el grupo de quienes modificaron sus hábitos de consumo (71,9%).



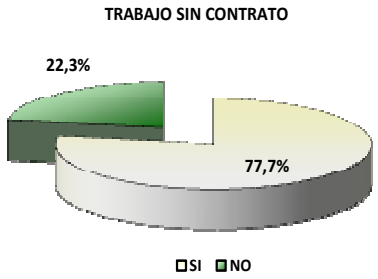


TRAYECTORIA LABORAL

En cuanto a la trayectoria laboral que habían tenido hasta el momento al que se refieren los datos, se observa que un porcentaje importante de la muestra (37,5%) había desempeñado una única actividad profesional en España, ya fuera por conservar el primer puesto de trabajo al que habían accedido o bien por haber iniciado recientemente su actividad laboral.



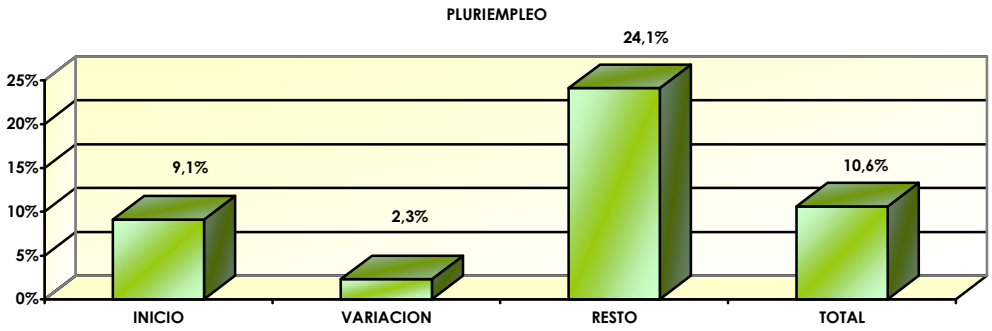
Sin embargo, esto no debe dar una falsa impresión de estabilidad o seguridad en el empleo, sino que es necesario profundizar en las características que ha adquirido el mismo a lo largo del proceso migratorio. De hecho, destaca que un porcentaje muy importante de la muestra hubiera desempeñado alguna actividad laboral de forma irregular en algún momento de su estancia en España (77,7%). Aún así, es preciso reconocer que más de la mitad de estos sujetos sólo se encontraron en esta situación una única vez.



Número de	Nº	%	% Ac
1	38	56,7	56,7
2	12	17,9	74,6
3	7	10,4	85,1
4	7	10,4	95,5
6	2	3,0	98,5
15	1	1,5	100,0
TOTAL	67	100,0	

Atendiendo a estos valores en cada uno de los grupos de análisis, la tendencia sigue siendo la misma, en todos es mayor el porcentaje de sujetos que han trabajado sin contrato en alguna ocasión. No obstante, el mayor de ellos, se da en el grupo "resto" (86,2% frente al 74,4% de quienes varían o el 72,7% de los que inician).

En contraposición al alto nivel de irregularidad encontrado, no se ha detectado una presencia importante de pluriempleo en la muestra analizada. Sólo el 10,6% ha reconocido haberse encontrado en esta situación alguna vez.[74] Sin embargo, si analizamos cómo se comporta esta variable en cada uno de los grupos, sí se observan diferencias significativas. Mientras que en el caso de los sujetos que inician o varían su consumo menos del 10% estuvieron pluriempleados en algún momento, este porcentaje sube hasta el 24,1% para el grupo "resto".



[74] Son 10 las personas que han estado pluriempleadas. 5 de ellas no supieron precisar el número de veces que se han encontraron en esta situación. 1 de ellos ha tenido más de un trabajo en una ocasión, otro en tres y los tres restantes en dos.

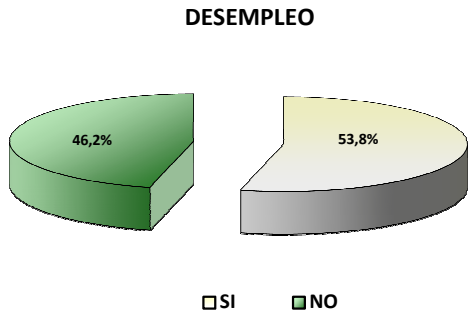
Tampoco se aprecia que el trabajo a tiempo parcial haya tenido un peso relevante en sus trayectorias laborales, aunque es cierto que se ha dado en mayor medida que el pluriempleo. Aún así, menos del 30% trabajó alguna vez a tiempo parcial, y en la mitad de estos casos sólo fue en una vez[75].

Nº de trabajos a tiempo parcial	Nº	%	% Ac
1	11	50,0	50,0
2	6	27,3	77,3
3	2	9,1	86,4
4	1	4,5	90,9
5	1	4,5	95,5
6	1	4,5	100,00
TOTAL	22	100,00	

En cuanto a la presencia del trabajo a tiempo parcial en las trayectorias laborales de cada uno de los grupos, se ha observado que entre los sujetos que iniciaron su consumo en España el trabajo a tiempo parcial es poco frecuente (9,1%). Por el contrario, este porcentaje sube hasta el 30,2% entre quienes alteraron su modelo de consumo, y hasta el 44,8% entre el "resto".

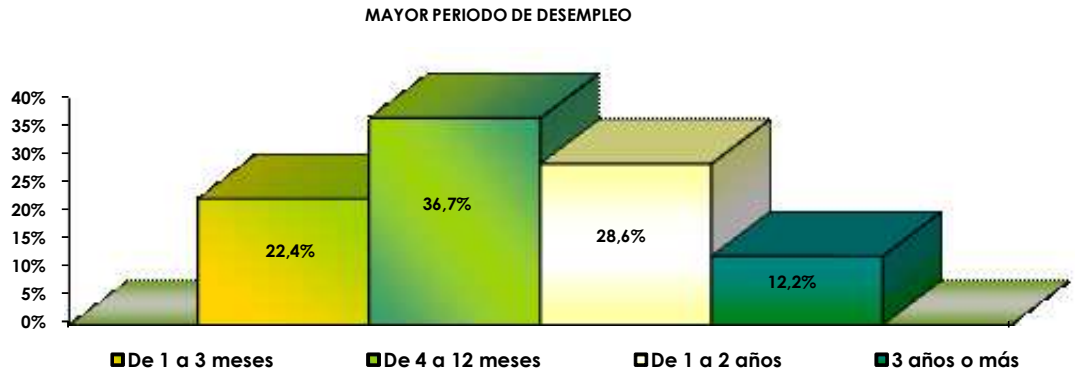
Otra cuestión diferente es la del desempleo, cuya presencia es bastante más elevada que las dos anteriores variables. El 53,8% había estado desempleado en alguna ocasión[76]. Aún así, esta situación se había dado en escasas ocasiones en un alto porcentaje de los casos. El comportamiento que adopta esta variable en cada uno de los grupos sigue un patrón parecido a lo observado en el caso del pluriempleo y la irregularidad, los mayores porcentajes vuelven a darse en el grupo "resto" (72,4%), frente al 52,4% de quienes variaron y el 31,8% de los que iniciaron.

[75] 6 de estos sujetos no supieron especificar el número de veces que se han encontrado en esta situación.
[76] 8 de los sujetos que han tenido algún periodo de desempleo no han sabido especificar el número concreto.

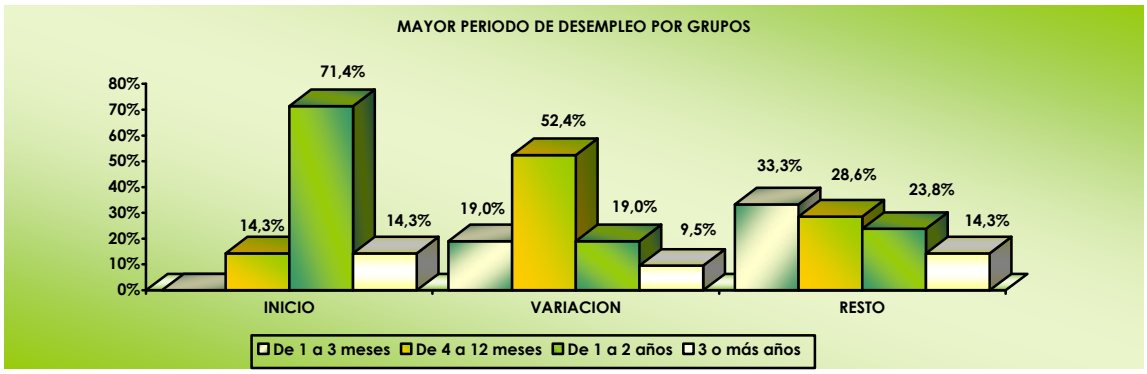


Número de	Nº	%	% Ac
1	22	52,4	52,4
2	6	14,3	66,7
3	9	21,4	88,1
4	3	7,1	95,2
6	2	4,8	100,00
TOTAL	42	100,00	

Sin embargo, si nos fijamos en el tiempo que han estado en esta situación, vemos que las temporadas de inactividad laboral son bastante amplias. Un 36,70% había permanecido desocupado entre 4 y 12 meses, y un 28,60% lo había estado entre 1 y 2 años. No obstante sigue siendo relevante que el 22,40% de ellos no haya estado más de tres meses sin encontrar empleo.



Una vez más, se observan diferencias sustanciales entre los grupos. Quienes empezaron a consumir sustancias en España muestran los mayores porcentajes de paro de larga duración, el 71,4% llevaba desempleado entre 1 y 2 años. Por el contrario en el grupo "resto" sólo un 23,8% estuvo parado durante el mismo tiempo. Estos datos matizan los hallazgos encontrados para este grupo en la variable desempleo. Pese a que se encontraron en esta situación en mayor medida que quienes iniciaron o variaron sus hábitos de consumo, parece que los periodos de inactividad laboral fueron más cortos.

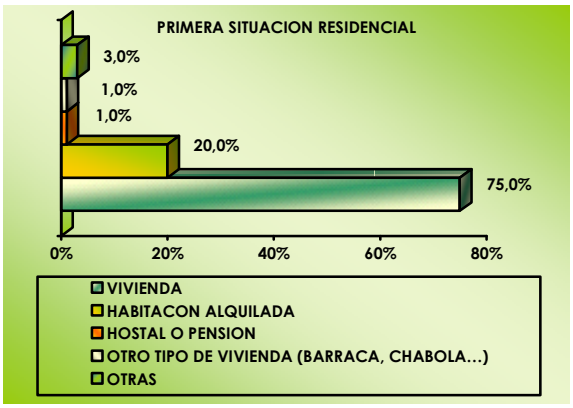


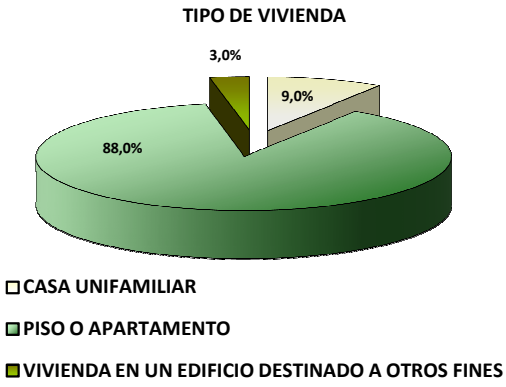
Resumiendo, al margen de la relativa facilidad en el acceso al mercado laboral que ya se ha mencionado, se aprecian ciertas condiciones de precariedad laboral en las trayectorias laborales de la muestra estudiada. Aunque los niveles de pluriempleo y trabajo a tiempo parcial no son muy elevados, sí se da cierto grado de irregularidad en los acuerdos laborales que mantuvieron, que en una cantidad importante de los casos no se encontraban respaldados por un contrato laboral. Además de que 1 de cada 2 personas entrevistadas estuvieron desempleadas alguna vez, y en el 40,8%% de estos casos esta situación se prolongó durante más de un año. Al mismo tiempo, se han observado porcentajes elevados de jornadas de trabajo superiores a la legalmente establecida.

Parece por tanto que sí se han dado ciertas condiciones de precariedad laboral dentro de la muestra analizada, además de que se han observado variaciones importantes en cuanto a los niveles que ésta ha alcanzado dentro de cada uno de los grupos analizados.

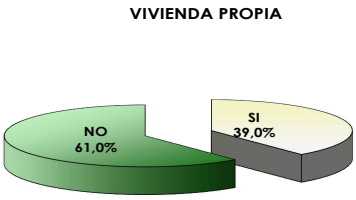
SITUACION RESIDENCIAL

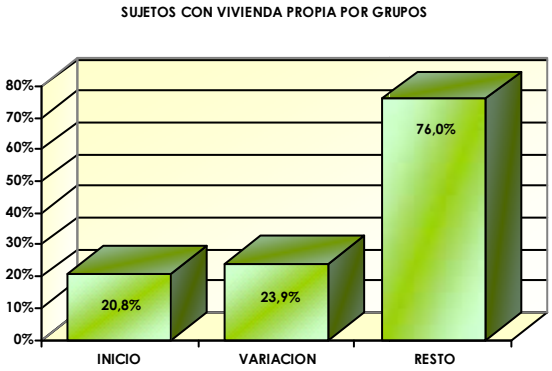
La información recogida en torno al modo en que vivían en nuestro país ofrece una imagen bastante "normalizada" y que dista bastante de la idea más extendida de precariedad. Las peores condiciones residenciales apenas están presentes en la muestra analizada (hostales, pensiones, chabolas, situación de calle, etc.). Además sólo el 20% vivía en una habitación alquilada, siendo mucho más común residir en un piso o apartamento.

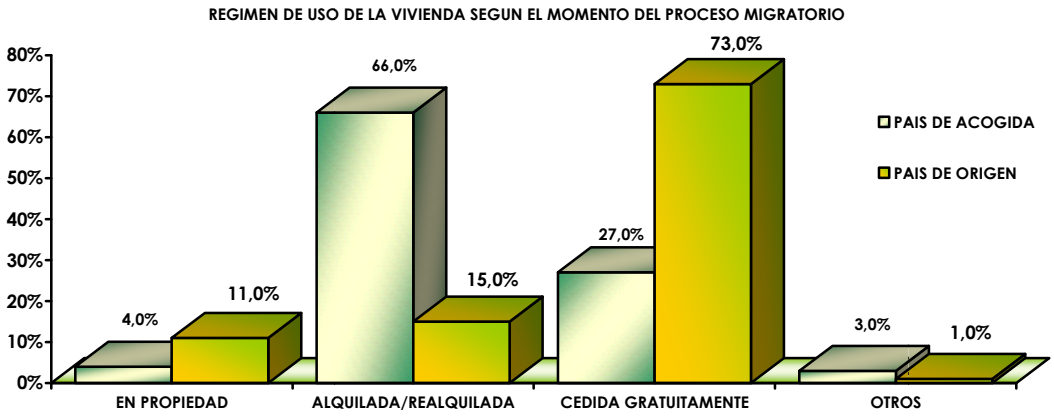




Aún así, en más del 60% de los casos no residían en una vivienda propia sino que era el domicilio de otra persona. Este porcentaje oscila considerablemente entre los diferentes grupos de análisis, siendo mucho mayores los sujetos que residían en su propia vivienda dentro del grupo "resto".

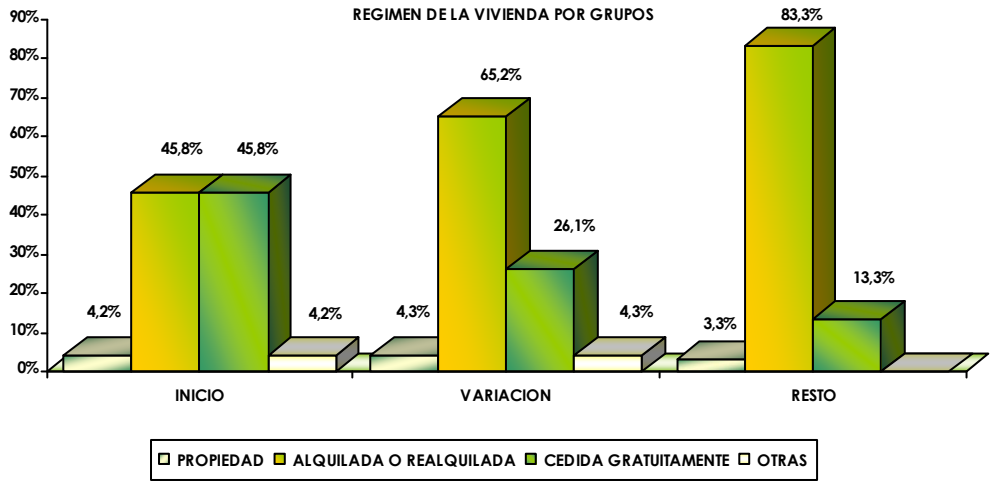






Cuando comparamos el régimen de ocupación de estas viviendas con el que tenían en su país de origen, se encuentra que resulta minoritario el porcentaje de sujetos que tenían una casa en propiedad en España (4% frente al 11% en su país de origen). Allí la situación más habitual era encontrarse en una vivienda que había sido cedida de forma gratuita (73%), y sólo el 15% vivía de alquiler. Sin embargo en el país de acogida esta tendencia se invierte. El alquiler es la primera opción en España, el 66%, mientras que residían en viviendas cedidas de forma gratuita el 27%.

Por tanto, pese a que decae el porcentaje de sujetos con vivienda en propiedad, en términos generales, se podría decir que el importante aumento de los sujetos en régimen de alquiler en España, en detrimento de las cesiones, puede considerarse un avance en cuanto a la situación residencial de estos sujetos. Sin embardo, sobre estos datos también se puede desprender que en el país de acogida se ven obligados en mayor medida a responsabilizarse de los gastos que acarrea la vivienda. Veamos ahora la distribución de esta variable en cada uno de los grupos de análisis.

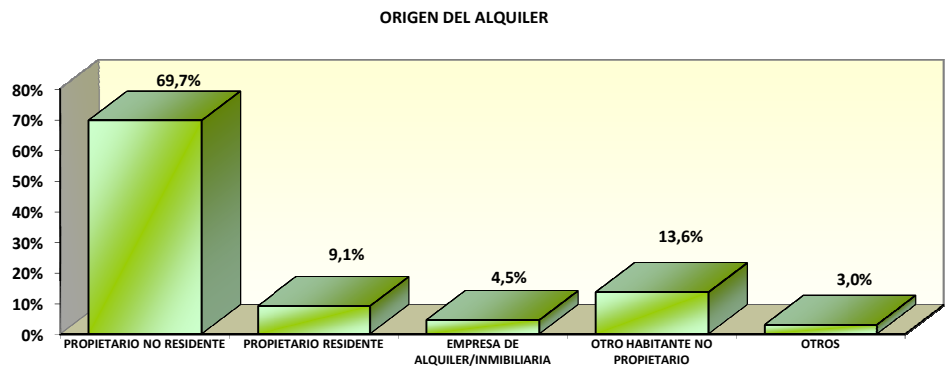


Los mayores porcentajes de personas en régimen de alquiler o realquiler vuelven a darse en el grupo "resto" (83,3%), aunque también son importantes entre quienes variaron su consumo (65,2%). En cuanto al grupo de sujetos que comenzaron a consumir en España hay que destacar la alta proporción de personas a las que les habían cedido gratuitamente

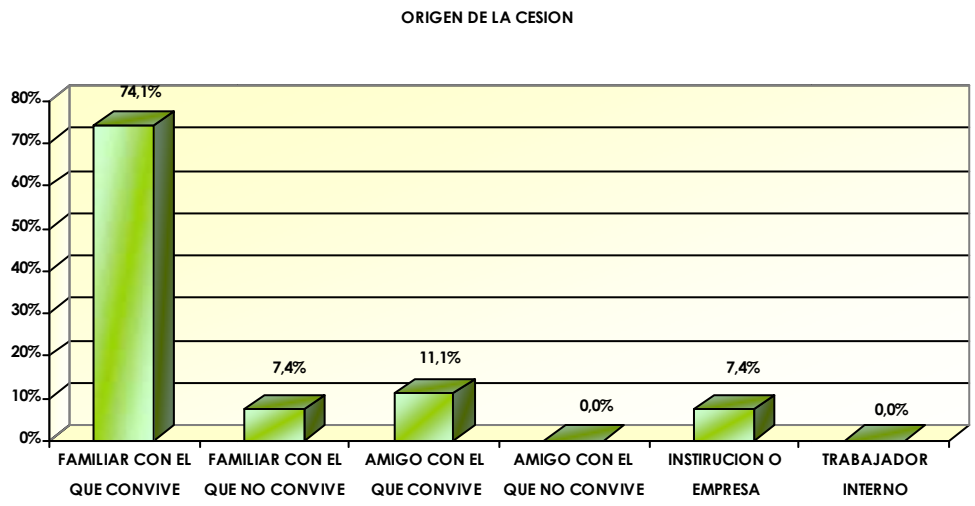
el uso de la vivienda (45,8%), frente al 26,1% de sujetos que varían su consumo y el 13,3% del resto.

Las diferencias que se han encontrado en cuanto al régimen de ocupación de la vivienda entre la población estudiada y la población inmigrante en general son bastante llamativas. En la segunda, la situación mayoritaria sigue siendo el alquiler, si bien el porcentaje de sujetos en esta categoría baja hasta el 47,5%. La segunda opción más representada es la vivienda en propiedad en un 32,7% de los casos, mientras que en nuestra muestra sólo un 4% de ellos estaba en esta situación. Por último, las personas que se encontraban residiendo en viviendas cedidas de forma gratuita eran el 14% del total, cuando en la muestra analizada suponen un 27%. Se observa por tanto que puede existir la posibilidad de que los sujetos estudiados hayan presentado mayores problemas en el acceso a la vivienda que la población inmigrante en general, dado sus mayores niveles de cesión y menores de propiedad.

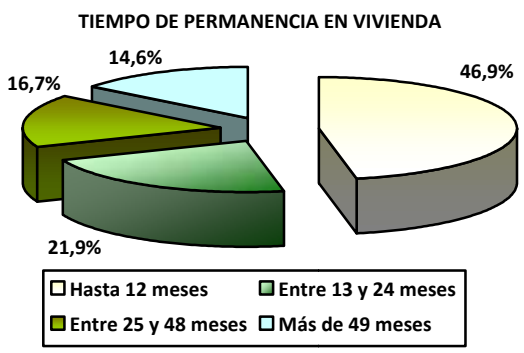
Por otro lado, entre quienes se encontraban en régimen de alquiler se ha observado que casi 3 de cada 4 habían recurrido a los cauces "normalizados". El 70% se la arrendó a un propietario no residente, aunque sólo un 4,5% lo hizo a través de algún tipo de empresa de alquiler o inmobiliaria. Sin embargo, un 22,7% se la alquiló a otro residente de la vivienda (fuera o no su propietario) con el que cohabitó. Este porcentaje entre la población inmigrante en general es de sólo el 4%. Lo que podría apuntar también hacia unas peores condiciones entre la población estudiada en cuanto al acceso al alquiler de una vivienda completa, y no sólo de parte de ella.

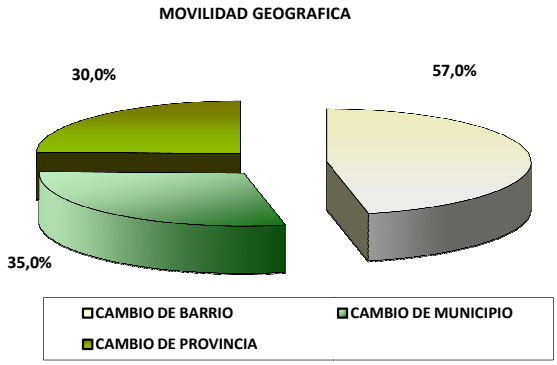


Por su parte, en los casos en los que se residía en una vivienda que había sido cedida de forma gratuita, lo más común era que la cesión hubiera sido realizada por algún familiar con el que se convivía (74,1%). Tenemos que aclarar que en esta opción nos encontramos tanto con personas que aún residían con sus progenitores, como con aquellos que habían sido acogidos por algún otro familiar. Esta última estrategia es la más extendida en cada uno de los grupos. Recurrieron a ella el 81,8% de quienes empezaron a consumir sustancias en España, el 66,7% de quienes variaron sus hábitos y el 75% del "resto".



Al margen de estas cuestiones, se ha observado también cierta tendencia en la muestra a la movilidad residencial. Casi un 70% llevaba menos de 2 años residiendo en la vivienda, y un 46,9% menos de 1.





Además, el 82% cambió de residencia en algún momento de su estancia, porcentaje algo mayor al 71% observado entre la población inmigrante en general por la ENI 2007. Dentro de cada uno de los grupos de análisis el menor porcentaje se da entre quienes empezaron a consumir sustancias en España (62,5% frente al 91,3% de quienes variaron y al 83,3% del resto).

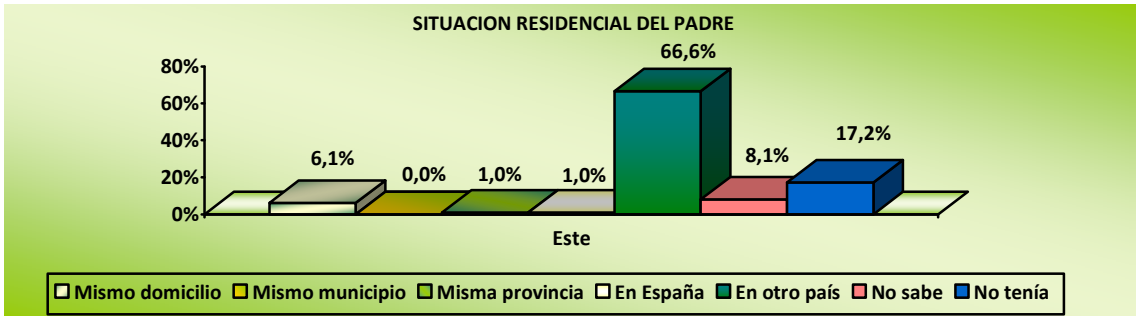
No obstante, si nos fijamos en los cambios durante el primer año de estancia el porcentaje baja hasta el 54,3%, además de que desaparecen las diferencias entre los grupos analizados. A ello se suma el hecho de que en el 44,4% de las veces se produjo un único cambio de domicilio. Por el contrario, cuando se consideran los cambios de vivienda totales, y no sólo durante el primer año, el porcentaje de sujetos que lo hicieron en una ocasión baja al 9,9%, un 27,2% cambió de residencia dos veces y un 28,4% tres. En cualquier caso, no parecen cantidades abrumadoras, de lo que se deduce que no han experimentado niveles excesivamente elevados de movilidad residencial, especialmente si se tiene en cuenta que es muy usual que a lo largo de la migración, y sobre todo durante el asentamiento inicial, se recurra a soluciones residenciales temporales o transitorias mientras se generan las condiciones necesarias para poder establecerse de forma independiente.

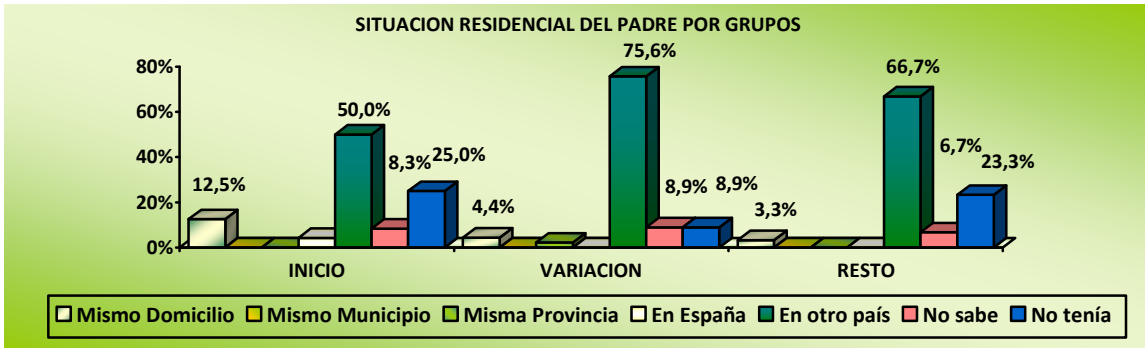
Para finalizar, se ha observado que un 57% cambió de barrio, un 35% de municipio y un 30% de provincia. Lo que supone unos niveles relativamente bajos de movilidad geográfica en la muestra estudiada que, al igual que sucede en el caso de la población inmigrante en general, se concentra principalmente en la movilidad intermunicipal. Estos datos pueden apuntar a ciertos niveles de estabilidad de cara a la buena marcha de su proyecto migratorio, ya que la permanencia en los mismos municipios puede favorecer la continuidad de los procesos de inserción social ya iniciados.

REDES SOCIALES

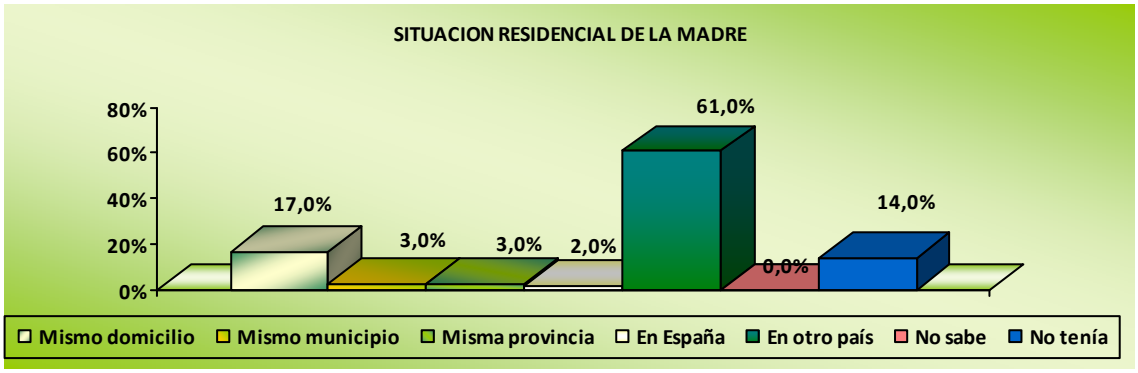
De cara a la configuración de la red social de estas personas en España se ha analizado la situación residencial de los progenitores, las parejas

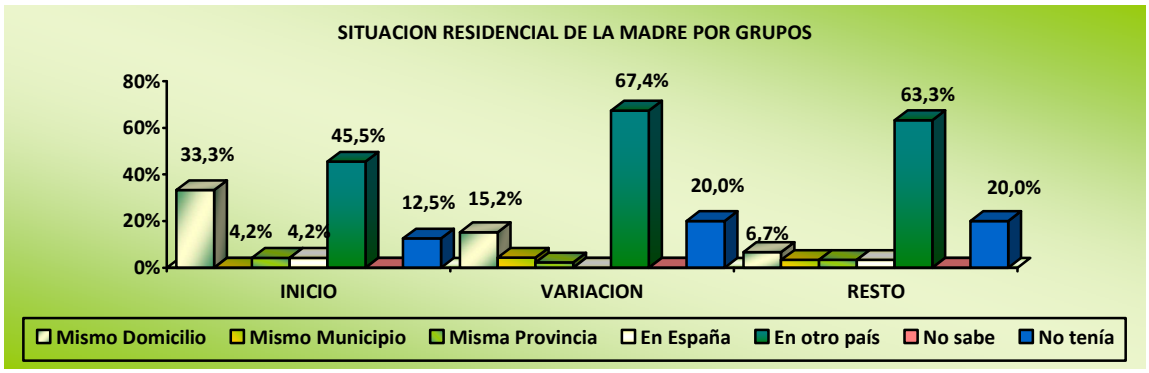
sentimentales y los hijos, así como los hermanos y otros familiares. También se ha valorado la presencia de amistades dentro de su círculo social. Los resultados obtenidos son los siguientes.



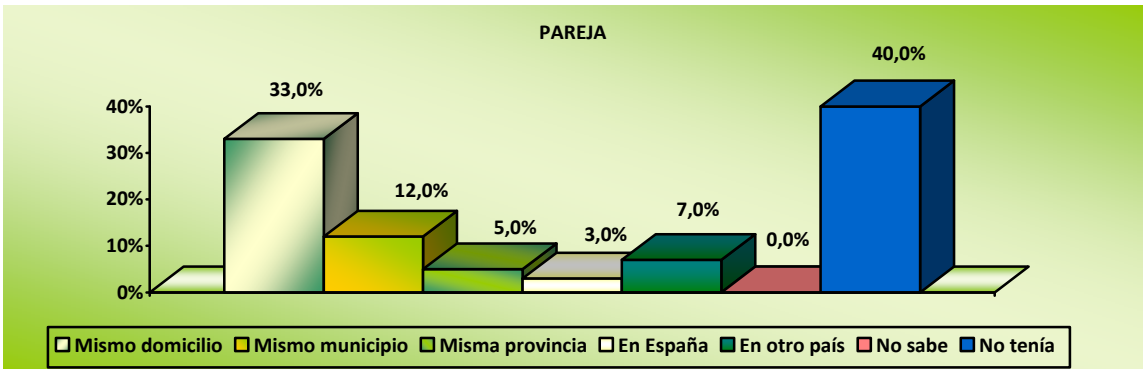


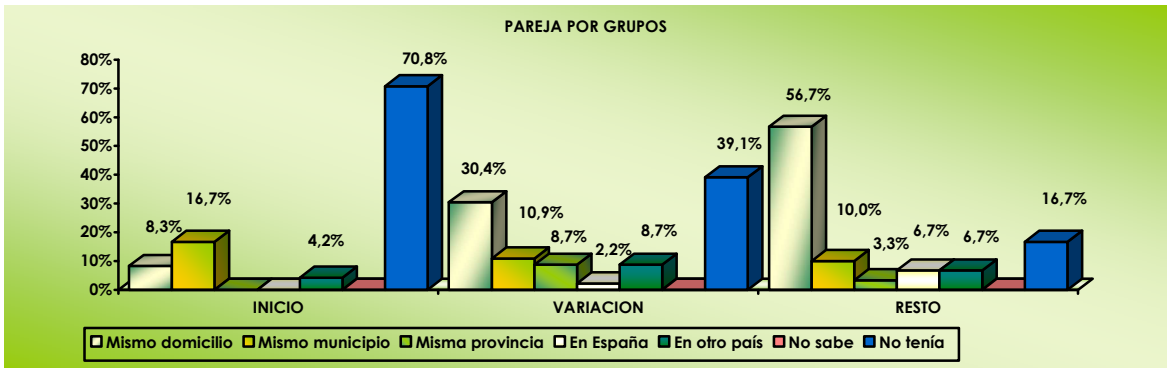
Lo más común es la ausencia de la figura paterna. Sólo en el 8% de los casos el padre residía en España, generalmente porque se encontraba en otro país (66,6%) o porque no se tenía (17,2%). Si el análisis se realiza por grupos, se observa que el porcentaje de sujetos cuyo padre residía en otro país es sensiblemente superior entre quienes modificaron sus hábitos de consumo (75,6%). Sin embargo son las personas que integran el grupo "resto" quienes carecían en mayor medida de figura paterna (90%). Por el contrario, quienes empezaron a consumir en España muestran el mayor porcentaje de convivencia con el padre (12,5%). Entre el total de la muestra esta situación es bastante rara, y sólo se produce en el 6,1% de los casos.





En el caso de la madre, su presencia es sensiblemente mayor, 1 de cada 4 sujetos tenía a su madre residiendo en España. Aunque también significa que 3 de cada 4 no, debido principalmente a que se encontraban en el extranjero (61%). Si consideramos los diferentes grupos de análisis, quienes muestran un mayor porcentaje de convivencia con la figura materna son los individuos que iniciaron el consumo de sustancias en España (33,3%), además de que son los que en menor medida carecían de ella en España.

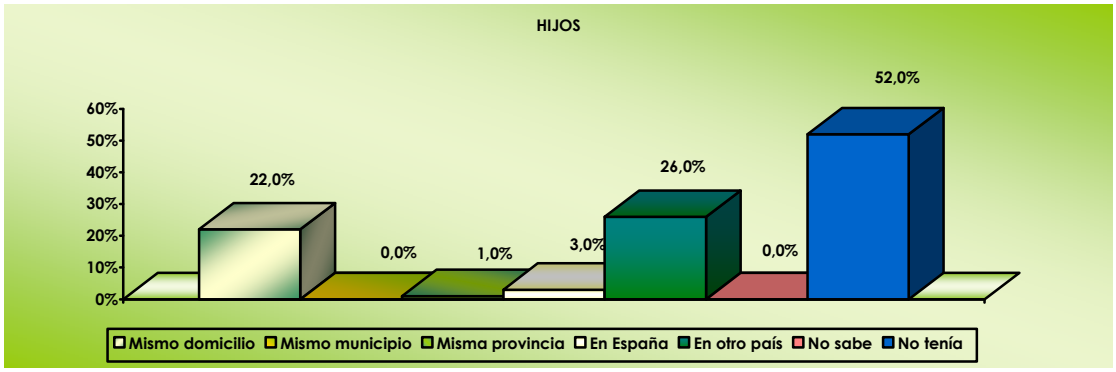


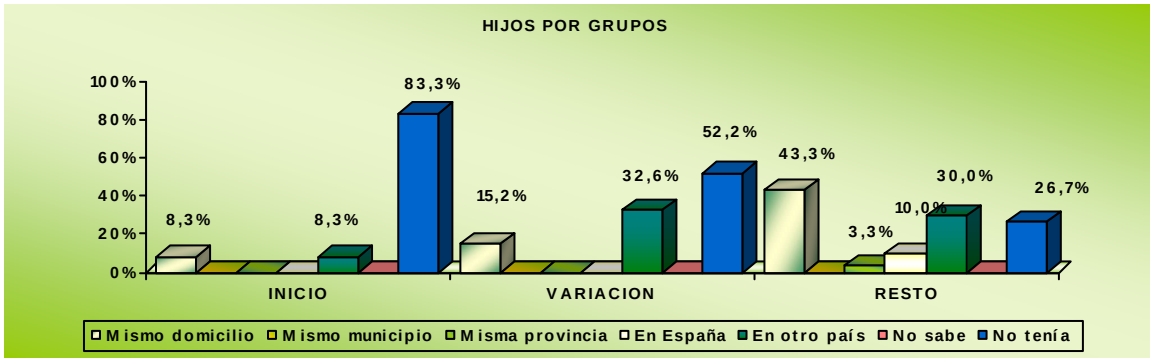


En cuanto a la pareja, lo más habituales era no tenerla (40%), o por el contrario cohabitar con ella (33%). Sin embargo, cuando analizamos los grupos por separado, encontramos que es más común entre los sujetos que comenzaron a consumir sustancias en España no tener pareja (el 70,8% de ellos), y la convivencia con ésta es escasa (8,3%).

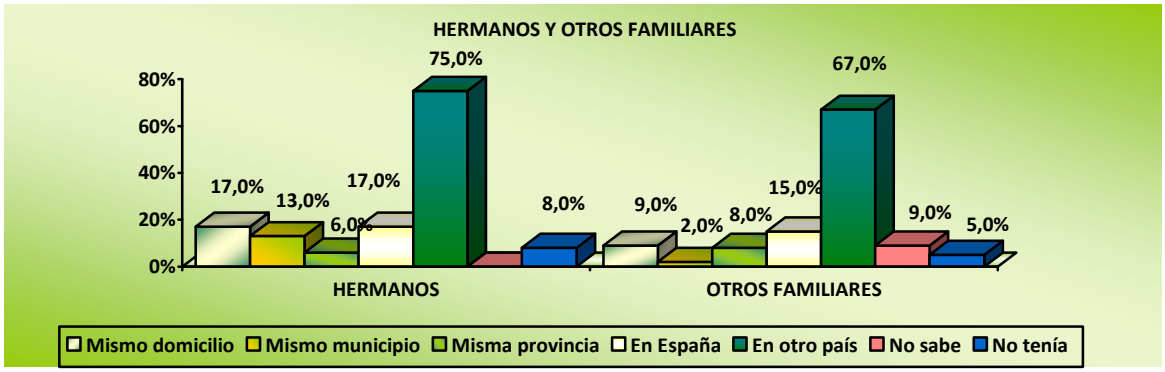
Entre quienes que ya consumían sustancias antes de llegar a España, y sufrieron una variación en el patrón de consumo, es algo más común tener pareja (no la tienen el 39,1%), y el porcentaje de los que cohabitan con ella es superior (el 30,4%). Finalmente en el grupo denominado "resto se dan los menores porcentajes de sujetos sin pareja (un 16,7%), además de que son quienes conviven con ella en mayor medida (el 56,7%).

Antes de analizar el resto de integrantes de la red social, hay que aclarar que los porcentajes que se muestran a continuación no son acumulativos, debido a que no se trata de variables de única respuesta, sino que se pueden dar simultáneamente dos situaciones diferentes.





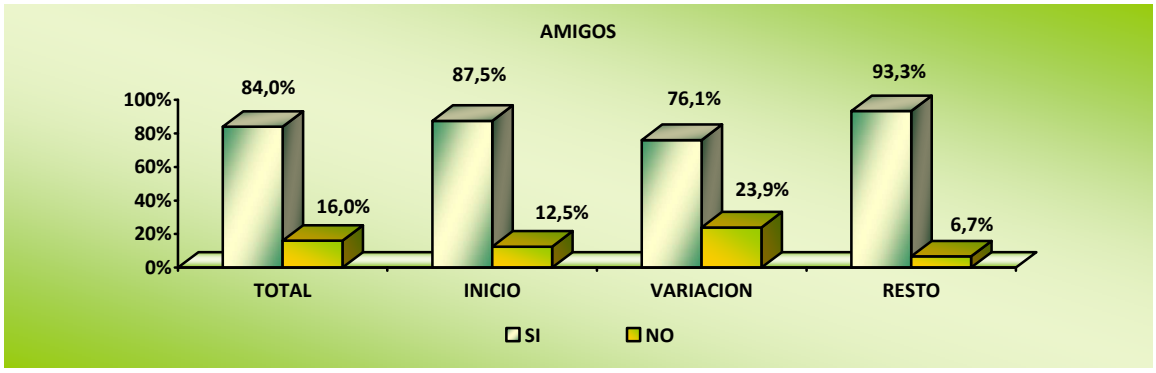
Lo más habitual en la muestra es no tener hijos (52%), aunque se dan importantes diferencias entre los grupos. Quienes iniciaron su consumo muestran el mayor porcentaje de sujetos sin hijos (83,3%), al contrario que en el grupo "resto" en el que sólo un 26,7% no tenía hijos y un 43,3% convivía con ellos.



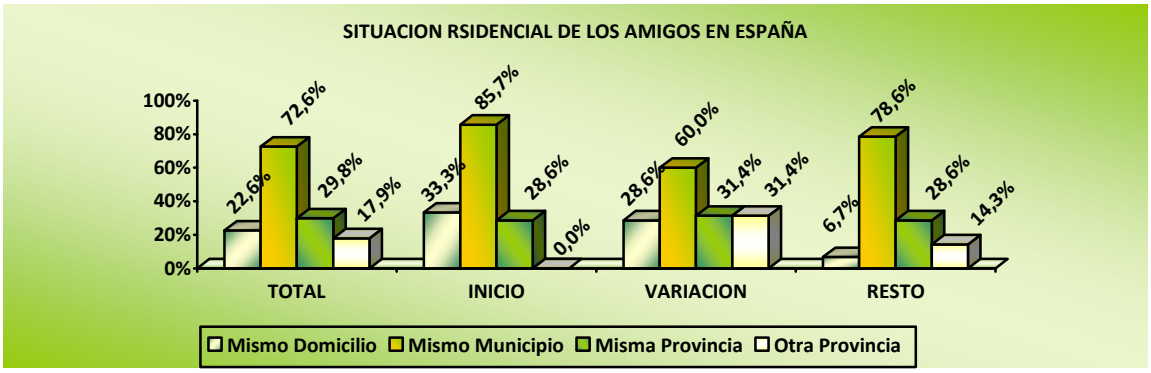
En cuanto al resto de integrantes de la red familiar, se aprecia que los hermanos están algo más presentes que otros familiares. Un 17% convivía con ellos, y en un 13% de los casos residían en el mismo municipio. Aún así, se dan porcentajes bastante elevados de personas que tenían hermanos u otros parientes residiendo en otro país.

Si el análisis se realiza por grupos, se observa que quienes empezaron a consumir aquí muestran mayores niveles de convivencia con sus hermanos. Un 25%, frente al 17,4% entre aquellos que variaron su patrón de consumo, y el 10% en el "resto". Además, en este último grupo se da el mayor porcentaje de personas con hermanos en otro país.

Hay que especificar, antes de hablar del resto de familiares, que esta variable ha sido la que ha presentado mayores problemas de respuesta, por lo que los datos no son tan fiables como en los casos anteriores. Aún así, parece que la convivencia con otros familiares no está muy extendida entre la muestra analizada, aunque se da cierta presencia de éstos en España. Cuando se observan los grupos por separado no se encuentran grandes diferencias. En general la convivencia con ellos es baja, especialmente en el caso del las personas que se iniciaron en el consumo en España (4,2%). También llama la atención que en este grupo, y en el de quienes alteraron sus hábitos de consumo, se den los mayores porcentajes de sujetos que no tenían otros familiares en España. El 33,3% y el 28,6% respectivamente frente al 7,1% del grupo "resto".

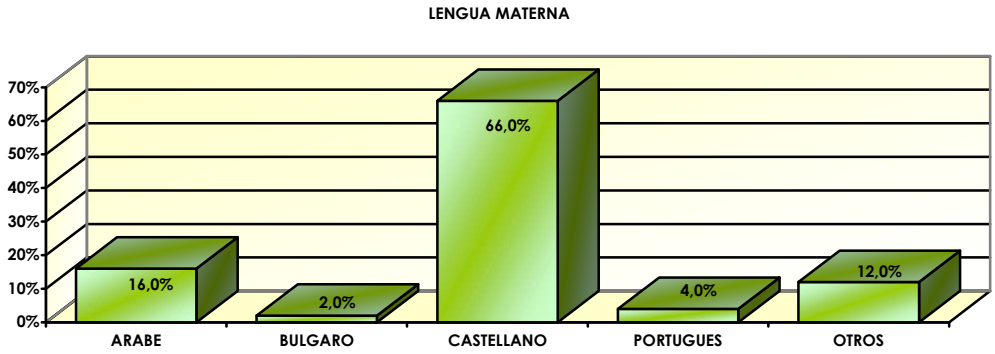


Para finalizar el análisis de las redes familiares y sociales, se ha considerado el nivel de presencia de amistades en España. La tendencia general es a tener amigos en alguna zona del país, aunque no deja de llamar la atención que un 16% de estas personas declarasen no tener ningún amigo aquí. Este porcentaje sube hasta el 23,9% en el grupo formado por quienes modificaron sus hábitos de consumo, y es menor en los demás grupos. De hecho, son los sujetos del grupo "resto" quienes tienen amigos en España en mayor medida. Pero, ¿dónde se encuentran estas amistades?



Tanto en la muestra total como en cada uno de los grupos de análisis, lo más común es que los amigos se encuentren residiendo en el mismo municipio. Sin embargo, hay también un porcentaje importante de sujetos que convivían con ellos (22,6%). Se observa además, que se dan variaciones sustanciales en los porcentajes de personas en esta situación convivencial entre los grupos de análisis. El 33,3% de aquellos que empezaron a consumir en España cohabitaba con algún amigo, así como el 28,6% de quienes ya consumían y alteraron sus patrones de consumo de alguna manera. Por el contrario, entre el "resto" apenas se da esta circunstancia, solamente el 6,7% convivía con sus amistades.

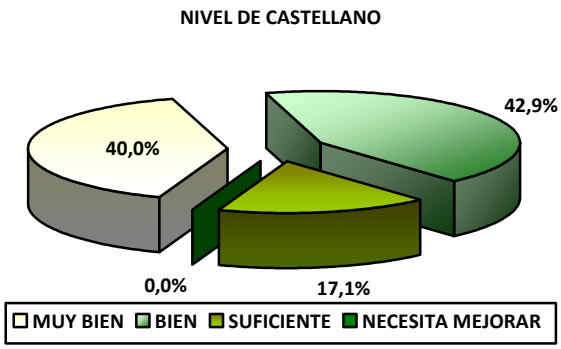
IDIOMA

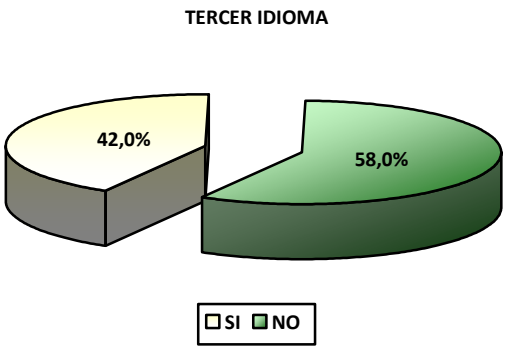


El idioma es uno de los principales factores de exclusión, dado que su desconocimiento limita tanto el acceso al mercado laboral como a las relaciones sociales con personas autóctonas. Lo que favorece que únicamente se establezcan relaciones con miembros de su endogrupo.

Sin embargo, los resultados obtenidos al respecto distan bastante de representar situaciones de exclusión social provocadas por el idioma. Un 66% de los encuestados son de habla castellana, lo que resulta lógico si recordamos la alta presencia en la muestra de personas de origen latinoamericano. Los datos que se ofrecen en adelante, corresponden a los individuos cuya lengua materna era otra[77].

En general, no parece que hayan presentado problemas en cuanto al aprendizaje del idioma. Todos los sujetos declararon hablar y comprender el castellano de forma aceptable. Se indagó también acerca del nivel de castellano que consideraban que tenían para desenvolverse de cara a las gestiones más básicas y cotidianas. Aunque los resultados van en la misma línea que el resto de los datos, nadie percibía que necesitara mejorar su nivel de castellano, y un 17,1% creía que era suficiente. Por el contrario más del 80% consideraba que era bueno o muy bueno (el 42,9% y 40% respectivamente). Además es bastante usual entre la muestra analizada, que hablaran un tercer idioma (42%).



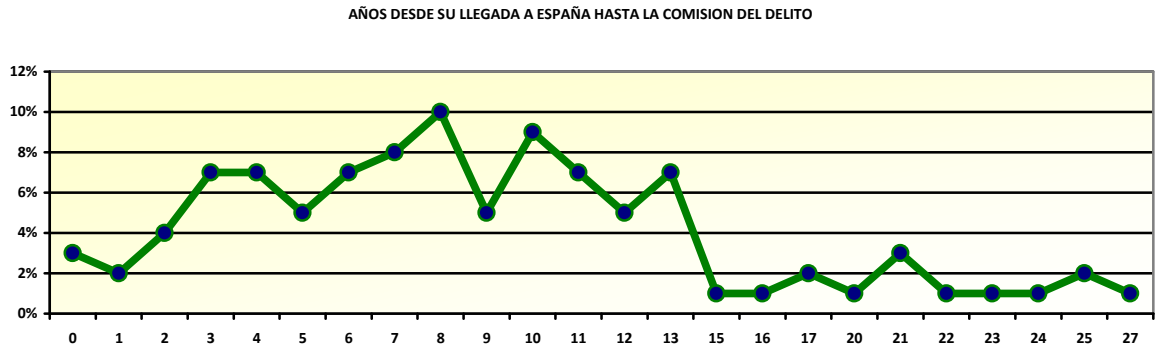


[77] Hay una persona de habla hispana que es analfabeta, por lo que el número total de sujetos a los que se preguntó por las variables relacionadas con su nivel de castellano es de 35. Dicho sujeto, más 34 no hispanohablantes.

4.3 LOS DELITOS CONTRA LA SALUD PUBLICA.

Uno de los principales objetivos de la investigación era realizar una aproximación al delito en el que estas personas habían incurrido, analizando las circunstancias y la forma en que se produjo. Por ello, se indagó en torno a diferentes cuestiones, que van desde los hechos concretos por los que fueron condenados, hasta la existencia de antecedentes delictivos previos a la comisión.

Ya planteamos en la introducción la existencia de una corriente de opinión que relaciona la inmigración con el aumento de la criminalidad, como si fuese una puerta de entrada de delincuentes e individuos peligrosos de los que la sociedad de acogida se tiene que proteger. Como si entre ellos, se camuflase una gran cantidad de sujetos cuyo único objetivo es venir a delinquir a España. Pero los resultados que hemos encontrado, distan bastante en realidad de esta imagen del inmigrante "delincuente".



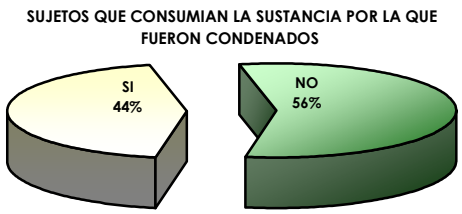
Tan sólo un 3% cometió el delito en su primer año de estancia en España, y antes de los 3, un 16%. De hecho, los porcentajes más altos se dan entre los 7 y los 13 años residiendo aquí (salvo algunas excepciones), que en conjunto suponen más de la mitad de la muestra (51%). Por tanto, los datos no parecen indicar que estas personas llegasen a España con la intención expresa de delinquir, ni siquiera que lo hicieran en los primeros momentos de su proceso migratorio. De hecho, se dan en general lapsos de tiempo bastante amplios entre su llegada y el delito Contra la Salud Pública.

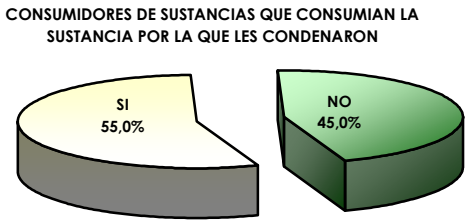
Se puede argumentar, sin embargo, que existe la posibilidad de que hubiesen incurrido en actividades de esta índole con anterioridad a los hechos que se están estudiando. Y que no les hubiesen descubierto o no se hubiera podido probar su participación.

No obstante, no parece haber mucha presencia de antecedentes delictivos en nuestro país. Al 65% nunca le habían detenido con anterioridad, y en un 10% de los casos se había debido a un procedimiento por infracción de la ley de Extranjería. En este punto nos gustaría detenernos un momento. Aunque en principio puedan parecer pocos, es necesario tener en cuenta las implicaciones que tiene pasar por el proceso de una detención por el mero hecho de carecer de documentación. En general estos expedientes no prosperaron, y sólo 1 (el 10% del total) llegó a ser trasladado a un Centro de Internamiento de Extranjeros (CIE).

Antes de llegar a España tampoco se han encontrado signos de actividad delictiva. Solamente el 8% había sido detenido en su país de origen, y en ninguno de los casos se trataba de un delito Contra la Salud Pública. Únicamente el 1% fue finalmente condenado. Por otro lado, ninguna de las personas que experimentaron tránsito migratorio (16%) tuvo problemas judiciales a consecuencia de algún delito. Por lo tanto, no parece que se trate en ningún caso de sujetos con una dilatada carrera criminal antes de llegar a España. Lo que significa que han entrado en contacto con las redes de tráfico de drogas en este país.

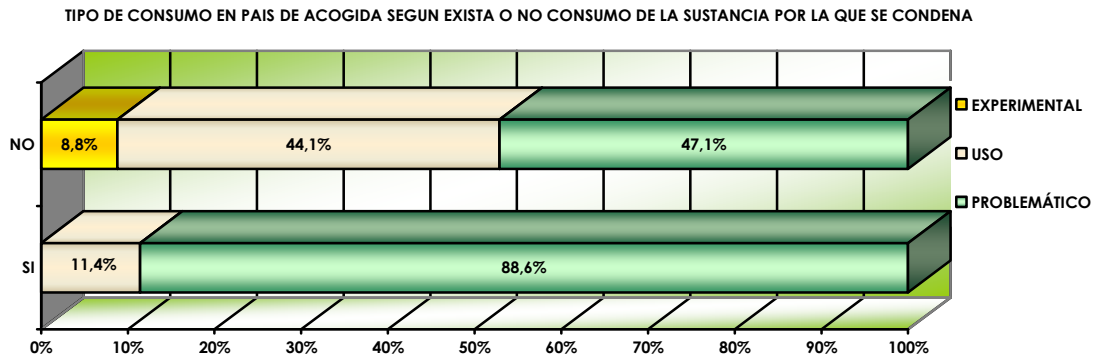
Obviamente, el consumo de sustancias psicoactivas que habían mantenido puede estar relacionado con la forma en que comenzaron a mantener una relación con alguna persona vinculada al tráfico de drogas. Sin embargo, es necesario recordar que el 20% no había consumido nunca, y que dentro del 80% restante se da una gran variedad en cuanto a los patrones de consumo mantenidos, habiendo incluso consumidores de, exclusivamente, alcohol.





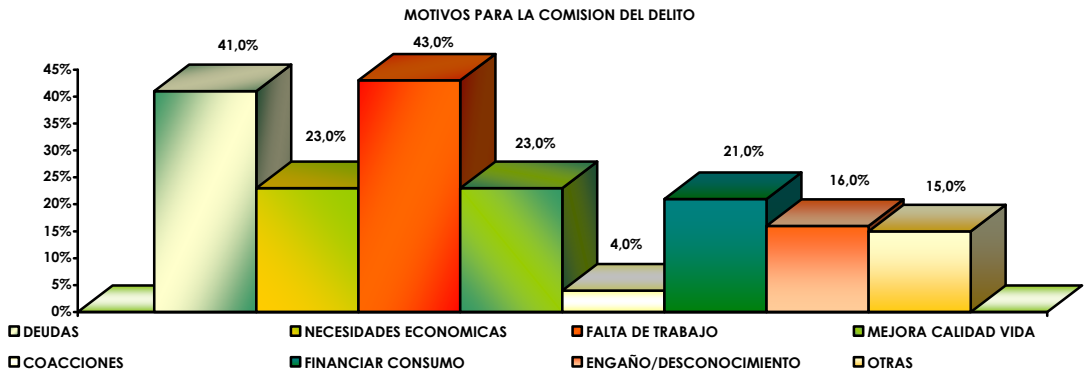
Menos de la mitad de las personas entrevistadas consumía la sustancia por la que fueron condenados, el 44%. Lógicamente, el porcentaje aumenta si consideramos solamente al grupo de los 80, concretamente hasta el 55%. Sin embargo, incluso entre los éstos, seguimos encontrando un 45% que no lo hacía. Entonces, ¿Hay, o no, alguna relación entre el consumo de sustancias y el delito?

A la luz de estos datos, se podría decir que aparentemente, hay una proporción sustancial de sujetos en los que, en principio, no parece haber relación. Sin embargo, estos datos se refieren a la droga por la que fueron condenados, y dejan fuera los posibles usos de otras sustancias. En realidad también es posible que aunque no consumiesen la sustancia por la que se les condenó, sí tuviesen un problema de abuso o dependencia a alguna otra.



De hecho, se observa que el 47,1% de los que no consumían la sustancia con la que delinquieron, presentaban un consumo problemático de alguna otra. Aun así, seguimos encontrando una cantidad importante que no tenía un problema de consumo, hecho que no podemos dejar pasar a la ligera.

En realidad, si consideramos los diferentes motivos que proporcionaron para explicar que se decidieran a participar en el delito, esta cuestión queda algo más clara.



Sólo un 21% de los entrevistados alegaron la financiación del consumo que mantenían como una de las causas que les llevaron al delito. Y sólo 1 de cada 4 consumidores proporcionó esta respuesta (el 26,3%). Por lo que encontramos de nuevo datos que apuntan a que, pese a que en muchos casos el consumo de sustancias sí ha podido ser un factor relacionado con el delito cometido, hay una proporción sustancial en los que parecen haber concurrido otras circunstancias.

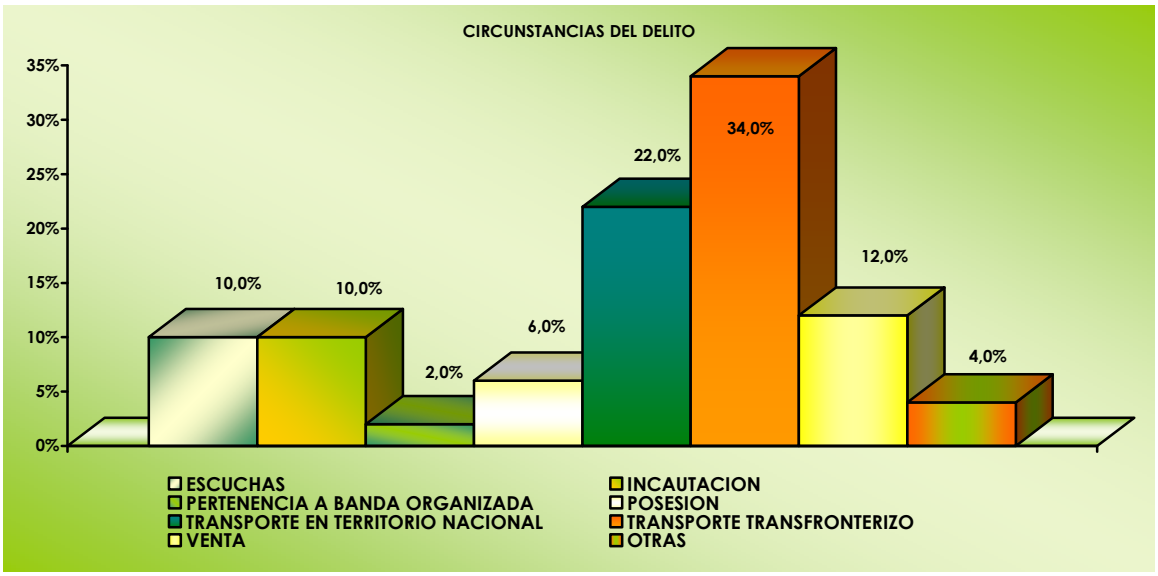
Entre ellas, las más representadas son las cuestiones económicas. Hay muchas personas que aducían una situación financiera adversa, bien por falta de trabajo (43%), por deudas acumuladas (41%), o por una necesidad de carácter urgente (23%). Es bastante llamativo que un 16% declarase haber sido engañado o desconocer las actividades que se les imputaron. Y finalmente, encontramos también un porcentaje importante que reconocía estar motivado simplemente por la mejora que suponía en su calidad de vida (23%).

¿Es entonces el delito producto de la búsqueda de una fuente de ingresos alternativa? En realidad no tanto. Aunque en un 39,3% de los casos habían sido ellos mismos quienes se interesaron por participar en este tipo de actividades, hay un considerable 60,7% en el que había mediado una

oferta directa por parte de otra persona[78]. Parece más bien que en una proporción importante, se trata en realidad de una ventana de oportunidad que se les abre, y que deciden aprovechar.

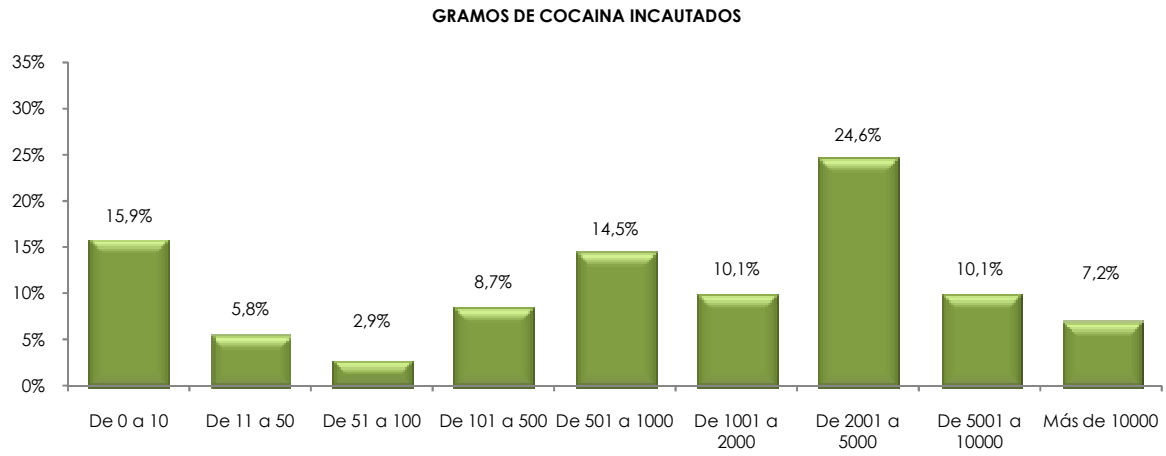
Pero, ¿de qué manera han entrado en contacto con sujetos que estaban relacionados con delitos Contra la Salud Pública? ¿Dónde se insertan éstos dentro de las redes sociales que han establecido estos inmigrantes en España? A este respecto no se ha detectado una presencia importante de conexiones con el tráfico de drogas entre los familiares (un 4% en la pareja, y un 3% en familiares coetáneos). Parece más bien que los principales contactos se producen en las relaciones que establecen con conocidos (85%), o entre sus amistades (30%).

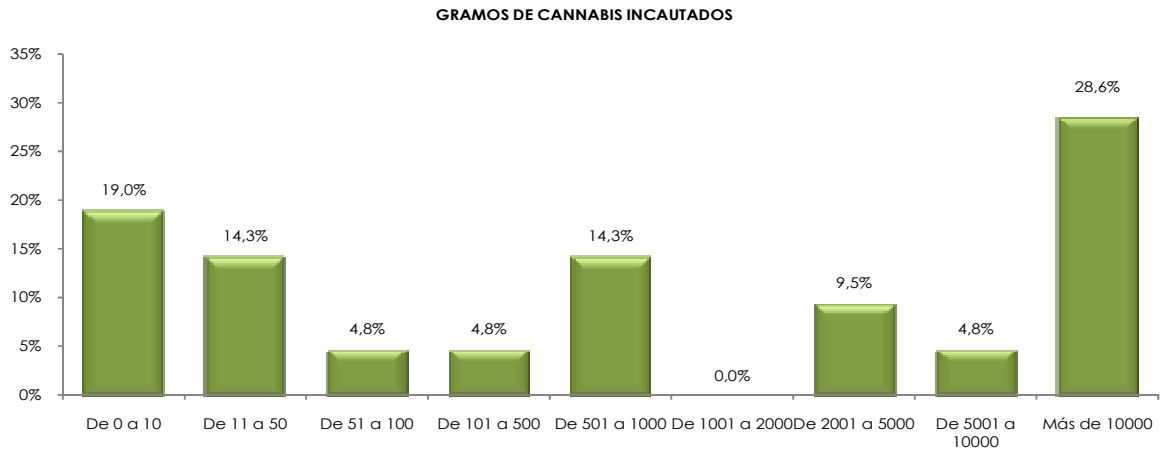
En realidad, la pregunta de si tiene más peso el consumo de sustancias u otros factores, no tiene una respuesta sencilla. En algunos casos es el primero el que ha repercutido en la comisión del delito, mientras que en muchos otros se da un proceso por el cual estas personas acaban decidiendo buscar otras alternativas económicas. Pero sigamos con el análisis de los sucesos concretos que acontecieron, pues ayuda en cierta medida a configurar el perfil de los delitos cometidos.



[78] Se ha excluido de este análisis a las personas que alegaron engaño o desconocimiento (16), por tratarse de situaciones excepcionales. Este grupo se compone principalmente de sujetos a los que les hicieron una propuesta para participar en alguna actividad que acabó estando relacionada con el tráfico de drogas (62,3%). Y de un 31,2% que no tenían ningún conocimiento de las mimas.

El papel que han desempeñado en el tráfico de drogas no parece haber sido muy directo. El porcentaje de quienes habían vendido sustancias es sólo del 12%, además de que un escaso 10% había sido acusado por posesión. Por el contrario, parece más bien que su perfil está muy marcado por las actividades relacionadas con el transporte de la sustancia. Un 56% había tratado de mover mercancía dentro del territorio nacional o a través de sus fronteras. Lo que explica las grandes cantidades incautadas que se han detectado en las dos sustancias con las que se ha traficado en mayor medida, la cocaína y el cannabis.

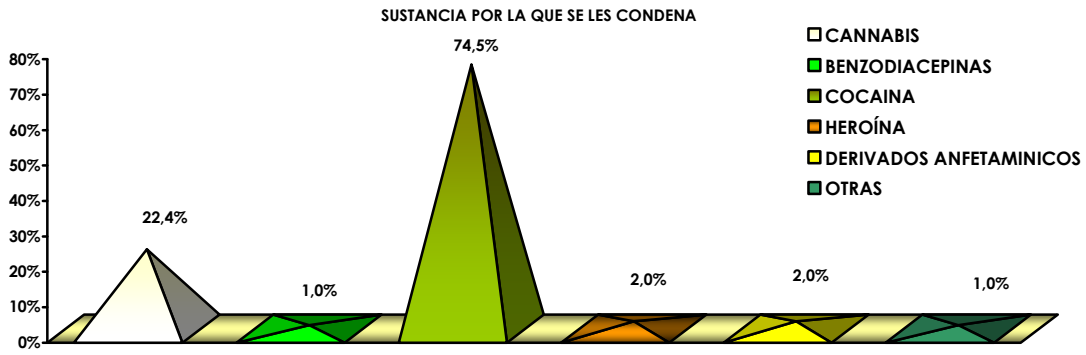




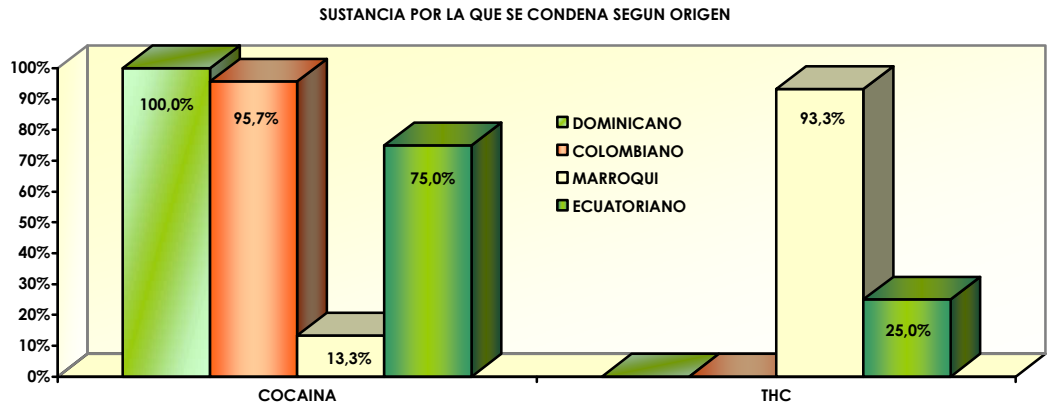
Parece que en general, se han manejado cantidades importantes de sustancia. En sólo el 15,6% de los casos la incautación de cocaína es menor a 10 gramos, categoría que podría estar más encuadrada en el concepto de autoconsumo. Mientras que en un 66,5% fue de más de 500

gramos. En los delitos por cannabis la tendencia es muy parecida. Aunque hay un mayor porcentaje dentro de los 10 gramos (19%), en un 57,2% se vieron relacionados con más de medio kilo de cocaína.

A tenor de estas cuantías podría pensarse que tenían un papel importante dentro de una red de tráfico de drogas. Sin embargo, hay que recordar que sólo el 2% de ellas fue acusado de pertenencia a banda organizada, por lo que no parece a priori que puedan encuadrarse en el concepto de "narcotraficante" que se maneja comúnmente. Para arrojar algo más de luz, hemos analizado las sustancias con las que se han visto involucrados y hemos cruzado las dos principales con la procedencia de estas personas.



Como puede apreciarse, la sustancia por excelencia con la que se ha delinquido es la cocaína (74,5%), seguida, bastante de lejos, por el cannabis (22,4%). Mientras que el resto de sustancias son más bien anecdóticas. Teniendo en cuenta que en España el consumo de cannabis está más extendido entre la población que el de cocaína, puede resultar llamativo. Sin embargo, la cocaína sigue siendo la segunda sustancia ilegal más consumida entre la población española. Además de que existe una importante diferencia entre ambas en cuanto a su valor de mercado y la posible rentabilidad asociada.



Se ha detectado una posible relación entre la procedencia de estos sujetos y la sustancia con la que han delinquido. Todos los dominicanos entrevistados, casi el 96% de los colombianos, y el 75% de los ecuatorianos estaban relacionados con un delito por cocaína. Frente a ellos, encontramos a los marroquíes, que en un 93,3% de los casos se habían involucrado en el tráfico de cannabis.

Este es un tema delicado que queremos tratar con el cuidado que requiere, para evitar, en la mayor medida posible, asociaciones directas o a lecturas simplificadas o reduccionistas de los datos. En ningún caso nuestra intención es vincular determinadas nacionalidades a la comisión de este tipo de delitos, simplemente se ofrecen los resultados obtenidos y la lectura que se hace de ellos y sus posibles causas. De hecho, creemos más bien que se deba a la conexión de estas áreas geográficas con las redes internacionales del tráfico de drogas. Los sujetos que proceden de zonas vinculadas al tráfico de una sustancia son quienes en mayor medida han sido condenados por la misma. Reiteramos que ello no quiere decir que haya colectivos más propensos a delinquir que otros, sin embargo, si nos surge una duda en cuanto a si determinados individuos pueden verse más expuestos que otros a la oportunidad de acabar cometiendo actos de esta índole debido a su procedencia. Y más aún teniendo en cuenta la alta proporción de personas a las que se les había propuesto que participaran.

A la luz de los datos que hemos analizado, podemos concluir que el tráfico de drogas entre la población estudiada parece más bien una

cuestión tangencial, una oportunidad, que se les presenta o que buscan, de obtener unos ingresos extraordinarios. Que en muchas ocasiones vienen a mitigar una situación económica adversa, ya sea por falta de trabajo, por deudas acumuladas o por una necesidad urgente. Estos casos podrían estar representando en realidad una situación en la que se atraviesan dificultades en cuanto al proyecto migratorio, especialmente en el plano económico y laboral. Y en algunas otras, sirve para mejorar el nivel de vida y el progreso del proyecto migratorio que han elaborado.

5. CONCLUSIONES

Uno de los principales objetivos que se marcaron de cara a esta investigación consistía en tratar de caracterizar el consumo de sustancias que habían mantenido los sujetos analizados. Responder a cuestiones relacionadas con las sustancias que más consumían, el lugar en el que empezaron a hacerlo, y el tipo de consumo que habían realizado de cada una de ellas.

El resultado obtenido, perfila un modelo de consumo que tiene algunas diferencias y algunas similitudes con respecto a los hábitos imperantes entre la población autóctona. Las sustancias más consumidas son las mismas, el alcohol, el cannabis y la cocaína. Sin embargo, entre los inmigrantes estudiados, el consumo de cocaína es mayor que el de cannabis (70% frente a 63,8%), cuando entre los españoles el consumo del segundo está más extendido. Aún así, la sustancia psicoactiva por excelencia sigue siendo el alcohol, consumida por el 96,3% de estas personas. Por el contrario, el resto de drogas analizadas no parecen tener una especial importancia en los hábitos observados, a excepción de las derivadas de las anfetaminas, que llegan a consumir en España algo más del 10%.

Por otra parte, una de las principales conclusiones desprendidas del estudio realizado sobre el consumo de estas personas, es que no se trata exclusivamente de un problema que traen consigo desde sus países de origen. Pese a que un porcentaje importante ya había tenido algún tipo de contacto con las sustancias antes de llegar (53,1%), hay un 40% que empezó a consumir sustancias ilegales estando ya aquí. Es posible entonces, que ese inicio esté relacionado de alguna manera con sus condiciones de vida en España.

Al mismo tiempo, se ha observado un cambio en los modelos de consumo mantenido en sus países de origen y en España. En general aumenta el número de consumidores de cada sustancia, especialmente de alcohol, cannabis y cocaína. Pero el mayor incremento se produce en esta última, que se sitúa como la segunda droga más consumida (66,3%), por delante del cannabis. Además de que resulte ser aquella que en mayor medida se

empezó a consumir en España (el 62,5% de los consumidores de esta sustancia).

También se ha apreciado una evolución en la tipología de los consumos mantenidos antes y después de la migración, que deriva hacia patrones de consumo de sustancias de mayor entidad. Sólo 1 de cada 4 sujetos del grupo de consumidores presentaba un abuso o una dependencia en su país de origen, mientras que en España este porcentaje era del 70,5%. Las personas que engrosaron el grupo de consumidores problemáticos estando ya en España, son principalmente aquellas que no habían tenido contacto previo con las drogas o que sólo habían experimentado con ellas. Entre las sustancias analizadas, la cocaína ha resultado ser la que ha acarreado mayores problemas de consumo, tanto antes como después de emigrar (35% y 66%).

El análisis pormenorizado de las variaciones que han sufrido los patrones estudiados refuerza la idea de que en general progresaron hacia una mayor complejidad e importancia. Un 62% de los sujetos que alteraron sus hábitos (el 82,5%), introduce alguna sustancia nueva, en la mayoría de los casos cocaína (75,6%). Pero la situación más común es que el cambio se produjera en la frecuencia con la que consumían (78,8%), o en las cantidades que empleaban (75,75%), que en ambos casos se vieron incrementadas. Asimismo, se ha observado que nuevamente la cocaína ha sido la droga que más ha visto acrecentar la frecuencia y cantidades de su consumo.

En base a los datos obtenidos, puede afirmarse que el consumo de sustancias mantenido por la población estudiada no se trata de un problema heredado, sino que en una proporción importante de los casos se ha generado cuando ya se encontraban residiendo en España. A ello se suma el hecho de que se han observado importantes niveles de variación en los hábitos de consumo mantenidos, que ha repercutido principalmente en la introducción de nuevas sustancias, en el aumento de las frecuencias y las cantidades de aquellas que previamente utilizaban, y en el agravamiento generalizado de las tipologías de consumo que habían mantenido hasta entonces. Por supuesto, se han dado casos en los

que se había abandonado el consumo de alguna de las sustancias que se empleaban, un 30,26%, pero en la mayoría de ellos se trataba del alcohol (73,91%).

No obstante, también puede argumentarse que las alteraciones encontradas pueden deberse al efecto del tiempo, o al propio proceso de evolución del consumo hasta la instauración de un abuso o una dependencia. Pero es posible igualmente, que pueda estar relacionado con el proceso migratorio que han atravesado y las condiciones en que lo han hecho, especialmente en lo referido a sus niveles de integración en España.

Para ver si esto era así, quisimos analizar sus condiciones de partida, la forma en que llegaron a España y su situación tanto en los primeros momentos del proceso migratorio como en aquel que había sido de especial relevancia para cada uno, y compararlos, en la medida de lo posible, con los datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI 2007).

En relación a su situación antes de la migración y la forma en que llegaron, no se han apreciado diferencias importantes. En nuestra muestra hay un porcentaje mayor de personas que han experimentado tránsito migratorio[79] (18%), pero es muy similar al de la población inmigrante en general (14%). Aún así, en apariencia el tránsito no ha influido ni en el consumo de sustancias ni en el delito cometido por las personas entrevistadas. Por otro lado, se ha detectado que hay un mayor porcentaje de sujetos que no disponían del dinero para emprender el viaje (el 27% frente al 19% en la ENI 2007). Aunque también que un porcentaje mayor que entre la población inmigrante en general tenía alguien a quien recurrir cuando llegó. Por lo tanto, en términos generales, no se da una peor situación en cuanto a las condiciones de partida y llegada en relación a los datos de la ENI, y las diferencias son mínimas. Así mismo, los datos no reflejan una situación especial de vulnerabilidad durante su viaje a España o en sus primeros momentos. Lo que puede indicar que estos dos elementos del proceso migratorio no están

[79] Se trata de personas que no han venido directamente desde sus países de origen, o bien porque han entrado a España a través de terceros países, o porque antes de llegar, ya había residido en otro país de migración.

especialmente relacionados con el consumo de sustancias o el tráfico de drogas entre la población estudiada.

Para esclarecer las condiciones de integración durante su asentamiento y los momentos posteriores, se han analizado los datos relativos a su ámbito laboral, residencial y convivencial, así como su situación administrativa y su grado de conocimiento del idioma.

Los resultados obtenidos apuntan hacia un proceso de inserción laboral relativamente rápido, pero que no se da en las mejores condiciones posibles. El 13% vino con una propuesta de trabajo, valor muy cercano al 16,1% de la ENI. El 37% tardó menos de un mes en encontrar empleo, algo menos que entre la población inmigrante (42,4%), y en la mayoría de los casos recurrieron a amigos o parientes (70,2%). Estos suponen una red importante de acceso al empleo para la población inmigrante, especialmente en los primeros momentos del proceso migratorio, en los que es más habitual que no se disponga de permiso de trabajo. Sin embargo, parece que este mayor acceso a redes informales repercute en sus condiciones laborales. El 71,3% no tenía contrato de trabajo, y en más de la mitad de los casos (55,2%) se trataba de acuerdos de carácter temporal. Aparte de que 1 de cada 2 tuviese jornadas semanales por encima de las 40 horas legalmente estipuladas.

Así mismo, se clasificó a las personas entrevistadas en tres grupos de análisis diferente. El primero de ellos está compuesto por aquellas que empezaron a consumir sustancias en España. El segundo por quienes ya consumían en su país de origen y alteraron de algún modo sus hábitos aquí. Y el tercero, denominado "resto", integra a todas las que no experimentaron ninguna de estas dos situaciones. Los datos recogidos en cuanto a las variables de integración se cruzaron con cada uno de los grupos, para ver si en alguno de ellos se daban peores condiciones. De tal modo que se obtuvieron tres perfiles diferentes en cuanto a las variables de integración seleccionadas:

- **Sujetos que iniciaron su consumo de sustancias en España**. Este grupo no parece mostrar una situación laboral excesivamente precaria. El 58,3% trabajaba, y tenía contrato el 41,7%. Aunque puedan parecer porcentajes bajos, hay grupos en peores condiciones todavía. En sus trayectorias laborales tampoco estuvieron demasiado presentes las jornadas parciales (9,1%) o el desempleo (31,8%). En realidad, son el grupo que presenta menores porcentajes en estas categorías. Por lo tanto, pese a que tardan algo más en encontrar un empleo, sus condiciones de trabajo son mejores que las de otros grupos. Además de que tampoco parece que tuvieran problemas con su situación administrativa, 3 de cada 4 tenía permiso de trabajo y de residencia.

  Este grupo parece estar muy polarizado en cuanto a sus modelos convivenciales, además de que cuando se residen con su familia, suele ser con la de origen. Un 33,3% vivía con su madre, el mismo porcentaje que se encontraba conviviendo con amigos. Además de que sólo el 8,3% vivía con su pareja. En realidad el 70,8% no tenía, y en el caso de los hijos, este porcentaje era del 83,3%. Parece por tanto que no se aprecian importantes cargas familiares entre estos sujetos, más bien lo contrario. Tal vez de ahí que sean quienes en mayor medida estaban en viviendas que les habían sido cedidas de forma gratuita (el 45,8%).

- **Sujetos que varían su consumo de sustancias en España**. Son quienes tenían trabajo en mayor medida en el momento en que cambiaron sus hábitos de consumo (69,6%). Pero al mismo tiempo muestran niveles elevados de trabajo a tiempo parcial (30,2%) y desempleo (52,4%), si bien no son los más altos. Estas personas son quienes en menor medida tenían la documentación en regla, sólo 1 de cada 2.

  En este grupo, al igual que sucedía en el caso anterior, también se encuentran porcentajes importantes conviviendo con amigos (28,6%), pero también hay un 15,2% que residía con su madre. Tenían a su pareja en el mismo domicilio en 30,4% de ellos, pero aunque 1 de cada 2 tenía hijos, solo hay un 15,2% que residía con ellos. Parece entonces que el perfil convivencial en este grupo está también marcado por la

convivencia con amigos, pero hay un mayor porcentaje que cohabitaba con su pareja, aunque no es muy común que estén los hijos.

- **Resto de sujetos**. Se encontraban trabajando el 43,3% (el porcentaje más bajo de los tres grupos). Pese a que son con diferencia quienes más trabajabann por cuenta propia (30,8%), también son los que menos tenían contrato de trabajo (sólo el 11,1%). Además, encontramos en este grupo los peores datos en los indicadores de precariedad laboral. Un 24,1% había estado pluriempleado en algún momento, y el 72,4% desempleado. Y sólo 1 de cada 4 tenía permiso de residencia y de trabajo.

  Dentro de este grupo es donde encontramos los modelos convivenciales más relacionados con la familia propia. Sólo un 6,7% vivía con su madre, el mismo porcentaje que con amigos, los más bajos entre todos los grupos. Por el contrario, encontramos entre éstos el mayor porcentaje residiendo con su pareja, el 56,7% (y el 83,3% la tenía) y con sus hijos (43,3%). Además de que sólo un 26,7% no tenía. Su situación residencial, por tanto, está más marcada por la convivencia directa con miembros de la familia propia. De ahí, tal vez, que a nivel de vivienda muestren mejores condiciones, por lo menos en lo que se refiere a establecer una residencia independiente. El 76% se encontraba en su propia vivienda, en la mayoría de los casos en régimen de alquiler (83,3%) y sólo el 13,3% estaba en un domicilio que le había sido cedido gratuitamente.

Viendo los datos que hemos podido recoger pueden aventurarse una serie de ideas. Cuando se aborda la cuestión de la integración social, siempre se contempla en el otro extremo la exclusión. Este concepto también se ha relacionado en trabajos previos con el inicio o la variación en el consumo de sustancias, así como con la delincuencia. Sin embargo, una de las principales conclusiones a las que se ha llegado, es que el colectivo estudiado distaba mucho de encontrarse en lo que comúnmente se considera una situación de exclusión social. Prácticamente no hay precariedad residencial, ni en cuanto al tipo de vivienda que ocupaban ni a las condiciones de habitabilidad de las mismas. Además de que son

muchos quienes disponían de la documentación necesaria para residir con normalidad en el país. Al mismo tiempo tampoco se han detectado problemas en cuanto al idioma. En realidad, entre todos los factores que intervienen en los procesos de integración de los inmigrantes, parece que los que podrían estar más relacionados con el consumo de sustancias sean el laboral y el cohabitacional. En cuanto al primero, se ha observado también cierta sobrerrepresentación de las personas ocupadas en el sector de la construcción en comparación a la población inmigrante en general, especialmente en el primer empleo que consiguieron (un 33% frente al 19,3% de la ENI 2007). Además se han apreciado importantes diferencias a este respecto entre los grupos analizados, especialmente entre aquellos más relacionados con el consumo de sustancias. Quienes iniciaron su historia de consumo en España cuentan con el mayor porcentaje de sujetos ocupados en este sector, el 45,5%, seguido de aquellos que modificaron sus hábitos de consumo, el 39,5%. Por el contrario, entre el grupo "resto" este porcentaje es de sólo el 17,2%. Estos datos son preocupantes si tenemos en cuenta que hay trabajos previos que apuntan hacia la condición de la construcción como uno de los nichos laborales más relacionados con el consumo de sustancias, especialmente en el caso del alcohol.

Por otro lado, el estudio del delito contra la Salud Pública que han cometido estas personas ha arrojado un perfil que dista bastante de la imagen habitual que se pretende difundir del "inmigrante delincuente". Entre su llegada a España y los hechos por los que fueron condenados ha pasado un lapso de tiempo considerable, quedando absolutamente descartada la idea de que hubieran venido con la intención de delinquir. Además son pocos los casos en los que se contaba con antecedentes antes de llegar, y en ninguno de ellos por delitos como el estudiado. Tampoco tienen contactos con redes de tráfico de drogas dentro de su red familiar, sino que parece más bien que en la mayoría de los casos se han relacionado con éstas a través de conocidos (85%) o de amigos (30%).

Es cierto que tuvieron la oportunidad de cometer el delito porque conocían a alguien que les pudiera poner en contacto con la sustancia

en cuestión y con las redes por las que circula. Y en este proceso, el consumo que han mantenido ha jugado un papel importante, en algunos casos. Sin embargo, hay muchos otros en los que no existía un consumo previo de la sustancia psicoactiva con la que acabaron delinquiendo (un 45% entre el grupo de consumidores). No obstante, esto no quiere decir que no tuvieran contactos, dado que de una u otra manera manera los consumidores acaban teniendo la oportunidad de establecer relaciones con sujetos vinculados con las redes de tráfico. Pero al margen de esto, la financiación del consumo sólo es alegada por el 21% de la muestra como uno las razones del delito.

En cualquier caso, es también bastante ilustrativo el hecho de que al 60,7% les propusieran directamente la comisión del delito. Este hecho, unido a las forma y circunstancias en las que se produjo, sugieren que estas personas se encontraban relacionadas de forma tangencial o secundaria con el tráfico de drogas. Sólo el 12% se dedicó a la venta directa de sustancias, y la gran mayoría se vió relacionada con las redes de intercambio de mercanía, participando en su transporte tanto a nivel nacional como internacional (el 56%). Ello explica las grandes cantidades de droga que intervinieron en el delito, especialmente en el caso de la cocaína.

Esta es además la sustancia con la que se ha traficado en mayor medida (74,5%), siendo el cannabis la segunda (22,4%). Quizá esto se deba a la diferencia en el valor que alcanza cada una de ellas en el mercado, y los posibles beneficios asociados. Y tal vez esto esté relacionado con la apertura de una oportunidad de obtención de unos ingresos económicos cuantiosos y rápidos. Esta lectura se ve reforzada por el análisis de las razones y motivos que les llevaron a los actos por los que les condenaron, entre las que imperan las razones de índole económico. Los argumentos relacionados con la falta de trabajo, la existencia de deudas acumuladas y una situación de necesidad económica urgente son alegados por el 43%, 41% y 23% respectivamente. En estos casos, es comprensible que se contemplen estas actividades como una posible solución a estos problemas. Aún así, casi 1 de cada 4 reconoció haber estado motivado por una mejora en su calidad de vida (23%).

Pero entonces, ¿en qué medida se relacionan los datos obtenidos con el proceso migratorio de estos sujetos? Hay sígnos que denotan un proceso migratorio prolongado antes de la comisión del delito, además de que por norma general no hay antecedentes delictivos previos, ni en España (75%) ni antes de su llegada (92%). Al mismo tiempo, las principales razones argumentadas podrían ser un síntoma de dificultades en su proyecto migratorio, especialmente en la esfera económica.

No obstante, es necesario seguir investigando en torno a estas cuestiones. Los datos que hemos recogido al respecto presentan una serie de limitaciones, relacionadas especialmente con la significatividad estadística. Sin embargo, consideramos que para tratarse de una primera aproximación a este problema de estudio, es suficiente con llegar hasta este punto. Además, el principal objetivo del estudio estaba más centrado en el análisis del consumo de sustancias psicoactivas entre esta población. Pero sin duda consideramos que esta es una línea de investigación que podría seguir arrojando información importante en torno a esta cuestión, y en la que merece la pena seguir indagando en un futuro.

BIBLIOGRAFIA

ARANGO, Joaquín (2007), "*Las migraciones Internacionales en un mundo Globalizado*". Vanguardia dossier, nº 22, págs. 6-15.

AVILES, Juan (2002), "*Inmigración y Seguridad Ciudadana en España*". Anales de Historia Contemporánea, nº 18. págs. 121-130.

BALSALOBRE, Alicia et al. (2008), "*Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural*". Murcia: Consejería de Sanidad. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

CASTAÑO, Violeta (2009), "*Prevención de drogodependencias en la población inmigrante en España*". Fundación Atenea.

CASTLES, Stephen (2003), "*La política internacional de la migración forzada*". Migración y desarrollo nº 1 (octubre de 2003).

CAUDEVILLA, Hernando (2008), "*Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*". Disponible en: http://bit.ly/1tHE5Ob

Colectivo IOE (2005), "*Inmigrantes extranjeros en España: ¿Reconfigurando la Sociedad?*". Panorama Social, Nº 1.

COMAS, Domingo (2001), "*El proceso de incorporación de las drogas, sus representaciones y respuestas sociales en España*". Fundación Instituto de Formación Contínua. Universidat de Les Heures. Barcelona.

ELZO, Javier; LIDON, José; y URQUIJO, María Luisa (1992), "*Delincuencia y drogas: Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y en los juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca*". Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

FORCADA, Rafael et al. (2008), "*Inmigración y abuso de sustancias. Una aproximación a la realidad española*". Revista Española de Drogodependencias. Vol. 33 nº 2, págs. 168-179.

PASCUAL, Francisco (2001), "*Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína*". Adicciones. Vol. 13 nº 2, págs. 7-22.

PEREZ, Mª Dolores (2007), "*Cribado del consumo de alcohol en trabajadores inmigrantes*". Fundación Mapfre.

REHER, David et al. (2009), "*Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: Una monografía*". INE, UCM, GEPS, UNED.

RODRIGUEZ, Elena y MEGIAS, Eusebio (2014), "*La percepción social de los problemas de drogas en España*". Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

RUIZ, Isabel; ACEIJAS, Carmen y HERNAN, Mariano (2002), "*Uso de drogas ilegales en España*". Incluido en el Informe SESPAS 2002: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública. Capítulo 6. Págs. 91-112.

SANTAMARÍA, Juan José y CHAIT, Liela (2004), "*Drogadicción y Delincuencia. Perspectiva desde una prisión*". Adicciones, 2004. Vol. 16 Nº 3, págs. 207-217.

SANTOS, Sara (2004), "*Estudio descriptivo sobre la población inmigrante atendida en los centros de atención ambulatoria a drogodependientes de Castilla y León*".

TORTAJADA, Silvia et al. (2008), "*Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos*". Psicothema, 20, 3, págs. 403-407.

AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA, Sección de Drogodependencias (2002), "*Guía de Información sobre Drogas: ¿Qué sabemos?, ¿Qué tenemos?*.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (1992). Décima Versión (CIE-10).

CÓDIGO PENAL ESPAÑOL. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. Título XVII, Capítulo III "De los Delitos Contra la Salud Pública", Artículos 359-385.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (1994). DSM-IV.TR.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (2013). DSM-V.TR.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, GOBIERNO DE COLOMBIA; OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2010), *"La Prevención en manos de los y las jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles"*.

OBSERVATORIO PERMANENTE DE LA INMIGRACIÓN. MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2014), *"Informe de Extranjeros Residentes en España 2014"*.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1969). *"Informe Técnico nº 407"*. Ginebra.

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

Código Identificación Encuesta | | | |

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Sexo V
M

Edad _____

Estado civil

- ☐ 1 Soltero
- ☐ 2 Casado
- ☐ 3 Divorciado
- ☐ 4 Viudo
- ☐ 5 Pareja hecho

Fecha Nacimiento

_____

País de nacimiento _____

Nacionalidad _____

2ª Nacionalidad 1 Si 6 No

_____

Año de migración __ __ __ __

Edad _____

Año de llegada a España __ __ __ __

Edad _____

Año de CSP __ __ __ __

Edad _____

PAIS ORIGEN

LABORAL

TRAYECTORIA LABORAL EN PO

- p1**¿Trabajó en su país de origen?**
  1 Si 6 No 0 No sabe (Si responde NO pasar a CONVIVENCIA)
  p2**¿A qué Edad tuvo el primer trabajo?** _____ (Si no sabe rellenar con ceros)

- p3**¿Cuántos trabajos tuvo?** _____
- p4**¿Alguna vez trabajó sin contrato?** 1 Si 6 No 0 No sabe
- p5**¿Cuántas veces trabajó sin contrato?** _____
- p6**¿Alguna vez tuvo más de un trabajo al mismo tiempo?** 1 Si 6 No 0 No sabe
  p7**¿Cuántas veces?** _____

  p8**¿Alguna vez trabajó a tiempo parcial?** 1 Si 6 No 0 No sabe

  p9**¿Cuántas veces?** _____

- p10**¿En general, se correspondían sus trabajos con el nivel de estudios que tenía?**
  (No) 1 2 3 4 5 (Si)

- p11**¿En general, los trabajos que tuvo fueron indefinidos?**
  (No) 1 2 3 4 5 (Si)

- p12**¿Estuvo alguna vez desempleado? (durante al menos 1 mes)** 1 Si 6 No 0 No sabe
  p13**¿Cuántas veces?** _____

  p14**¿Cuánto duró el mayor periodo?**

  - ☐ 1 De 1 a 3 meses
  - ☐ 2 De 4 a 12 meses
  - ☐ 3 De 13 meses a 2 Años
  - ☐ 4 De 3 a más años
  - ☐ 0 No sabe

SITUACIÓN LABORAL PREVIA A LA MIGRACIÓN

- p15**¿En cuáles de las siguientes situaciones se encontraba en** (país de partida) **en el momento de la partida?**(múltiple respuesta)

☐ Trabajando	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Buscando trabajo	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Estudiando	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Jubilado/pensionista	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Dedicado a las labores de la casa	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Incapacitado permanentemente	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Otras situaciones	1 Si	6 No	0 No sabe

(Si NO ha contestado trabajando pasar al epígrafe CONVIVENCIA)

- p16**¿En qué sector de actividad trabajaba?**
  _____ Código: _____

- p17**¿Cuál era su ocupación o el tipo de trabajo que desempeñaba?**
  _____ Código: _____

- p18**¿Cuál era su situación profesional?**
  - ☐ 1 Trabajador por cuenta ajena (aunque no tenga contrato de trabajo)
  - ☐ 2 Trabajador por cuenta propia
  - ☐ 3 Miembro de una cooperativa
  - ☐ 4 Otra situación
  - ☐ 0 No sabe

- p19**¿Tenía contrato de trabajo?** 1 Si 2 No 0 No sabe
  p20**¿Cuál era la duración de su contrato o acuerdo laboral?**

  - ☐ 1 De duración indefinida
  - ☐ 2 Temporal
  - ☐ 3 No sabe

- p21**¿Tenía estudios que le capacitaban para un trabajo mejor?** 1 Si 2 No 0 No sabe
- p22**¿Cuántas horas trabajaba habitualmente a la semana?** Si no sabe rellenar con 999
  __ __ __ horas

SITUACION RESIDENCIAL

(En el momento previo a la migración)

- p23**¿Dónde residía?**
  - ☐ 1 En una vivienda (ir a p24)
  - ☐ 2 En una habitación alquilada (ir a p25)
  - ☐ 3 En un hostal o pensión (ir a p29)
  - ☐ 4 Otro tipo de vivienda (barraca, cabaña, chabola, etc.) (ir a p29)
  - ☐ 5 En situación de calle o en albergue (ir a Configuración de la Red familiar en PO)
  - ☐ 6 Otros
- p24**¿Disponía de vivienda propia?** 1 Si 2 No 0 No sabe
- p25 **Sin contarse usted, ¿cuántas personas vivían con usted?**_____ (No sabe poner 99)
- p26**¿Cuántas de las personas eran familiares suyos?** _____ (No sabe poner 99)
- p27**¿Qué tipo de vivienda era, una casa, un piso…?**
  - ☐ 1 Vivienda unifamiliar
  - ☐ 2 Piso o apartamento
  - ☐ 3 Vivienda situada en un edificio destinado a otros fines (colegio, oficina, taller, etc.)
  - ☐ 4 Otro tipo de vivienda (barraca, cabaña, chabola, etc.)
- p28 **Régimen de la vivienda**
  - ☐ 1 De su propiedad
  - ☐ 2 Alquilada o realquilada
  - ☐ 3 Cedida gratuitamente
  - ☐ 4 Otras situaciones

CONFIGURACIÓN DE LA RED FAMILIAR EN P.O.

(En el momento previo a la migración)

- p34**¿Dónde vivían sus familiares más cercanos en el momento de su partida a España?**

Familiares	1 Mismo Domicilio	2 Mismo Municipio	3 Misma Región	4 Mismo País	5 En España	6 Otro País	0 No Sabe	7 No tenía
Padre _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Madre _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pareja _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hijos _____ Nº___	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __
Hermanos _____ Nº___	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __
Tíos _____ Nº___	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __
Primos _____ Nº___	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __

ANTECEDENTES SOCIALES DE EMIGRACIÓN.

- p35**¿Tenía algún amigo que hubiera emigrado?** 1 Si 6 No
- p36**¿Tenía algún conocido que hubiera emigrado?** 1 Si 6 No

COSTE ECONÓMICO DE LA MIGRACIÓN

- p46**¿Cuánto tuvo que pagar en total para venir a España? Por favor incluya todo tipo de gastos.** _____€
- p47**¿Para cuántas personas se realizó este pago?** __ __
- p48**¿Cómo lo pagó?**
  - ☐ 1 Al contado
  - ☐ 2 A plazos
- p49**¿Disponía de todo el dinero o tuvo que pedir un préstamo?**
  - ☐ 1 Sí, disponía de todo el dinero
  - ☐ 2 No, tuve que pedir un préstamo

p50**¿A quién?**:

A un banco o institución financiera	1 Si	6 No
A un familiar	1 Si	6 No
A un prestamista	1 Si	6 No
Al intermediario que organizó el viaje	1 Si	6 No
Otros	1 Si	6 No
No sabe	1 Si	6 No

- p51¿Aún debía dinero cuando llegó a España? 1 Si 6 No

TRANSITO MIGRATORIO Y PRIMER ASENTAMIENTO

TRANSITO MIGRATORIO

- p37**¿Por qué motivo se trasladó a España?** _____

☐Por jubilación	1 Si	6 No
☐Por cambio de destino laboral	1 Si	6 No
☐Por falta de empleo	1 Si	6 No
☐Para buscar un empleo mejor	1 Si	6 No
☐Por motivos políticos	1 Si	6 No
☐Por motivos religiosos	1 Si	6 No
☐Por razones formativas o educativas	1 Si	6 No
☐Por la calidad de vida	1 Si	6 No
☐Por razones familiares (reagrupación familiar)	1 Si	6 No
☐Por el coste de vida	1 Si	6 No
☐Por el clima	1 Si	6 No
☐Por estancia temporal en país de tránsito	1 Si	6 No
☐Por otras razones	1 Si	6 No

- p38 **¿Qué expectativas tenías al venir a España?**

  _____

  _____

  _____

- p39**¿Con quién se trasladó?** _____

☐ Solo o con conocidos	1 Si	6 No
☐ Con la familia con la que convivía	1 Si	6 No
☐ Con parte de la familia con la que convivía	1 Si	6 No
☐ Con familiares con los que no convivía	1 Si	6 No

- p42**¿Desde qué país inició ese trayecto?** _____
  - ☐ 1 País de Origen
  - ☐ 2 País de Tránsito
  - ☐ 3 Otro país de migración (en el que haya residido al menos 3 meses)
- p43**¿Cuál fue el medio de transporte que utilizó para entrar en España?** (No se leen las opciones, se señala una única respuesta del entrevistado)
  - ☐ 1 Automóvil
  - ☐ 2 Autocar de línea regular
  - ☐ 3 Autocar particular
  - ☐ 4 Avión
  - ☐ 5 Barco
- p44**¿Cuánto tiempo empleó en el viaje?** (indicar la unidad de medida) ____
- p45 **Tipo de Proyecto migratorio**

  - ☐ 1 Individual
  - ☐ 2 Individual en el marco de un proyecto familiar colectivo.
  - ☐ 3 Colectivo

- p57**¿Cuánto tiempo tardó en conseguir su primer trabajo desde que empezó a buscarlo?**
  - ☐1 Hasta 15 días
  - ☐2 De 16 a 30 días
  - ☐3 De 1 a 3 meses
  - ☐4 De 4 a 12 meses
  - ☐5 De 1 a 2 años
  - ☐6 De 3 a más años

- p58**¿Cómo consiguió ese trabajo?**(Varias opciones de respuesta son posibles)

☐Poniéndose en contacto con la oficina pública de empleo	1 Si	6 No
☐Poniéndose en contacto con alguna oficina de empleo privada o apuntándose a una bolsa de trabajo	1 Si	6 No
☐Solicitándolo al empresario directamente o presentando un curriculum	1 Si	6 No
☐A través de amigos o parientes	1 Si	6 No
☐A través de un sindicato	1 Si	6 No
☐A través de anuncios y ofertas de empleo, incluido Internet	1 Si	6 No
☐Haciendo gestiones para crear su propio negocio	1 Si	6 No
☐Realizando exámenes o entrevistas	1 Si	6 No
☐A través de una organización no gubernamental	1 Si	6 No
☐Otros	1 Si	6 No
☐No sabe	1 Si	6 No

- p59**¿En qué sector de actividad trabajaba?** _____ Código: _____

- p60**¿Cuál era su ocupación o el tipo de trabajo que desempeñaba?**
  _____ Código: _____

- p61**¿Cuál era su situación profesional?**
  - ☐ 1 Trabajador por cuenta ajena
  - ☐ 2 Trabajador por cuenta propia
  - ☐ 3 Miembro de una cooperativa
  - ☐ 4 Otra situación
  - ☐ 0 No sabe

- p62**¿Tenía contrato de trabajo?** 1 Si 6 No

- p63**¿Cuál es la duración de su contrato o acuerdo laboral?**
  - ☐ 1 De duración indefinida
  - ☐ 2 Temporal
  - ☐ 0 No sabe

- p64**¿Tenía estudios que le capacitaban para un trabajo mejor?** 1 Si 2 No 0 No sabe

- p65**¿Cuántas horas trabajaba habitualmente a la semana?** Si no sabe rellenar con 999
  __ __ __ horas

SITUACIÓN EN ESPAÑA

(Si inicia consumo en España los datos se refieren al momento previo. Si ya consumía y se produce variación en el consumo, los datos se refieren al momento previo a la variación. Si no consumía, ni consume, los datos se refieren al momento previo al delito)

CONVIVENCIA

- p66**¿Dónde residía?**
  - ☐ 1 En una vivienda (ir a p66)
  - ☐ 2 En una habitación alquilada (ir a p67)
  - ☐ 3 En un hostal o pensión (ir a p67)
  - ☐ 4 Otro tipo de vivienda (barraca, cabaña, chabola, etc.) (ir a p67)
  - ☐ 5 En situación de calle o en albergue (ir a Configuración de la Red familiar en PO)
  - ☐ 6 Otros
- p67**¿Disponía de vivienda propia?** 1 Si 6 No 0 No sabe
- p68 **Sin contarse, ¿Cuántas personas vivían en esa vivienda**?_____ (No sabe poner 99)
- p69 **De ellas ¿Cuántas habían nacido en el mismo país?** _____ (No sabe poner 99)
- p70 **De las personas que no habían nacido en el mismo país que usted, ¿Cuántas habían nacido fuera de España?** _____ (No sabe poner 99)
- p71**¿Cuántas de las personas eran familiares suyos?** _____ (No sabe poner 99)

VIVIENDA

- p72**¿Desde qué año residía en la vivienda?** _____ Tiempo: _____ meses
- p73**¿Qué tipo de vivienda era, una casa, un piso…?**
  - ☐ 1 Vivienda unifamiliar
  - ☐ 2 Piso o apartamento
  - ☐ 3 Vivienda situada en un edificio destinado a otros fines (colegio, oficina, taller, etc.)
  - ☐ 4 Otro tipo de vivienda (barraca, cabaña, chabola, etc.)
- p74 **Régimen de la vivienda**
  - ☐1 De su propiedad
  - ☐2 Alquilada o realquilada
  - ☐3 Cedida gratuitamente
  - ☐4 Otras situaciones

(Si ha contestado **Alquilada**) p75**¿A quién?** _____

- ☐ 1 Al propietario que es un particular no residente en la vivienda
- ☐ 2 Al propietario que es un particular que reside en la misma vivienda
- ☐ 3 A una empresa de alquiler o inmobiliaria
- ☐ 4 A una institución pública
- ☐ 5 Al empleador
- ☐ 6 A otro habitante de la vivienda que no es su propietario
- ☐ 7 A otros no incluidos anteriormente

(Si ha contestado **Cedida Gratuitamente**) p76 **¿Por quién?** _____

- ☐ 1 Por un familiar con el que convive
- ☐ 2 Por un familiar con el que no convive
- ☐ 3 Por un amigo con el que convive
- ☐ 4 Por un amigo con el que no convive
- ☐ 5 Por una institución o empresa
- ☐ 6 Reside en ella como trabajador interno

➢ p83**¿Carecía la vivienda de algunos de los siguientes servicios?**

☐ Agua corriente	1 Si	6 No
☐ Agua caliente	1 Si	6 No
☐ Cocina	1 Si	6 No
☐ Electricidad	1 Si	6 No
☐ Calefacción	1 Si	6 No
☐ Cuarto de baño independiente	1 Si	6 No

➢ p84**¿Cuál de los siguientes problemas tenía la vivienda?**

☐ Ruidos exteriores	1 Si	6 No
☐ Malos olores provocados por la industria, el tráfico…	1 Si	6 No
☐ Humedades o goteras	1 Si	6 No
☐ Deficiencias en la construcción	1 Si	6 No
☐ Poca limpieza en las calles	1 Si	6 No
☐ Delincuencia o vandalismo en la zona	1 Si	6 No
☐ Mal comunicada	1 Si	6 No
☐ Problemas con el servicio postal	1 Si	6 No
☐ Demasiado pequeña	1 Si	6 No

RED SOCIAL EN ESPAÑA

➢ p85**¿Dónde vivían sus familiares más cercanos?**

Familiares	1 Mismo Domicilio	2 Mismo Municipio	3 Misma Provincia	4 En España	5 Otro País	0 No Sabe	6 No tenía
Padre _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Madre _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pareja _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hijos _____ Nº___	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __
Hermanos _____ Nº___	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __
Tíos _____ Nº___	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __
Primos _____ Nº___	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __

TRAYECTORIA RESIDENCIAL EN ESPAÑA

- p86 **Desde que está en España, ha cambiado alguna vez de alojamiento o de vivienda?**
  - ☐ 1 Sí — p87**¿Cuántas veces?** __ __ (si no sabe rellenar con 99)
    P88**¿Cuántas en el primer año?** __ __ (si no sabe rellenar con 99)
  - ☐ 6 No (Pasar a Vínculos con el P.O.)
- P89 **Carecían las viviendas en las que ha residido en España de alguno de los siguientes servicios?**

☐ Agua corriente	1 Si	6 No
☐ Agua caliente	1 Si	6 No
☐ Cocina	1 Si	6 No
☐ Electricidad	1 Si	6 No
☐ Calefacción	1 Si	6 No
☐ Cuarto de baño independiente	1 Si	6 No

- P90**¿Tenían alguno de los siguientes problemas las viviendas en las que ha residido en España?**

☐ Ruidos exteriores	1 Si	6 No
☐ Malos olores provocados por la industria, el tráfico…	1 Si	6 No
☐ Humedades o goteras	1 Si	6 No
☐ Deficiencias en la construcción	1 Si	6 No
☐ Poca limpieza en las calles	1 Si	6 No
☐ Delincuencia o vandalismo en la zona	1 Si	6 No
☐ Mal comunicada	1 Si	6 No
☐ Problemas con el servicio postal	1 Si	6 No
☐ Demasiado pequeña	1 Si	6 No

MOVILIDAD GEOGRÁFICA

- P91**¿Ha cambiado de barrio?** 6 No 1 Si: p92 **Nº veces** _____
- P93**¿Ha cambiado de municipio?** 6 No 1 Si: p94 **Nº veces** _____
- P95**¿Ha cambiado de provincia?** 6 No 1 Si: p96 **Nº veces** _____

PARTICIPACION SOCIAL

- p97**¿Ha estado en contacto o participaba en alguno de los siguientes grupos o asociaciones orientados específicamente a extranjeros?**_____

☐ Organizaciones de ayuda al inmigrante	1 Si	6 No
Asociaciones y clubs deportivos	1 Si	6 No
☐ Grupos educativos y culturales	1 Si	6 No
☐ Entidades y grupos religiosos	1 Si	6 No
☐ Otros grupos de carácter social	1 Si	6 No

- P98**¿Participaba en algunos de los siguientes grupos o asociaciones orientados no específicamente a extranjeros?** _____

☐ ONG (Organizaciones no Gubernamentales)	1 Si	6 No
☐ Servicios sociales	1 Si	6 No
☐ Actividades políticas, sindicales o vecinales	1 Si	6 No
☐ Entidades y grupos religiosos	1 Si	6 No
☐ Grupos educativos y culturales	1 Si	6 No
☐ Asociaciones y clubs deportivos	1 Si	6 No
☐ Otros grupos de carácter social	1 Si	6 No

SITUACION ADMINISTRATIVA

- P99**¿Tenía Permiso de Residencia en vigor?** 1 Si 6 No
  (Si ha contestado NO) p107**¿Lo estaba tramitando?** 1 Si 6 No

- p100**¿Tenía permiso de trabajo en vigor?** 1 Si 6 No
- p101**¿Tenía tarjeta sanitaria?** 1 Si 6 No
- p102**¿Intentó traer algún familiar mediante el procedimiento de reagrupación familiar?**
  1 Si 6 No

  p103**¿Pudo realizar los trámites para la reagrupación familiar?** 1 Si 6 No

IDIOMAS

- p104**¿Cuáles su lengua materna?** _____ Código: _____
- p105**¿Sabe leer y escribir en ese idioma?**
  - ☐ 1 Si
  - ☐ 6 No

  (Si ha respondido "castellano" pasar al apartado ESTUDIOS)

- p106 **Comprende el castellano?** 1 Si 6 No
- p107 **Lo habla?** 1 Si 6 No
- p108 **Lo Lee?** 1 Si 6 No
- p109 **Lo escribe?** 1 Si 6 No
- p110 **Pensando en lo que necesita para hablar en el trabajo, el banco, la administración… ¿Qué tal habla español?**
  - ☐ 1 Muy bien
  - ☐ 2 Bien
  - ☐ 3 Suficiente
  - ☐ 4 Necesita mejorar
- p111**¿Habla algún otro idioma?** 1 Si 6 No

ESTUDIOS

- p112**¿Tiene algún tipo de estudios?**
  - ☐ 1 Si
  - ☐ 6 No
  - ☐ 0 No Sabe
  - ☐
- p113**¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha terminado?** _____ Código: _____
- p114**¿Tiene algún título o certificado para demostrar ese nivel de estudios?**
  - ☐ 1 Si
  - ☐ 6 No
  - ☐ 0 No Sabe
- p115**¿Terminó ese nivel de estudios en España?**
  - ☐ 1 Si
  - ☐ 6 No
  - ☐ 2 Está en trámite
- p116(Si ha respondido SI en Título, y no se ha terminado en España) **¿Ha convalidado u homologado esos estudios en España?**
  - ☐ 1 Si
  - ☐ 6 No
  - ☐ 2 Está en trámite

LABORAL

SITUACIÓN LABORAL PREVIA AL CSP O CONSUMO

- p117**¿En cuáles de las siguientes situaciones se encontraba?**

☐ Trabajando	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Buscando trabajo	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Estudiando	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Jubilado/pensionista	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Dedicado a las labores de la casa	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Incapacitado permanentemente	1 Si	6 No	0 No sabe
☐ Otras situaciones	1 Si	6 No	0 No sabe

- p118**¿Tenía más de un trabajo?**
  - ☐ 1 Sí
  - ☐ 6 No
  - ☐ 0 No sabe

  p119 **¿Cuántos trabajos tenía?** _____

  (Si tenía más de un trabajo, en adelante se preguntará por el que se considere principal)

- P120**¿En qué sector de actividad trabajaba?** (Leer los ejemplos: "restaurante, banco, peluquería…") Si aún así no sabe rellenar con ceros.
  _____ Código: _____

- p121**¿Cuál era su ocupación o el tipo de trabajo que desempeñaba?** (Leer los ejemplos: "pintor, mecánico, albañil, conductor de autobús…") Si aún así no sabe rellenar con ceros.
  _____ Código: _____

- p122**¿Cuál era su situación profesional?** (No se leen las opciones, sólo si no saben)
  - ☐ 1 Trabajador por cuenta ajena
  - ☐ 2 Trabajador por cuenta propia
  - ☐ 3 Miembro de una cooperativa
  - ☐ 4 Otra situación
  - ☐ 0 No sabe
- p123**¿Tenía contrato de trabajo?** 1 Si 6 No
- p124**¿Cuál era la duración de su contrato o acuerdo laboral?**
  - ☐ 1 De duración indefinida
  - ☐ 2 Temporal
  - ☐ 0 No sabe
- p125**¿Tenía estudios que le capacitaban para un trabajo mejor?** 1 Si 2 No 0 No sabe
- p126**¿Cuántas horas trabajaba habitualmente a la semana?** Si no sabe rellenar con 999
  __ __ __ horas

- p127**¿Desde cuándo tenía el empleo?** _____ meses
  - ☐ 1 Hasta 15 días
  - ☐ 2 De 16 a 30 días
  - ☐ 3 De 1 a 3 meses
  - ☐ 4 De 4 a 12 meses
  - ☐ 5 De 1 a 2 años
  - ☐ 6 De 3 a más años

TRAYECTORIA LABORAL EN ESPAÑA

- p128**¿Había trabajado con anterioridad en España?** (Si responde NO pasar al siguiente epígrafe)
  1 Si 6 No

- p129**¿En total, cuántos contratos o acuerdos laborales distintos ha tenido desde que llegó a España?** _____
- p130**¿Alguna vez trabajó sin contrato?** 1 Si 6 No

  p131**¿Cuántas veces trabajó sin contrato?** _____

- p132**¿Alguna vez tuvo más de un trabajo al mismo tiempo?** 1 Si 6 No
  p133**¿Cuántas veces?** _____

- p134**¿Alguna vez trabajó a tiempo parcial?** 1 Si 6 No
  p135**¿Cuántas veces?** _____

- p136**¿En general, se correspondían sus trabajos al nivel de estudios que tenía?**
  (No) 1 2 3 4 5 (Si)

- p137**¿En general, los trabajos que tuvo fueron indefinidos?**
  (No) 1 2 3 4 5 (Si)

- p138**¿Estuvo alguna vez desempleado (1 mes o más)?** 1 Si 6 No
  p139**¿Cuántas veces?** _____

- p140 **Periodo de mayor duración**

  - ☐ 1 De 1 a 3 meses
  - ☐ 2 De 4 a 12 meses
  - ☐ 3 De 1 a 2 Años
  - ☐ 4 De 3 a más años
  - ☐ 0 No sabe

MOTIVACIONES PARA EL CSP

p141_____

_____

☐ Endeudamiento	1 Si	6 No
☐ Estado de necesidad económica de urgencia	1 Si	6 No
☐ Falta de trabajo	1 Si	6 No
☐ Mejora de la calidad de vida	1 Si	6 No
☐ Coacciones en PO	1 Si	6 No
☐ Coacciones en PA	1 Si	6 No
☐ Financiación del consumo	1 Si	6 No
☐ Engaño/desconocimiento	1 Si	6 No
☐ Otras _____	1 Si	6 No

p142 **¿Cómo se produce el delito?**

_____

_____

RELACIONES CON ACTIVIDADES DELICTIVAS DENTRO DE LA RED SOCIAL

- p143**¿Conocía a alguien que estuviera o hubiera estado relacionado con delitos CSP?**1 Si 6 No

	Familiares				**Otros integrantes de la Red Social**			
	Ascendientes	Coetáneos	Descendientes	Pareja	Amigos	Conocidos	Compañeros de trabajo/estudio	Otros
1 Si								
6 No								

p144**¿Convivían con usted?** 1 Si 6 No

- p145**¿Conocía a alguien que estuviera o hubiera estado relacionado con otro tipo de delitos?** 1 Si 6 No

p146**¿Quién?** _____

(Indicar el tipo de delitos)

	Familiares				**Otros integrantes de la Red Social**			
	Ascendientes	Coetáneos	Descendientes	Pareja	Amigos	Conocidos	Compañeros de trabajo/estudio	Otros
1 Si								
6 No								

p147**¿Convivían con usted?** 1 Si 6 No

CSP

- p148**¿Cometió el delito por iniciativa propia o alguien se lo propuso?**
  - ☐ Iniciativa propia
  - ☐ Se lo proponen
- p149**¿Le habían detenido con anterioridad en España?** 1 Si 6 No
- p150**¿Le detuvieron alguna vez por una infracción de la ley de extranjería?** 1 Si 6 No

p151**¿Cuántas veces?** _____

p152**¿Alguna vez ha sido internado en un Centro de Internamiento de Extranjeros (CIE)?**

1 Si 6 No

p153**¿Cuánto tiempo permaneció en el CIE?** _____ días

- p154**¿En qué año le detuvieron por el delito Contra la Salud Pública?** __ __ __ __
- p155**¿Qué edad tenía?** _____

- p156 **Tras la detención, quedó en libertad provisional o ingresó en prisión de forma preventiva?**
  - ☐ Libertad provisional
  - ☐ Prisión preventiva
- p157**¿En qué año fue condenado?** __ __ __ __
- p158**¿Qué edad tenía?** _____

- p159 **Sustancia por la que se le condena**

02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 ANF	07 MET	08 DISEÑO	09 KET	10 OTRAS
☐ 1 Si ☐ 6 No	☐ 1 Si ☐ 6 No	☐ 1 Si ☐ 6 No	☐ 1 Si ☐ 6 No	☐ 1 Si ☐ 6 No	☐ 1 Si ☐ 6 No	☐ 1 Si ☐ 6 No	☐ 1 Si ☐ 6 No	☐ 1 Si ☐ 6 No

- p160 **Cantidad de sustancia por la que se le condena** (indicar la unidad de medida)

02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 ANF	07 MET	08 DISEÑO	09 KET	10 OTRAS

- p161**¿Mantenía usted consumo de la sustancia por la que fue condenado?**

1 Si 6 No

- p162**¿Le condenaron a prisión?** 1 Si 6 No
- p163**¿A cuánto tiempo de prisión fue condenado?** _____ años y _____ meses
- p164**¿Sabe si le fue reconocida la drogodependencia?** 1 Si 2 No 0 No sabe
- p165**¿Ingresó en prisión por la condena?** 1 Si 6 No

p166**¿Cuánto tiempo estuvo en prisión?** _____ años y _____ meses

- p167**¿Le detuvieron alguna vez en su PO?** 1 Si 6 No

p168**¿De qué le acusaron?** _____ Nº detenciones ____

☐ Un delito CSP 1 Si 6 No

☐ Otros delitos 1 Si 6 No

p169**¿Le condenaron alguna vez en su PO?** 1 Si 6 No

p170**¿Por qué delitos le condenaron?** _____ Nº detenciones ____

☐ Un delito CSP 1 Si 6 No

☐ Otros delitos 1 Si 6 No

- (Si ha existido tránsito migratorio) p171**¿Le detuvieron/acusaron alguna vez en ……(PT)?**

1 Si 6 No

p172**¿De qué le acusaron?** _____

☐ Un delito CSP 1 Si 6 No

☐ Otros delitos 1 Si 6 No

p173**¿Le condenaron alguna vez en ……(PT)?** 1 Si 6 No

p174**¿ Por qué delitos le condenaron?** _____

☐ Un delito CSP 1 Si 6 No

Otros delitos 1 Si 6 No

CONSUMO

- **¿Dónde empezó a consumir sustancias?**
  - ☐ País de origen
  - ☐ País de tránsito u otro país de migración
  - ☐ País de acogida

- **¿Qué sustancias consumía?**

Sustancia	**Edad Inicio**	**Contexto de consumo**: (Múltiple 1 Si 6 No) 1 Ocio 2 Laboral 3 Educativo 4 En casa 5 Soledad 6 Otros	**Tipo Consumo:** 1 Experimental 2 Uso 3 Abuso/Dependencia	**Edad de abuso o dependencia o edad a la que empieza a ser un problema**	**Dosis semanal**	**Abandona el consumo en PO** 1 Si 6 No
OH					l	
THC					gr	
BZO					Uds.	
COC					gr	
MOP					gr	
DERIVADOS					Uds.	
KET						
OTRAS						

	SUSTANCIA	**¿INICIO SOLO?** 1 Si 6 No	**¿CON QUIÉN?**	**CATEGORÍAS DE RESPUESTA ¿Con quién?**	
1ª				1 Familiares ascendientes	4 Compañeros de trabajo
2ª				2 Familiares coetáneos	5 Conocidos
3ª				3 Amigos	6 Otros

- **Algún miembro de su familia consumía alguna sustancia?** 1 Si 6 No

  ¿Quién?
  - Ascendientes 1 Si 6 No
  - Coetáneos 1 Si 6 No
  - Descendientes 1 Si 6 No
  - Pareja 1 Si 6 No

  ¿Convivían con usted? 1 Si 6 No

- **¿Conocía a alguna otra persona que consumiese sustancias?** 1 Si 6 No

  ¿Quién?
  - Amigos 1 Si 6 No
  - Conocidos 1 Si 6 No
  - Compañeros de trabajo/estudio 1 Si 6 No
  - Compañeros de piso 1 Si 6 No
  - Otros 1 Si 6 No

- **¿Afectó el consumo alguna esfera?** 1 Si 6 No

  ¿Cuál? _____

- **¿Alguna vez necesitó asistencia sanitaria de urgencia derivada del consumo de sustancias?**

  1 Si 6 No

VARIACION DEL CONSUMO EN PT

(Si el sujeto ha viajado directamente desde su país de origen a España, pasar a VARIACION DEL CONSUMO EN PA)

A continuación vamos a hablar del periodo desde que dejó (país de origen) y hasta que llegó a España.

- **¿Empezó a consumir alguna sustancia en esa época?** 1 Si 6 No

  ¿Qué sustancias y qué edad tenía cuando empezó a consumirlas?

01 OH	02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 D. ANF	07 KET	08 OTRAS
Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___

- **¿Dejó de consumir alguna sustancia?** 1 Si 6 No

  ¿Qué sustancias?

01 OH	02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 D. ANF	07 KET	08 OTRAS

- **¿Hay alguna sustancia que empezara a consumir con mayor o menor frecuencia?**

  1 Si 6 No

  Dígame qué sustancias y si las consumía con mayor o menor frecuencia

01 OH	02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 D. ANF	07 KET	08 OTRAS
☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor

- **De las sustancias que consumía, empezó a consumir alguna en mayor o menor cantidad?**

  1 Si 6 No

  Dígame qué sustancias y si las consumía en mayor o menor cantidad

01 OH	02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 D. ANF	07 KET	08 OTRAS
☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor

- **¿Cuándo consumía en aquella época?** (Contextos)(Múltiple respuesta)

  ☐ 1 Durante el tiempo de ocio
  ☐ 2 En su trabajo
  ☐ 3 En el entorno educativo
  ☐ 4 En casa
  ☐ 5 Estando solo
  ☐ 6 Otros

ANEXO 1. VARIACION DEL CONSUMO EN PA

A continuación vamos a hablar del periodo desde que llegó a España y hasta que se produjo el hecho por el que le condenaron.

- **¿Empezó a consumir alguna sustancia en esa época?** 1 Si 6 No
  ¿Qué sustancias y qué edad tenía cuando empezó a consumirlas?

01 OH	02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 D. ANF	07 KET	08 OTRAS
Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___	Edad ___

- **¿Dejó de consumir alguna sustancia?** 1 Si 6 No
  ¿Qué sustancias?

01 OH	02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 D. ANF	07 KET	08 OTRAS

- **¿Hay alguna sustancia que empezara a consumir con mayor o menor frecuencia?**
  1 Si 6 No
  Dígame qué sustancias y si las consumía con mayor o menor frecuencia

01 OH	02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 D. ANF	07 KET	08 OTRAS
☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor

- **De las sustancias que consumía, empezó a consumir alguna en mayor o menor cantidad?**
  1 Si 6 No
  Dígame qué sustancias y si las consumía en mayor o menor cantidad

01 OH	02 THC	03 BZO	04 COC	05 MOP	06 D. ANF	07 KET	08 OTRAS
☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor	☐ 1 Mayor ☐ 6 Menor

- **¿Cuándo consumía en aquella época?** (contextos)(múltiple respuesta)
  - ☐ 1 Durante el tiempo de ocio
  - ☐ 2 En su trabajo
  - ☐ 3 En el entorno educativo
  - ☐ 4 En casa
  - ☐ 5 Estando solo
  - ☐ 6 Otros

ANEXO 1. MEDICION DE OTRAS VARIABLES DE CONSUMO EN PA

- **Algún miembro de su familia consumía alguna sustancia?** 1 Si 6 No

¿Quién?

Ascendientes	1 Si	6 No
Coetáneos	1 Si	6 No
Descendientes	1 Si	6 No
Pareja	1 Si	6 No

¿Qué sustancias? __ __ __ __ __ __ **¿Convivían con usted?** 1 Si 6 No

- **¿Conocía a alguna otra persona que consumiese sustancias?** 1 Si 6 No

¿Quién?

Amigos	1 Si	6 No
Conocidos	1 Si	6 No
Compañeros de trabajo/estudio	1 Si	6 No
Compañeros de piso	1 Si	6 No
Otros	1 Si	6 No

¿Qué sustancias? __ __ __ __ __ __ __

- **¿Tu familia conocía el consumo?** 1 Si 6 No
- (Si hay uso problemático, abuso o dependencia) **¿Contactó con algún recurso de atención a drogodependientes?** 1 Si 6 No

(Si ha contestado NO) **¿Por qué?**

☐ No considera que tenga un problema	1 Si	6 No
☐ No considera que necesite ayuda	1 Si	6 No
☐ Por el momento no quería dejarlo	1 Si	6 No
☐ Desconocimiento de los recursos	1 Si	6 No
☐ Vergüenza	1 Si	6 No
☐ Otros	1 Si	6 No

- (Si la familia conocía el consumo) **¿Contó con apoyo familiar para el tratamiento?** 1 Si 6 No
- **¿Afectó el consumo alguna esfera?** 1 Si 6 No

¿Cuál?

☐Laboral	1 Si	6 No
☐Familiar	1 Si	6 No
☐Social	1 Si	6 No
☐Sanitaria	1 Si	6 No
☐Económica	1 Si	6 No

- **¿Alguna vez necesitó asistencia sanitaria de urgencia derivada del consumo de sustancias?**

1 Si 6 No

- **TABLA DE CONSUMO FINAL EN PA**

Sustancia	**Edad Inicio**	**Contexto de consumo**: (Múltiple 1 Si 6 No) 1 Ocio 2 Laboral 3 Educativo 4 En casa	**Tipo Consumo:** 1 Experimental 2 Uso 3 Abuso/Dependencia	**Edad de abuso o dependencia o edad a la que empieza a ser un problema**	**Dosis semanal**	**Abandona el consumo en PA** 1 Si 6 No
OH					l	
THC					gr	
BZO					Uds.	
COC					gr	
MOP					gr	
DERIVADOS					Uds.	
KET						
OTRAS						

Subvenciona: