



## JUSTIFICACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

### MEMORIA CIENTÍFICA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1ª ANUALIDAD

2ª ANUALIDAD

3ª ANUALIDAD

x FINAL

---

**Número Expediente:** 2011/079

**Investigador Principal:** Francisco Collazos Sánchez

**Otros Investigadores:** Adil Qureshi, Marial del Mar Ramos Gascón, Francisco José Eiroá Orosa, Lara Grau López, Nieves Martínez Luna

**Título Proyecto o subproyecto :** Estudio transcultural: prevalencia y factores de riesgo de consumo de sustancias objeto de abuso y dependencia en una población de adolescentes extranjeros no acompañados

**Organismo:** Fundació Hospital Universitari Vall d'Hebron- Institut de Recerca

**Centro:** Fundació Hospital Universitari Vall d'Hebron- Institut de Recerca

**Departamento:** Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron

---

**Comunidad Autónoma:** Cataluña

**Duración:** 3 años

**Fecha de inicio:** 8/11/2011

**Fecha de finalización:** 8/11/2014

**Año Convocatoria:**2011

**Área Temática:** Inmigración y Conductas Adictivas

**Palabras Clave:** transcultural, MENA, consumo sustancias

---



---

## MEMORIA FINAL

### 1) INDICE

- 1) INDICE
  - 2) INTRODUCCION Y JUSTIFICACIÓN
  - 3) METODOLOGIA
  - 4) RESULTADOS
    - a) DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA
    - b) DESCRIPCIÓN CONSUMO DE DROGAS
    - c) DESCRIPCIÓN ESTUDIO PSICOPATOLOGÍA
    - d) CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, PSICOPATOLÓGICAS Y EL CONSUMO DE DROGAS.
  - 5) RESUMEN Y CONCLUSIONES
  - 6) LIMITACIONES
  - 7) APLICABILIDAD DEL ESTUDIO
  - 8) BIBLIOGRAFIA
  - 9) ANEXOS
    - a) Dirección, coordinación, investigadores colaboradores
    - b) Agradecimientos centros acogida
    - c) Cuaderno Recogida de Datos
-



---

## 2) INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

### INTRODUCCIÓN

En Cataluña existe un gran número de menores extranjeros no acompañados (MENA), adolescentes vulnerables por la situación en la que se encuentran (proceso migratorio, centro de acogida, lejos de los referentes parentales y culturales, etc.), y que representan una población de alto riesgo para el consumo de drogas legales e ilegales.

Existe una base de investigación sobre la inmigración y el consumo de drogas <sup>1-3</sup>, sobre la adolescencia y el consumo de drogas <sup>4-6</sup>, y menor sobre el consumo de drogas en los adolescentes inmigrantes <sup>7-9</sup>. Sin embargo, existe poca investigación sobre los MENA, una población creciente tanto en España como en Europa <sup>10-11</sup>.

La investigación muestra que los inmigrantes tienen tasas de uso y abuso de drogas menores que la población autóctona <sup>12-13</sup>. Sin embargo, con el paso del tiempo en el país de acogida los patrones de prevalencia y consumo de sustancias del inmigrante resultan muy parecidos a los de la población autóctona. Algunos de los factores de riesgo descritos en la literatura y que se relacionan con el consumo de alcohol y drogas en la población inmigrante son el estrés aculturativo, los problemas idiomáticos, el tiempo de estancia en el país de acogida, el bajo nivel educativo y la disfunción familiar <sup>14</sup>.

El abuso de sustancias psicoactivas en la población adolescentes es, en la actualidad, un serio problema de salud pública por las consecuencias que de él se derivan, tanto a nivel personal como social. El Observatorio Español sobre drogas del 2009, en la *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias* <sup>5</sup> señalaba una prevalencia de consumo de drogas legales

---



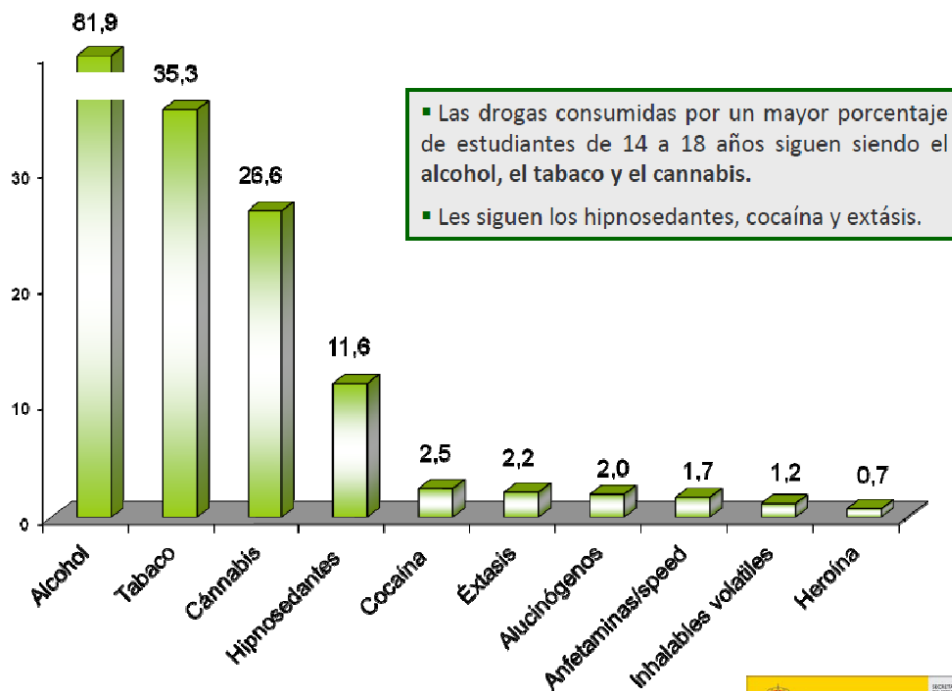
e ilegales consumidas en los últimos 30 días muy elevada (alcohol 58%, tabaco 32.4%, cannabis 20.1%, Hipnosedantes 2.9%, cocaína 2%, anfetaminas y alucinógenos 1.2%, éxtasis 1%, Inhalantes volátiles 0.9%, heroína 0.6%).

Los datos referentes al año 2012-2013

([http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012\\_2013.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf))

aún son más alarmantes.

### Porcentaje de consumidores de drogas en el último año. ESTUDES (14-18 años), 2012/2013.



FUENTE: ESTUDES 2013. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD, MSSSI.



La adolescencia representa una etapa del neurodesarrollo de riesgo para el consumo de sustancias ya que se acompaña de un aumento del estrés vital, por tratarse de una etapa en la que se debe hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones, pero que coincide con grandes cambios físicos, psíquicos, emocionales, cognitivos y sociales. Existen características neuropsicológicas propias de dicha etapa (labilidad e intensidad afectiva, sensación de invulnerabilidad, búsqueda de sensaciones,



---

adquisición del pensamiento abstracto, impulsividad, etc.)<sup>15</sup>, y aparecen patrones conductuales típicos que caracterizan a la especie humana en esta etapa del desarrollo: toma de riesgos, búsqueda de sensaciones, la novedad y circuitos de recompensa, la impulsividad, etc.). Estos patrones conductuales son la base para la aparición de conductas de riesgo en esta etapa: consumo de drogas, relaciones sexuales de riesgo, violencia, accidentes de tráfico, etc.

En cuanto a la relación entre el consumo de drogas y la presencia de psicopatología en la adolescencia, la literatura científica identifica la impulsividad, entre otros rasgos temperamentales, y los trastornos mentales, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y los Trastornos de Conducta, como factores de riesgo importantes para el consumo y policonsumo de drogas en adolescentes<sup>16-17</sup>. Se describe la relación entre la impulsividad, los problemas conductuales<sup>17</sup> y el TDAH<sup>18-19</sup>, trastornos asociados a su vez con el consumo de drogas; y se conoce la existencia de una asociación entre el consumo de drogas y las conductas antisociales, y a su vez el consumo de drogas está relacionado con el estrés<sup>8</sup>. Así pues, bien sean factores causales o factores de riesgo, la presencia de todas ellas aumenta el riesgo para el consumo de sustancias.

La investigación sobre el consumo de drogas en adolescentes inmigrantes es escasa en nuestro medio, y parece que algunos factores protectores tienen menos peso relativo que los factores de riesgo en este colectivo<sup>7-9</sup> por ser adolescentes por un lado, y ser adolescentes e inmigrantes a la vez. En el caso del colectivo MENA representan además un grupo de especial vulnerabilidad ya que llegan al país solos, sin referentes adultos, muchos de ellos habiendo pasado largo tiempo como “chavales de la calle” en país de origen hasta que han migrado; y además son adolescentes. Existen diversos estudios con la población MENA y el uso de sustancias (*Procesos Migratorios de Menores y Consumos de Drogas: Un análisis de los factores de Riesgo*<sup>20</sup>), que describen una mayor prevalencia de consumo de sustancias en esta población en comparación con la media nacional. El enfoque de estos estudios es sobre todo de

---



---

tipo psicosocial, donde se identificó que la ausencia de modelos de referencia parentales, la exposición a la cultura de la calle y la percepción de fracaso en el proyecto migratorio constituyen los principales factores de riesgo para el consumo <sup>20</sup>.

Las tasas de consumo de drogas en Marruecos, según los datos disponibles, están muy por debajo de los niveles de España <sup>21</sup>. Con la inmigración, el bajo consumo sigue presente <sup>22</sup>, probablemente debido al estigma cultural frente al consumo de alcohol y otras sustancias que no son fácilmente adquiribles en el contexto social marroquí. Pero el caso de los MENA difiere del esperado si se compara con los datos de los inmigrantes magrebíes (mismo origen étnico y cultural, pero no se encuentran acompañados), y a su vez comparando con los adolescentes autóctonos. Se estima pues que la falta de factores protectores (red social en país de acogida, presión estigma social percibido ante consumo de sustancias por grupo étnico, etc.) junto con el aumento de los factores de riesgo como la propia historia familiar disfuncional, la impulsividad y el estrés de la migración irregular, el desarraigo, aumenten la prevalencia del consumo y policonsumo en este colectivo.

## JUSTIFICACIÓN

Los informes sobre los MENA y la situación en los centros de acogida indican que la situación no solamente es problemática desde el campo educativo y social, si no que falta aun abordaje de la base biopsicosocial de la conducta de los menores. La investigación social es muy relevante para conocer bien y contextualizar la situación, sin embargo, para poder acoger y atender de forma multidisciplinar a este colectivo en su consumo de sustancias psicotrópicas es importante conocer la base psicológica y psiquiátrica de este fenómeno.

Ser un MENA no debería suponer un problema psicológico o psiquiátrico *a priori*, pero pertenecer a este colectivo y presentar un consumo de sustancias implica un riesgo psicosocial mayor. Siguiendo la literatura científica se puede estimar que el MENA que

---



---

presente más rasgos temperamentales y psicopatológica relacionada con la impulsividad tendrá más estrés para manejar el proceso migratorio, mayores conductas disruptivas frente a la adaptación al nuevo entorno, mayores impedimentos para aprender la lengua y entender el nuevo entorno cultural, etc, propiciando todo ello un mayor grado de aislamiento social, marginalización, y así, un mayor riesgo para el consumo de sustancias.

El presente estudio tiene como propósito el profundizar en el conocimiento sobre los patrones de consumo y los factores de riesgo y protectores en la población MENA en relación con el consumo de sustancias psicotropas. Pretende examinar la relación compleja entre factores psicopatológicos, familiares y socio demográficos que pueden aumentar el consumo de de drogas legales e ilegales en este colectivo. Y que todo este conocimiento sea aplicado en el proceso de acogida de estos menores para intentar reducir al máximo el riesgo de caer, o recaer en muchos casos, en la adicción a drogas.

### **3) METODOLOGIA**

#### **1. OBJETIVOS**

##### **PRINCIPALES**

Conocer la prevalencia y patrón de consumo de las sustancias objeto de abuso y dependencia en una muestra de menores inmigrantes no acompañados de origen magrebí acogidos en los centros de menores de Cataluña y con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.

Detectar para la población en estudio, desde el marco del análisis de los factores de riesgo y de protección, aquellas variables predictivas (demográficas,

---



---

psicopatológicas y sociales) relacionadas con el consumo de drogas legales e ilegales.

### **ESPECÍFICOS**

El presente proyecto está dirigido fundamentalmente a analizar el consumo de drogas legales e ilegales en la muestra de estudio. Para ello, se detalla:

1. Estudiar la prevalencia del consumo y policonsumo de diferentes drogas legales e ilegales tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, alucinógenos, inhalantes volátiles (pegamentos/disolventes...), drogas de diseño y heroína, pre y post-migración.
  2. Estudiar la presencia de patología psiquiátrica, TDAH, rasgos temperamentales e impulsividad como factores de riesgo asociados al consumo y policonsumo.
  3. Estudiar la distribución temporal del uso frecuente para cada una de las drogas con el fin de describir el patrón de consumo detallado presentando una aproximación en función de su frecuencia semanal.
  4. Identificar como factores de riesgo y/o protectores variables de tipo socio demográficos tales como: lugar de procedencia, nivel idiomático, red familiar y social, relaciones en el centro de acogida, distocia familiar, estrés aculturativo y experiencia migratoria.
-





---

## **HIPÓTESIS:**

1. La presencia de patología psiquiátrica constituye un factor de riesgo para el uso de drogas legales e ilegales en la población objeto de estudio.
2. Los niveles altos de impulsividad, búsqueda de sensaciones, así como déficit de atención e hiperactividad se asocian a un mayor riesgo para consumo y policonsumo de drogas legales e ilegales.
3. La coexistencia de niveles de impulsividad altos (superiores a la media esperada por la edad y grupo de procedencia), presencia de psicopatología y condiciones socio demográficas desfavorables predicen una gravedad mayor en el consumo de drogas legales e ilegales, así como la presencia de policonsumo.
4. El bajo nivel idiomático, la limitada red familiar y social, las dificultades en las relaciones en el centro de menores, la distocia familiar en origen, el estrés aculturativo y las complicaciones en el proceso migratorio se asocian a un mayor riesgo para el consumo y policonsumo de drogas legales e ilegales.

## **METODOLOGÍA (sujetos, variables, obtención de datos, plan de análisis).**

### **PARTICIPANTES**

Los participantes son menores inmigrantes no acompañados magrebíes de edades comprendidas entre 12 y 17 años y que están dentro del sistema de acogida de la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) en Cataluña.

---



---

Los criterios de inclusión del estudio son:

1. Menor inmigrante no acompañado magrebí.
2. Edad comprendida entre 12 y 17 años.
3. Vive en un centro de acogida de Cataluña.

Los criterios de exclusión del estudio son:

1. Situación médica que no le permita realizar la evaluación.
2. Falta de colaboración e interés.

## **CENTROS PARTICIPANTES/RECLUTAMIENTO DE LA MUESTRA**

Los centros participantes donde se ha recogido la muestra pertenecen a la red de centros residenciales de acción educativa, vinculados a la “*Direcció General d’Atenció a la Infancia i Adolescència*” (DGAIA), aunque de gestión concertada con distintas instituciones y fundaciones. Nos dirigimos a aquellos centros que acogen a adolescentes inmigrantes no acompañados magrebíes, tanto aquellos especializados en dicha población como aquellos que no lo son, tanto los de primera acogida de residencia limitada mientras se espera propuesta, como residenciales de larga estancia; dando lugar a un total de trece centros potenciales en los que se podía reclutar la muestra. Finalmente los centros colaboradores que se vincularon y donde se pudo dar una constancia al proyecto fueron dos centros de primera acogida y dos C.R.A.E (Centros Residenciales de Atención Educativa), todos ellos ubicados en la ciudad de Barcelona. Estos 4 centros representan el total de las plazas disponibles

---



---

para dicho colectivo en la ciudad de Barcelona en cuanto a los de primera acogida, coordinados todos ellos por el “*Consorti de Serveis Socials de Barcelona*”; así como prácticamente el 75% de las plazas disponibles en toda Cataluña para la primera acogida del colectivo MENA. Por este motivo se limitó al final la recogida de la muestra a los centros de Barcelona, por facilitar el vínculo y proximidad para los desplazamientos, y por tratarse de los que mayor volumen de MENA acogen en toda la comunidad autónoma.

## **VARIABLES/CUADERNO RECOGIDA DE DATOS/PRUEBAS PSICOMETRICAS**

Las distintas variables seleccionadas para estudio se recogen a través de una entrevista semiestructurada en forma de “Cuaderno de recogida de datos” (CRD), la aplicación de escalas psicométricas con los educadores y el propio menor, y finalmente la recogida de una muestra de cabello.

La entrevista semiestructurada incluye, además de todos los datos clínicos propios de la anamnesis psiquiátrica, variables sociodemográficas y actitudinales del menor inmigrante no acompañado elaborada *ad hoc*.

Ésta incluye, entre otras, las siguientes variables:

- lugar de procedencia
  - método migratorio
  - tiempo en país receptor
  - nivel idiomático
  - situación educativa
  - religiosidad
  - disticia familiar
  - consumo de sustancias pre y post-migratorio
  - situación legal, permiso residencia y/o trabajo
-



- 
- red familiar y social
  - tipo de relaciones en el centro de acogida
  - experiencia de malos tratos o violencia
  - tipo de experiencia migratoria
  - disponibilidad de sustancias psicotrópicas y la percepción de riesgo

Las escalas clínicas y de cribado que se han incluido son las siguientes:

- MINI *“Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI KID) para la evaluación de diagnóstico psiquiátrico en niños y adolescentes”* (D. Sheehan, D. Shytel y K. Milo, 1998).
- *“Escala clínica revisada de Conners para la evaluación de TDAH” (CRS-R)* (C.K. Conners, 1989).
- *“Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) para la evaluación de la personalidad y síndromes clínicos”* (Millon, 1993).
- *“Child Behavior Checklist” (CBCL)* para despistaje patología psiquiátrica en la infancia-adolescencia (Achenbach 1991)
- *“The Child and Youth Resilience Measure” (CYRM) – 28*
- *“The Barcelona Immigration Stress Scale” (BISS)*

De forma anexa se adjunta el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) creado a lo largo de la fase 1 del estudio, que incluye la entrevista clínica semi-estructurada y todas las escalas e instrumentos que se han utilizado para cada uno de los sujetos reclutados en la muestra. (Anexo I).

Tras la recogida completa de datos del CRD se procede a cortar un mechón de cabello

---



---

a los participantes. El análisis del cabello se introdujo con el objetivo de poder valorar el grado de concordancia con los datos obtenidos en las entrevistas diagnósticas, y para profundizar en el estudio de identificación de variables relacionadas con los predictores de uso de sustancias psicotrópicas.

## **OBTENCIÓN DE DATOS**

En cada centro se evaluó a aquellos participantes que cumplieran con los criterios de selección. La evaluación se realizó por un equipo formado por psicólogos y mediadoras interculturales de árabe marroquí y bereber que realizaban la mediación cultural durante la entrevista, así como por el psicólogo becario de origen magrebí que pudo realizar las entrevistas en profundidad sin necesidad de mediación. Al iniciar cada entrevista se solicita la participación en el estudio a cada participante. Se le explica que la participación es voluntaria y anónima, y que en cualquier momento puede abandonar el estudio sin perjuicio alguno. Cuando éste ha dado su consentimiento, el equipo investigador procede a realizar la entrevista en la que se recogen los datos socio demográficos; posteriormente se pasan las escalas clínicas y se recoge la muestra de cabello.

La realización del protocolo de cada sujeto que participó en el estudio requirió de un tiempo medio de 2.5 horas. En ocasiones se dividió la evaluación en dos tiempos para facilitar la participación de los menores y disminuir las tasas de abandono por fatigabilidad. La muestra total se recogió durante dieciocho meses consecutivos.

## **PLAN DE ANÁLISIS**

El diseño del proyecto corresponde a un estudio descriptivo, de corte transversal, y responde a un diseño prospectivo ya que, en el momento de realizar el estudio, parte de los componentes de la muestra seleccionada eran ya consumidores habituales de sustancias.

---



---

El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS. El análisis de los datos contemplado en este estudio se centra en dos grandes bloques. Son los siguientes:

1. la prevalencia del consumo de sustancias objeto de abuso y dependencia en una muestra de jóvenes inmigrantes no acompañados de origen magrebí con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.
2. la detección de los factores de riesgo y protección de consumo y policonsumo de las sustancias objeto de abuso y dependencia.

Los análisis iniciales para determinar la posible relación entre las variables clínicas, y/o respecto a las variables socio demográficas y actitudinales, se han llevado a cabo mediante análisis bivariantes, ya sea mediante pruebas de Chi cuadrado para las variables cualitativas o comparaciones de medias en aquellos casos en los que una de las variables de interés sea dicotómica y la otra cuantitativa. Con el objetivo de ajustar aquellas variables que covaríen, se realizarán regresiones múltiples o regresiones logísticas en función de la naturaleza de las variables dependientes.

## **4) RESULTADOS**

### **A) DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

En este apartado se ha focalizado la descripción de los resultados en aquellas variables que han sido más significativas, tanto por reafirmar aquellas que ya son conocidas socio-demográficamente y se sabe que influyen en el consumo y perfil disruptivo de los MENA, como aquellas que han sido innovadoras o no se habían recogido previamente en otros estudios.

---



---

No se han plasmado todos los resultados detallados variable por variable al poder ser al final redundantes en la propia memoria, o simplemente reafirmar lo que ya se conoce extensamente sobre los factores sociales de riesgo y que no eran el foco de este estudio.

A continuación se procede a presentar aquellas que se han mostrado relevantes para la comprensión global del fenómeno MENA en este estudio.

## **PAÍS DE ORIGEN Y REGIÓN DE PROCEDENCIA**

La mayoría de los sujetos de la muestra son originarios de Marruecos, aunque hay otros menores provenientes de distintos países como Argelia y Senegal. Todos los entrevistados son varones “Menores Extranjeros No Acompañados” (MENA) de edades comprendidas entre los 12 años y 17 años. La media de edad de los menores entrevistados es de 16,3 años. Como observamos en el siguiente gráfico el 96% de los menores proceden de Marruecos, un 2 % de Argelia y el otro 2% de Senegal. La representatividad de los menores marroquíes en esta muestra es superior al resto de nacionalidades por motivos de proximidad geográfica y acceso al territorio español.

---



La mayoría de los MENA reclutados provienen de tres regiones geográficas de Marruecos: Tánger, Errachidia y Beni Mellal.

Distinguimos entre los menores procedentes de las zonas rurales del sur de Marruecos y los menores de las zonas urbanas del norte del país. Los chicos provenientes del sur y de zonas rurales son de origen étnico “*Amazigh*” (originariamente autóctonos del norte de África antes de la Islamización, tribus Bereberes), con una lengua propia ajena al árabe clásico y dialectal. El 68% de los chicos de las regiones urbanas provienen de Tánger, aunque hay algún caso aislado de chicos de zonas urbanas como Larache y Casablanca (3%). Otras cuestiones relevantes a mencionar sobre los rasgos diferenciales socio demográficos son que los jóvenes procedentes del norte de la región de Tánger son mayoritariamente de poblaciones urbanas, han vivido en familias nucleares, poseen un menor número de hermanos, cuentan con escasos recursos socioeconómicos y tienen como lengua materna el árabe dialectal de Marruecos (“*dariya*”).



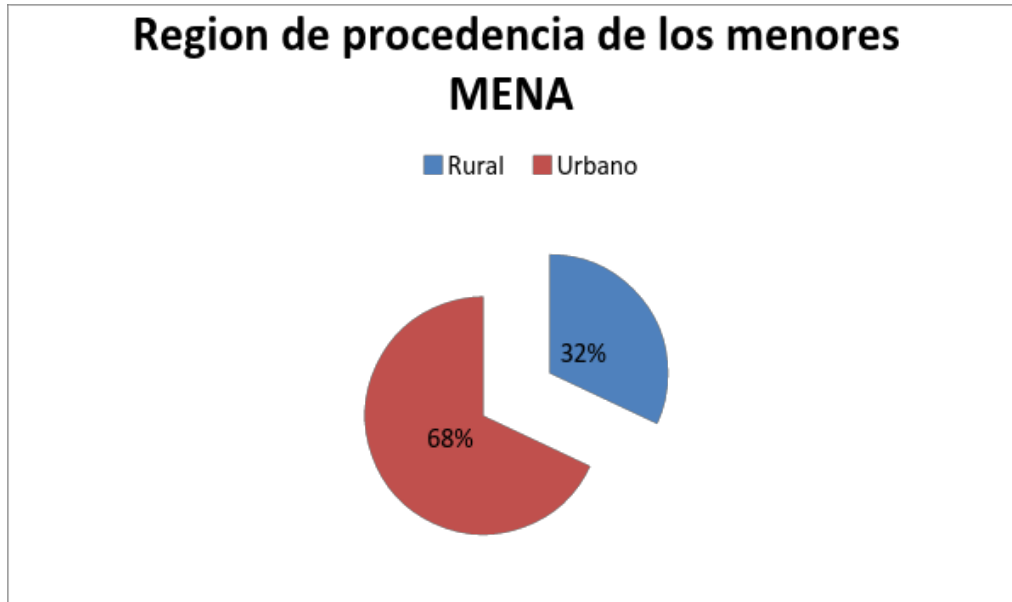


## Principales regiones de procedencia de los menores MENA

<https://www.google.es/maps/>



Observamos que hay un mayor número de menores procedentes de Las regiones urbanas de Tánger en contraposición a los Amazigh del interior y sur de Marruecos.



Los menores de las regiones rurales del sur o del interior, en contraste con los menores del norte o contexto urbano, han vivido en el seno de familias extensas, con mayor número de hermanos, ingresos económicos más estables y tienen como lengua materna alguna variante *Amazigh* (idiomas afro-asiáticos de las regiones del norte de África). Generalmente los menores Amazigh son valorados por parte de los centros de menores como chicos menos conflictivos, más normativos y con mejor proceso de adaptación y aprendizaje. Las culturas Amazighs son de carácter más rural, tradicionalista y religioso. Económicamente se dedican al sector agrícola y ganadero.

Los menores estudiados en esta muestra llevan una media de de 9,6 meses en territorio español.

En cuanto a los datos sobre salud observamos que entre los menores no destacan sus antecedentes médicos, ni psiquiátricos, ni la historia clínica de hospitalización, ni patologías en país de origen.



---

## DATOS SOCIO-ECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS RELEVANTES

Una de las variables analizada ha sido la de número de hermanos, siendo la media de 5,48, pero con diferencias entre los grupos según zona de procedencia; siendo la proveniente de las regiones rurales ligeramente superior con una media de 5,65 hermanos, en contraposición a los menores de las regiones urbanas con 5,40 hermanos.

La Tasa de fertilidad por mujer en Marruecos es de 2,15 hijos por mujer (datos 2014). (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mo.html>). Así pues se trata de menores provenientes de familias numerosas, muy por encima de la media nacional, lo cual puede apuntar indirectamente a cierto grado de dificultades familiares en origen, cuanto menos en el sentido económico.

Se trata de familias con muy pocos recursos económicos (sin ingresos formales). Durante la entrevista el 74% de los menores refieren que en sus respectivas familias no disponen de ingresos económicos formales. Los adolescentes entrevistados refieren que ningún progenitor o hermano tiene trabajo estable o formal, sino más bien trabajos temporales, puntuales y esporádicos, indicando una falta de ingresos económicos regulares. Sólo un 26% verbaliza que algún miembro de su familia dispone de un trabajo formal y fuente de ingresos económicos estables.

## MÉTODO MIGRATORIO

Todos los menores entrevistados han entrado en territorio español de forma ilegal, por distintas vías o rutas, pero ilegalmente. El 88% de los menores utilizan como método migratorio ilegal para acceder al territorio español los bajos de los camiones y autocares que realizan las rutas comerciales entre el puerto de Tánger y Algeciras. Es un método que implica menor planificación, más accesible y no supone un coste económico en contraposición a las “pateras” que utilizan habitualmente sus compatriotas adultos para acceder ilegalmente a territorio español. No obstante los

---



---

menores provenientes de Argelia sólo lo hacen a través de las pateras.

<b>Método migratorio</b>	
<b>Camión/autobús/Salido puerto Tánger</b>	88,0%
<b>Patera</b>	6,0%
<b>Reagrupación familiar</b>	1,0%
<b>Ferry/Barco desde Marruecos</b>	1,0%
<b>Otros</b>	4,0%
<b>Total</b>	100,0%

En cuanto al tiempo de estancia en el puerto y alrededores, la media es de 16,72 meses antes de conseguir cruzar la frontera. Es un promedio elevado si tenemos en cuenta que supone una insistencia de casi un año y medio hasta conseguir cruzar. En nuestra hipótesis inicial hemos considerado esta variable como relevante en tanto que supone una situación de riesgo en varios sentidos. Supone un riesgo físico ya que los menores suelen montarse en los bajos de los camiones de mercancías que cruzan el Estrecho de Gibraltar, con su consiguiente riesgo de caída y accidentes. Y, sobre todo, por el hecho de estar “en el puerto” tanto tiempo, lo que supone estar hasta altas horas de la noche en la calle y sin ningún referente adulto de control, y habitualmente implica un absentismo escolar en aquellos procedentes de la propia ciudad de Tánger mientras pasan el tiempo intentando “colarse” en los camiones. En la mitad de los casos los padres desconocen esta situación, y tampoco parece haber una buena supervisión parental del absentismo escolar y de qué hacen los menores durante todo el día. En el caso de los menores que no proceden de Tánger, y que por tanto no tienen a la familia en la ciudad, suelen pasar todos estos meses como niños de la “calle” hasta que consiguen pasar. Duermen y viven en el puerto, ya que su red de apoyo quedó en ciudad de origen, y una vez en el puerto pueden pasar meses hasta que consiguen cruzar. En los meses que pasan en el puerto se exponen y relacionan con los otros menores que suelen tener consumos y

---



dependencias a las drogas objeto de estudio, lo que representa un acceso y exposición a estas drogas diaria e intensa.

La presión grupal, así como el papel cohesionador de las drogas en la adolescencia, puede suponer un riesgo de consumo de drogas de forma más precoz de lo habitual de aquellos menores que han pasado tiempo en el puerto hasta conseguir cruzar.

<b>Estadísticos descriptivos</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<b>Edad con la que llegaste a España</b>	100	12	17	15,60	1,206
<b>¿Cuántos meses hace que saliste de tu país?</b>	100	1	34	9,61	6,482
<b>¿Cuántos meses llevas acogido tutelado?</b>	100	1	30	8,23	6,364
<b>Número total de intentos</b>	100	1	99	38,78	36,613
<b>¿Cuántos meses has estado diariamente intentando pasar hasta que lo conseguiste?</b>	100	1	99	16,72	22,451

A modo de resumen recopilamos una serie de datos respecto a la edad media de llegada de los menores al territorio español, número de intentos realizados hasta alcanzar el objetivo de acceder al territorio español, tiempo dedicado a conseguir tal objetivo, etc. Estas variables nos indican el grado de insistencia y la motivación de los menores por acceder al territorio español de forma ilegal. Observamos que hay chicos que llevan más de dos años intentando acceder y han realizado casi un centenar de intentos. En ciertos barrios de la periferia de Tánger, según explican los menores, es una práctica habitual bajar al puerto a diario para intentar colarse en los bajos de los



---

camiones y cruzar la frontera.

## **NIVEL DE ESTUDIOS EN PAÍS DE ORIGEN**

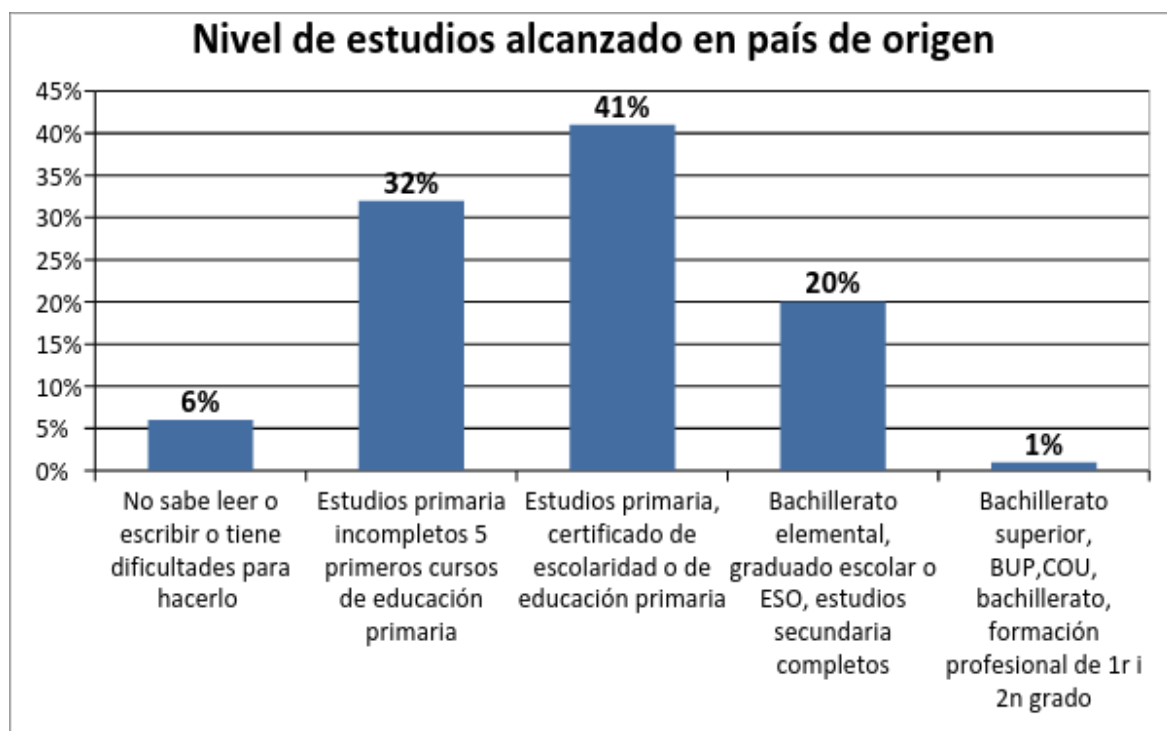
En cuanto al nivel de estudios alcanzado por los menores en el país de origen, existe gran variabilidad entre unos menores y otros. La mayoría de los menores no alcanzan a completar el ciclo equivalente de educación primaria. La tasa de abandono escolar, ya en el ciclo de primaria, es elevadísima. Apenas el 21% de los menores llegan a iniciar ciclo secundario. Hay más de un 80% de fracaso y abandono escolar en este colectivo MENA. Algunos de ellos refieren un bajo nivel académico, inferior al esperable por los cursos supuestamente completados, ya que aunque estaban escolarizados, su tasa de absentismo escolar era muy elevada. Así pues, muchos de los menores entrevistados presentan un nivel educativo muy bajo con serias dificultades en lectoescritura y comprensión, sin haber adquirido las competencias básicas y siendo prácticamente analfabetos en árabe (lengua académica oficial en Marruecos) a pesar de haber asistido durante unos años a la escuela primaria tal y como expresan ellos mismos durante la entrevista.

Cabe contextualizar que el sistema escolar marroquí es supuestamente de carácter obligatorio hasta los 15 años, pero existe un número inquietante de niños en edad escolar abandonaban la escuela sin haber adquirido un nivel adecuado de competencias básicas, con unas tasas de abandono del 5,7% en primaria y de 13,6% en la enseñanza secundaria que eran las tasas más elevadas de las observadas en la región árabe en 2006 ([http://www.adide.org/revista/images/stories/revista19/ase19\\_colab02.pdf](http://www.adide.org/revista/images/stories/revista19/ase19_colab02.pdf)). Aun conociendo el contexto en país de origen, las tasas de abandono escolar que presentan los MENA son dramáticas y superan con creces las propias de sus coetáneos en país de origen.

---

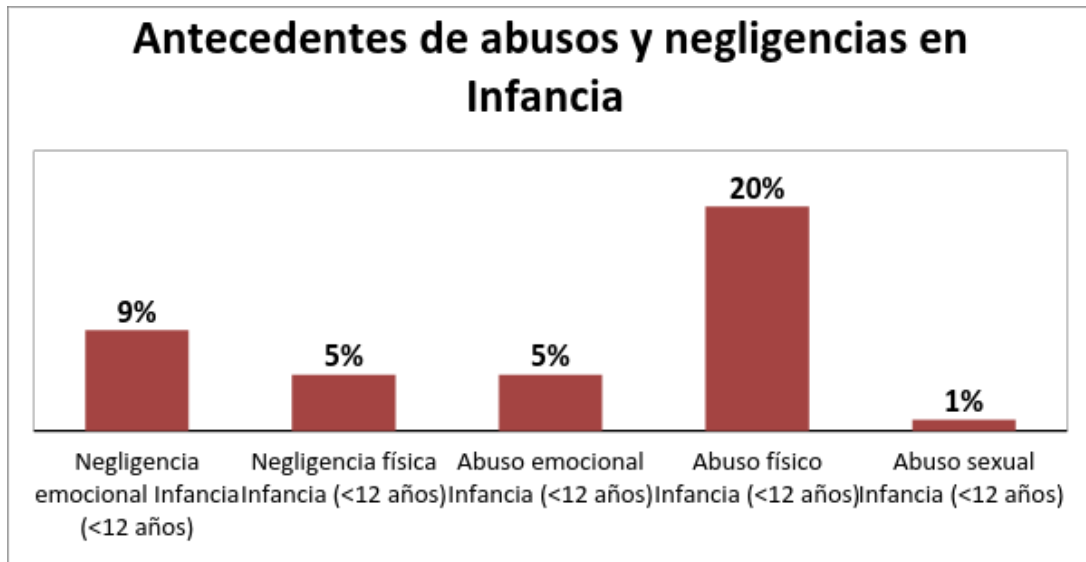


En la siguiente gráfica se muestran los cursos “teóricos” alcanzados que los menores refieren, y no el nivel académico real alcanzado en cuanto a competencias, ya que se estima que el rendimiento académico durante los mismos ha sido muy deficitario.



## SITUACIONES DE RIESGO FAMILIARES

Otro de los factores de riesgo potenciales para la aparición de psicopatología en los menores, y que se quiso revisar en este grupo de riesgo, son las situaciones de negligencia y abuso por parte de los progenitores. Dado que procedían de familias muy extensas, con dificultades económicas, con escasa supervisión de los menores, se quiso introducir un factor asociado a menudo a condiciones socioeconómicas desfavorables como las situaciones de negligencia o de abusos físicos en la infancia. A continuación mostramos gráfica que describe situaciones de abusos y negligencia referidas por los propios menores, tanto en infancia como adolescencia.



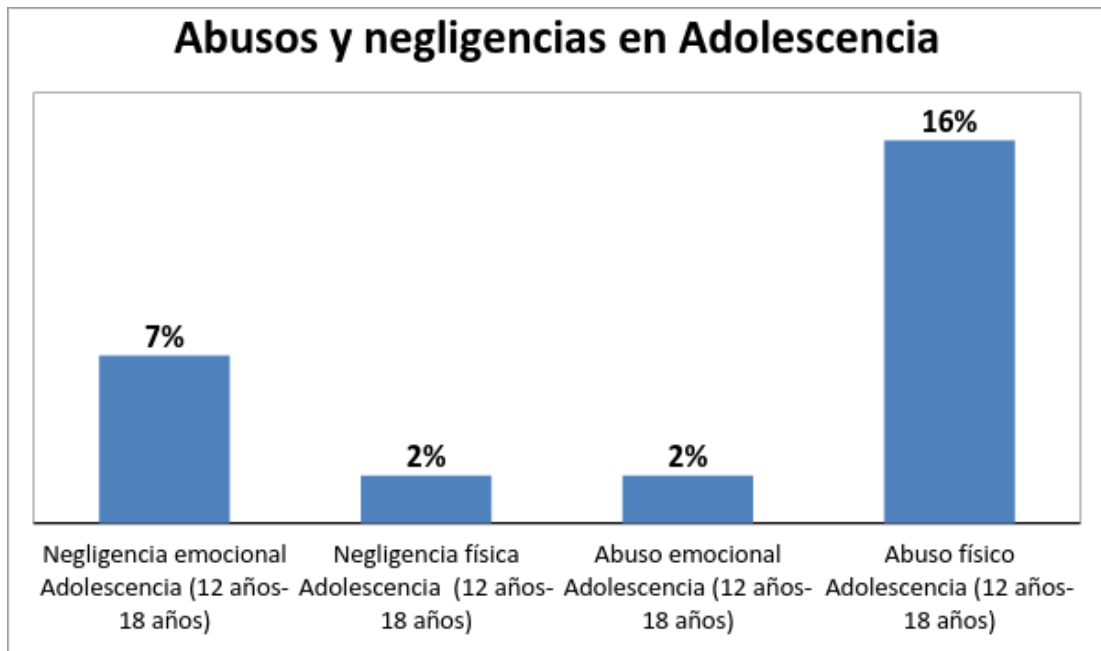
En este gráfico se observa que el 20% de los menores reconocen haber sufrido abusos físicos en la infancia. Creemos que es un dato muy significativo ya que podría ser un indicador de disfuncionalidad familiar a tener en cuenta. En esta misma línea también se observan manifestaciones de agresiones y abusos físicos en la adolescencia. Aunque este dato se pueda atribuir en parte a una manifestación cultural de estilo parental con uso de educación correctiva, este efecto se ve corregido cuando se les pregunta a los menores la presencia de dicha práctica en comparación con sus hermanos; manifestando los MENA haber sufrido más abusos físicos que el resto de hermanos. Los MENA refieren haber sufrido mayores castigos y violencia física que el resto de sus hermanos. Desde nuestra hipótesis y experiencia clínica, creemos que quizás este fenómeno observado se deba al “perfil” del menor, con una mayor presencia de impulsividad y conductas disruptivas en estos adolescentes en comparación con sus hermanos, siguiendo la hipótesis de un perfil temperamental o psicopatológico diferenciado en los MENA; y no por el hecho de ser magrebíes culturalmente, si no por sus diferencias y peculiaridades individuales, ya que no todos los adolescentes magrebíes y con dificultades socioeconómicas asumen el riesgo de





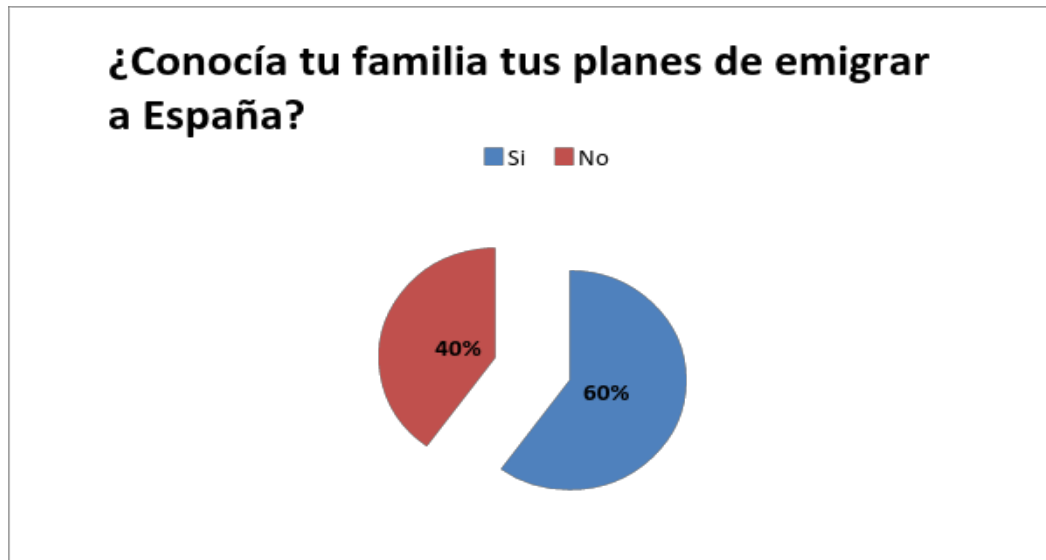
colarse debajo de un camión y lanzarse a un proyecto migratorio escasamente planificado y sin red de apoyo.

Se observa cierto descenso del abuso físico en la adolescencia respecto a la infancia, con un descenso del 20% al 16% de los chicos que afirman sufrir abusos físicos.



## PROYECTO MIGRATORIO

La mayoría de los MENA entrevistados no ha realizado una planificación de su proyecto migratorio, siendo muchas veces un acto impulsivo y escasamente planificado del mismo. Uno de los datos que refleja esa toma de decisiones poco estructurada es contrastar con ellos hasta qué grado los progenitores de los menores eran conocedores de su intencionalidad o realización de prácticas para de cruzar la frontera a territorio español de forma irregular. El 45% de los padres eran conocedores de la decisión tomada por los menores según lo que los propios MENA respondían.



El 45% de los menores afirmaban que sus padres eran conocedores de sus planes de emigrar y que aceptaban que cruzaran la frontera de forma irregular. El otro 55% no sabían que sus hijos estaban intentando acceder al territorio español de forma ilegal. La mitad de los padres de los menores eran complacientes con la decisión tomada por los hijos y asumían el riesgo físico que supone este método migratorio irregular.

Muchos de los chicos constataban durante la entrevista que algunos de sus padres lo veían como un oportunidad para acceder al sistema de bienestar español y una opción de progresar económicamente (movilidad social), a la vez que suponía una descarga económica para la familia ya que dejaban de alimentar y vestir a estos menores que conseguían cruzar la frontera y acceder al territorio español. Algunos de los menores verbalizan haberse sentido obligados a tomar esta decisión. Muchos otros referían que, aunque sabían de sus planes, sus padres no estaban de acuerdo, pero tampoco pusieron medios para elevar la supervisión o el control para que no se produjese la migración irregular. Los chicos que referían que sus padres no sabían de sus planes, explican que de haberlo sabido, no les hubiesen permitido tal evento vital por no estar de acuerdo, ni con las formas de llevarlo a cabo, ni con que se produjese una



---

migración siendo menor de edad.

## **NIVEL IDIOMÁTICO EN PAÍS DE ACOGIDA**

Como ya hemos avanzado, la distinción entre los menores procedentes de las zonas rurales y de etnias *Amazigh*, en contraposición a los menores procedentes de las regiones urbanas del norte, es una variable importante en este estudio y sale a colación en relación al aprendizaje de la lengua que unos y otros llevan a cabo en país de acogida.

Tal como suelen explicar los educadores de los distintos centros de menores, los menores procedentes de las regiones rurales tienen un proyecto migratorio más consolidado, suelen respetar más las normativas de los centros, tienen menos denuncias por robos o agresión y aprenden mejor y más rápido la lengua del país de acogida.

Se considera que el nivel idiomático del menor inmigrante es un indicador importante para evaluar el grado de integración lingüística, a la vez que un indicador de los procesos de integración global en el país de acogida. La adquisición de una competencia lingüística óptima facilita la comunicación con otros iguales autóctonos, capacita para poder acceder a cursos formativos, educación, recursos de salud y sociales; en suma, acceder a recursos y socializar en nuevo contexto cultural.

A continuación se muestra una tabla de contingencia asociada al nivel de comprensión del catalán y castellano de los menores.

---



---

### Región de Procedencia y Entiende el catalán/Castellano (criterio entrevistador)

		Nada	Algo	Bastante	
Región de Procedencia	Rural	17	9	6	32%
	Urbano	51	16	1	68%
<b>Total</b>		68	25	7	100%

El nivel de comprensión del catalán/castellano de los menores Amazigh respecto a los procedentes de Tánger es superior. Esta diferencia se podría deber al tiempo medio de estancia en el territorio español, ya que los menores Amazigh llevan un tiempo superior al de los menores procedentes de Tánger y Larache. ( Amazigh 11,19 meses /Tangerinos 8,87 meses). Pero al comparar las medias de tiempo en el territorio la diferencia no es estadísticamente significativa. Lo que nos indica que esta diferencia en los niveles de comprensión lingüística a favor de los menores Amazigh no se debe a la variable tiempo (meses en el territorio español), sino a otros factores. Estos factores inferimos que podrían ser el mayor grado de motivación de los menores por aprender la nueva lengua, el menor consumo de sustancias de los menores procedentes de las regiones rurales respecto a los menores procedentes de las regiones urbanas y la mayor asistencia a los cursos de formación lingüística, en resumen: al perfil “más normativo” de estos menores en comparación a los otros MENA.

---

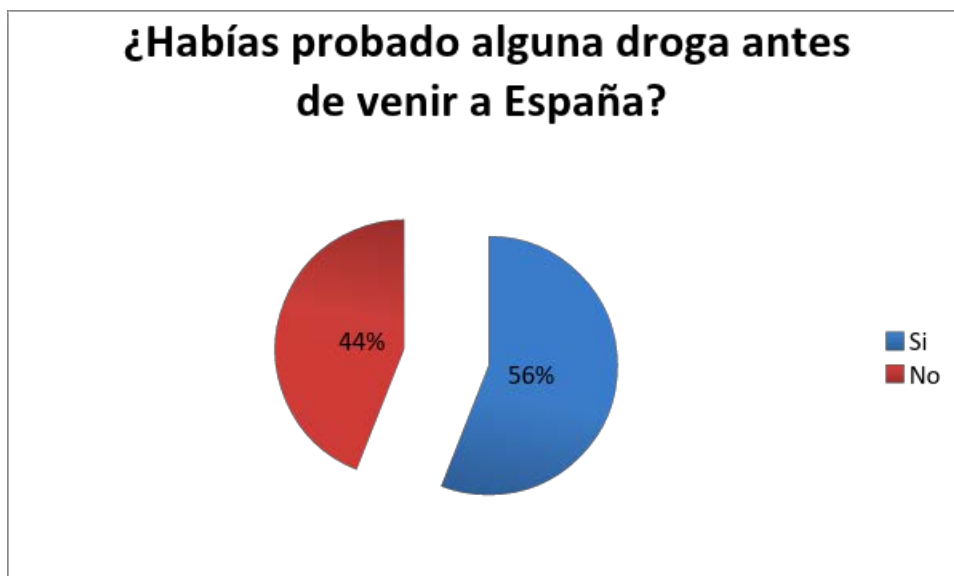


---

## B) DESCRIPCIÓN RESULTADOS CONSUMO DE DROGAS

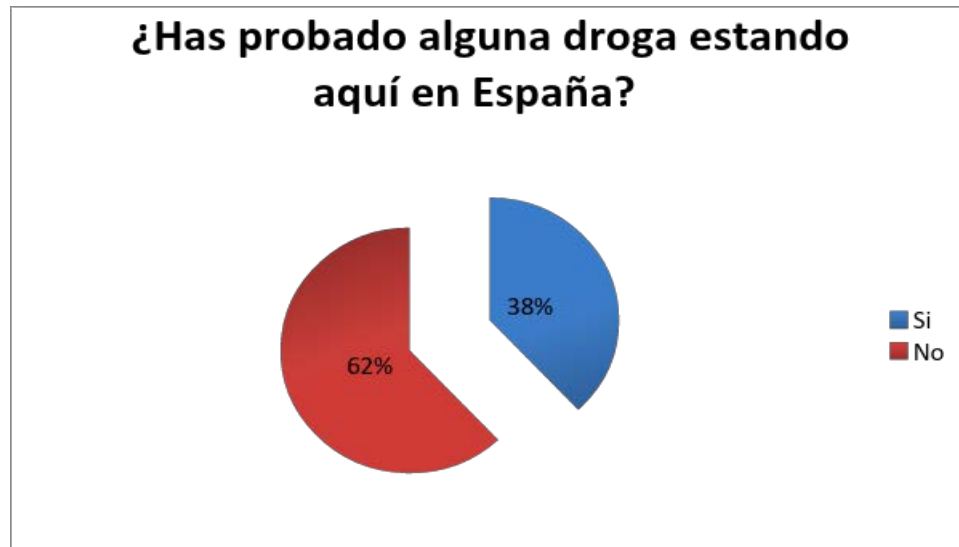
### CONSUMO DE DROGAS PRE-POST MIGRACIÓN

El 56% de los menores afirma haber consumido alguna droga antes de entrar en territorio Español. En el cuestionario de recogida de datos no se realiza una distinción entre el consumo de drogas legales o ilegales, ya que ello depende del país; y porque hay sustancias que aunque no se suelen consumir entre los adolescentes españoles, sí las pueden consumir los menores marroquíes en el país de origen, como las colas y disolventes, que son “legales”.



El consumo de las drogas objeto de estudio disminuye en el territorio español en un 18%, aunque no es estadísticamente significativo. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre el consumo de tóxicos pre-migratorio con el post-migratorio en cuanto a frecuencia y presentación de consumos.

---



Existen posibles hipótesis explicativas de esta disminución en el consumo. Una posible hipótesis explicativa es que los menores tutelados por la administración residen en centros con normativas restrictivas sobre el consumo de drogas dificultando el acceso y disponibilidad del consumo de drogas. Otra posible explicación se podría deber a la disminución de la situación de estrés que supone el intentar cruzar la frontera de forma ilegal y el riesgo físico que entraña esta acción, así como la exposición masiva a tóxicos durante el tiempo de espera en el puerto de Tánger y la presión grupal. Muchos de estos chicos se agrupan en un pequeño colectivo heterogéneo que intentan cruzar la frontera, entre éstos, existen menores consumidores habituales de drogas que puedan incitar al consumo como práctica gregaria del grupo a la hora de reforzar los estatus dentro del mismo. Es conocido que las drogas a menudo en la adolescencia suelen tener un papel social y de pertenencia al grupo.

Finalmente existe también la posibilidad de que refieran menor consumo del real cuando están acogidos en los centros de menores ya que las entrevistas se realizan en el propio centro, y puede haber reparo a la hora de comunicar los consumos; a pesar de que se les explica la confidencialidad de los datos que se refieren y que no



serán transmitidos a los educadores ni referentes tutores de los centros.

## SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDAS

A continuación mostramos un gráfico que indica el número de menores que afirman haber consumido al menos una vez la sustancia objeto de estudio.

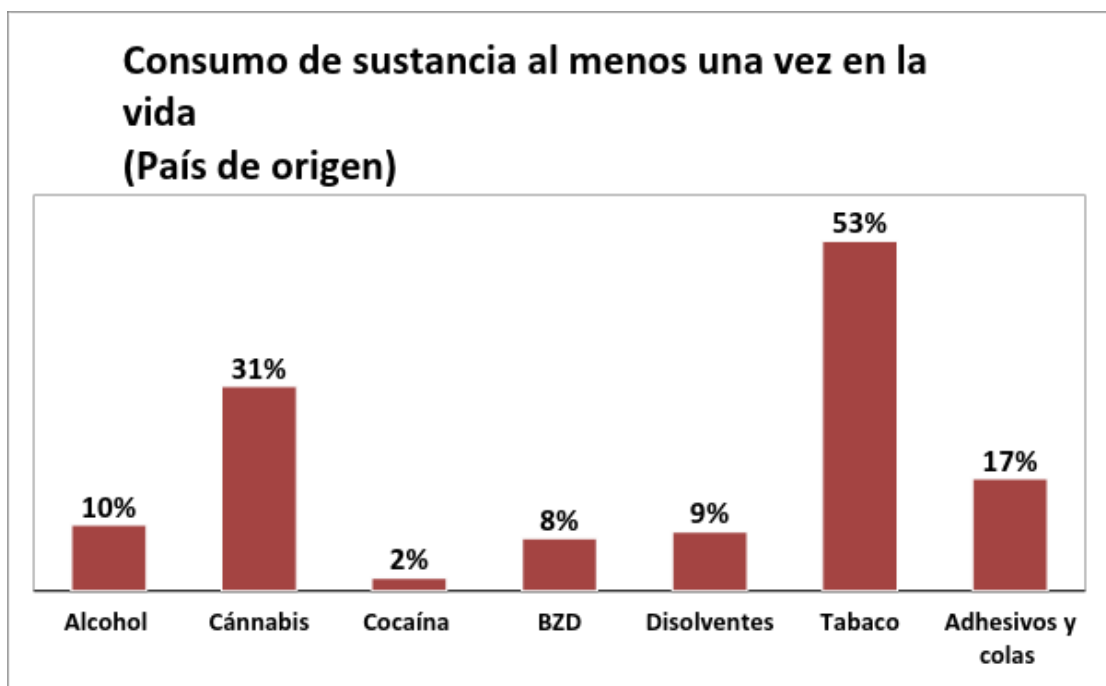
La sustancia que presenta mayor respuesta afirmativa de consumo al menos una vez en la vida es el tabaco con un 64%. La segunda sustancia con mayores respuestas afirmativas sobre su consumo es el cánnabis con un 36%, y la tercera sustancia con mayores respuestas afirmativas es el alcohol con un 18%.

Se puede establecer un ranking de sustancias con las que los menores han entrado en contacto al menos una vez.



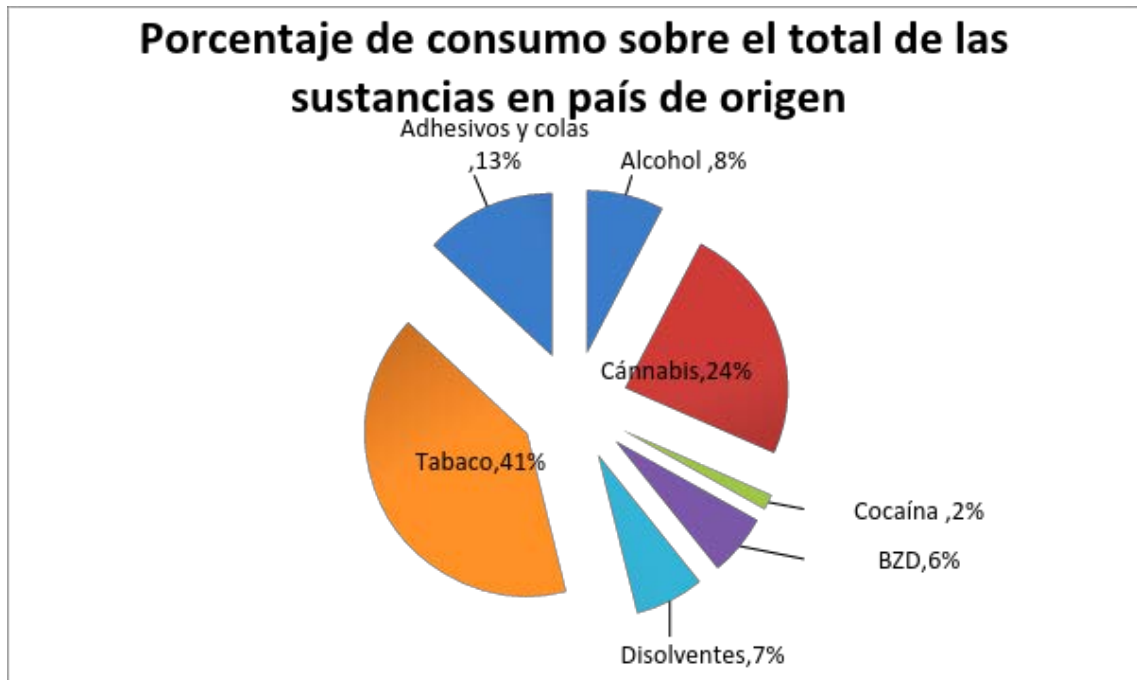


La droga más consumida en el país de origen es el tabaco, con un 53% de los menores que afirma haberla consumido, seguida del Cannabis con un 31%. El tercer grupo de sustancias más consumidas es el de adhesivos y colas con un 17% de los menores, seguido de los disolventes con un 9%. Si sumásemos como grupo unitario todas aquellas sustancias volátiles que se inhalan (adhesivos y colas + disolventes) se trataría entonces de cifras que alcanzan al 26% de la muestra. Consumos muy elevados de dichas sustancias si además se compara con la práctica inexistencia de tales consumos en la población autóctona coetánea.



A continuación se describe el peso específico de las distintas drogas sobre el total de consumos referidos en país de origen. La sustancia más consumida es el tabaco con un 41% de sustancias consumidas, seguido por el cánnabis con un 24% y en tercer lugar los adhesivos y colas con un 13%. El resto de drogas referidas representan entre un 6% y 7% sobre el consumo total.



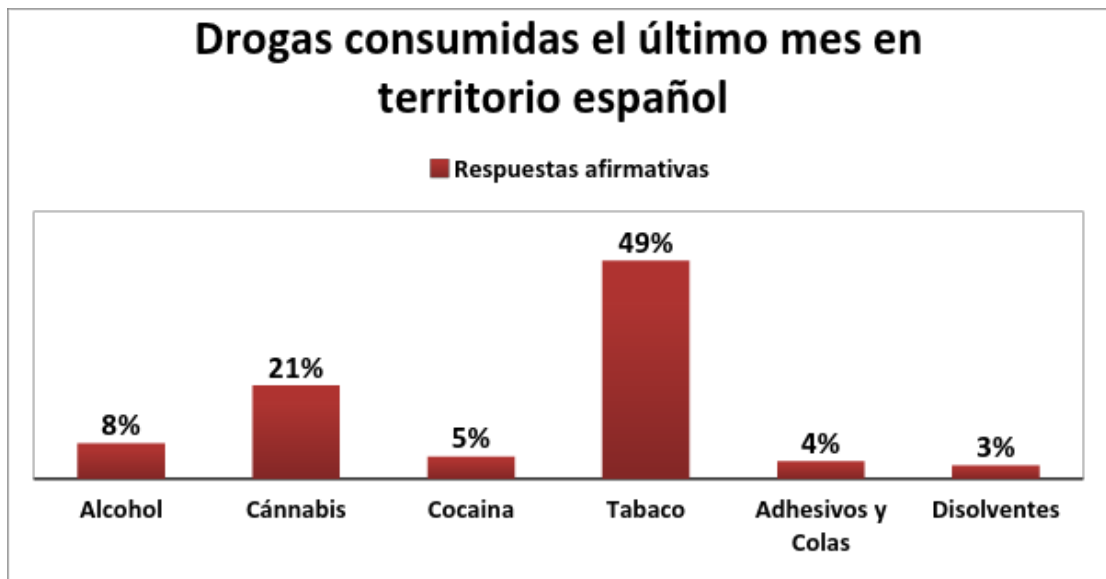


También se recogen las drogas más consumidas en el territorio español. El objetivo último de esta comparativa es observar si existe algún tipo de variación en el patrón de consumo de drogas de los menores tras la migración, tanto en tipología como en frecuencia y cantidad.

Se advierte cierta diferencia respecto al consumo en el país de origen ya que disminuye el consumo de tabaco y disminuye significativamente el consumo de colas, pasando del 17% en el país de origen al 4% en España según refieren los propios menores. También disminuye el consumo de disolventes pasando del 9% al 3%. A diferencia de las anteriores drogas, hay un aumento en el consumo de cocaína, que pasa del 2% en país de origen al 5%. El resto de drogas objeto de estudio se mantienen casi en los mismos valores.



Drogas que refieren haber consumido el último mes los menores en el territorio español.



Las drogas más consumidas por los menores no acompañados en el territorio español son el tabaco con un 49% de respuestas afirmativas, seguido del cannabis con el 21%, y la tercera sustancia más consumida es el alcohol con un 8%.

Si comparamos las drogas más consumidas en país de origen con las más consumidas en el territorio español observamos ciertos cambios en el patrón de consumos relacionado con la sustancia en sí.

Las dos sustancias principales consumidas coinciden en ambos territorios, aunque no su frecuencia de consumos. La sustancia más consumida tanto en país de origen como en territorio español es el tabaco, aunque aumenta el consumo del tabaco respecto al país de origen, pasando del 41% al 49% tras la migración. La segunda droga más consumida tanto en país de origen como en el territorio español el



---

cánnabis, aunque se observa ligero descenso del consumo respecto al país de origen, pasando del 24% al 21%.

La principal diferencia en el patrón de consumo se encuentra en las sustancias de tercer nivel, donde se produce un descenso relevante en el consumo de colas y adhesivos, que pasa del 13% al 3% en el territorio español; pero aparece el consumo de alcohol en el territorio español, pasando el alcohol a ser la tercera droga más consumida con un 9% en comparación al 8% del país de origen.

Resumiendo, se observa un ligero descenso global en el consumo de drogas respecto al país de origen. También se observa un cambio de preferencia en el consumo de ciertas drogas. La tercera posición de las drogas más consumidas pasa de ser de los adhesivos y las colas al alcohol. Creemos que este cambio se debe a un tema de acceso y disponibilidad de las sustancias.

## CONSUMO Y POLICONSUMOS DE SUSTANCIAS

A continuación, mostramos una serie de tablas sobre la cantidad de sustancias que los menores refieren consumir durante los últimos 6 meses previos a la entrevista.

Nº Sustancias	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	47,5	47,5
1	23,2	70,7
2	19,2	89,9
3	8,1	98,0
4	1,0	99,0
6	1,0	100,0
<b>Total</b>	100	

Las tablas corresponden a los consumos de los últimos 6 meses de la muestra general. Observamos que el 47,5% de los menores refieren no consumir ninguna sustancia, un 23,2% consumir una sustancia y el 29,3% realizan un poli consumo.

---



A continuación desglosaremos los datos en dos tablas basadas en la variable región de procedencia para evidenciar el consumo diferencial según la procedencia de los menores.

Los menores procedentes de las regiones de las zonas rurales y etnia Amazigh afirman no consumir ninguna sustancia un 65,6%. El 25% verbaliza consumir una sustancia y el 9,40% refiere realizar un poli consumo de sustancias.

<b>Nº Sustancias consumidas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0</b>	No Consumo 65,60% Consumo 34.4%
<b>1</b>	25%
<b>3</b>	6,30%
<b>4</b>	3,10% Policonsumo 9.4%

Mientras que en los menores de las zonas urbanas (Tangerinos) un 39,40% de los menores refieren no realizar ningún consumo, mientras que el 22,70% de los menores refieren consumir al menos una sustancia, y 37,9% restante afirman realizar un policonsumo de sustancias.

<b>Nº Sustancias consumidas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0</b>	No Consumo 39,40% Consumo 60.6%
<b>1</b>	22,70%
<b>2</b>	28,80%
<b>3</b>	7,60%
<b>6</b>	1,50% Policonsumo 37.9%



---

## EDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

A continuación se presenta una tabla donde se recogen las edades medias de consumo de las drogas objeto de estudio.. Las drogas que se consumen a una edad más tardía en este colectivo son la cocaína y el alcohol, en contraposición con los datos conocidos de la población adolescente autóctona. Este hecho podría estar relacionado con el acceso a estas sustancias, ya que en el país de origen es mucho más difícil su acceso; así como por el estigma existente sobre el consumo de alcohol en el contexto religioso socio-cultural de origen.

Es dramática la temprana edad de consumo de los disolventes, adhesivos y colas, que probablemente se debe básicamente a una cuestión de acceso y cultura de consumo de tales sustancias en contexto de marginalidad socioeconómica ya en país de origen .

En el país de origen es mucho más accesible adquirir adhesivos y colas por cuestiones legales, económicas y culturales que tener acceso y disponibilidad a bebidas alcohólicas.

---



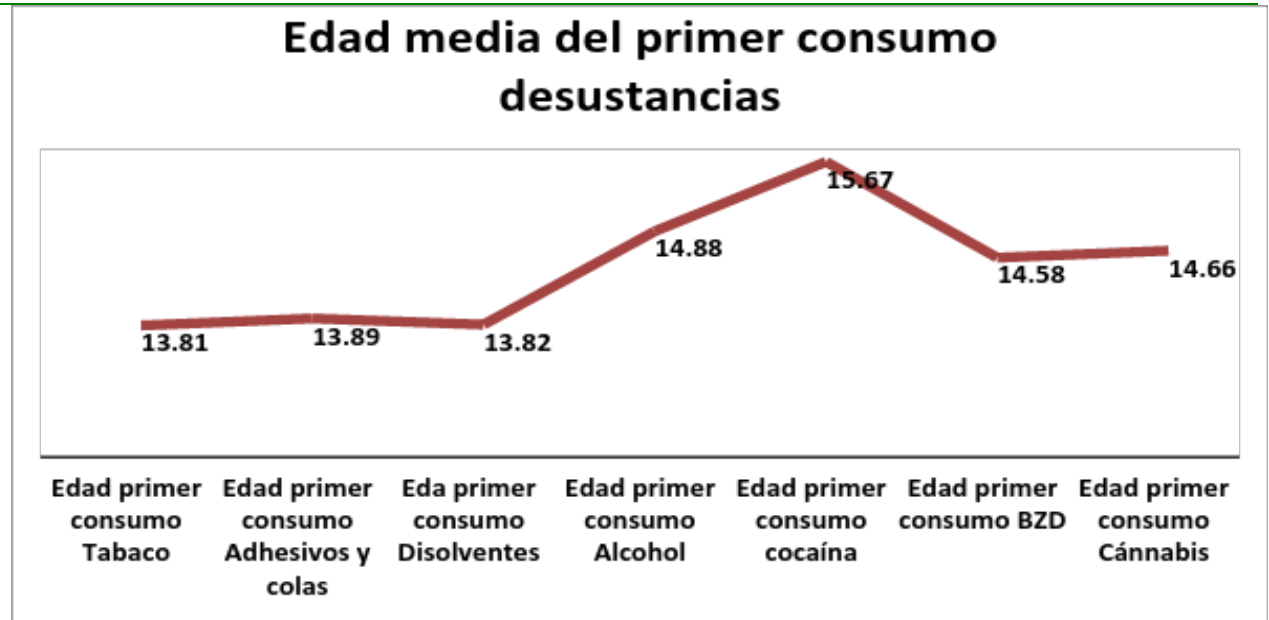
---

### EDAD MEDIA, MÍNIMA Y MÁXIMA DEL PRIMER CONSUMO DE DROGAS

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>
<b>Edad primer consumo Tabaco</b>	<b>64</b>	12	17	13,81
<b>Edad primer consumo Adhesivos y colas</b>	19	12	17	13,89
<b>Eda primer consumo Disolventes</b>	11	7	17	13,82
<b>Edad primer consumo Alcohol</b>	17	13	17	14,88
<b>Edad primer consumo cocaína</b>	6	15	16	15,67
<b>Edad primer consumo BZD</b>	12	11	17	14,58
<b>Edad primer consumo Cábnnabis</b>	35	11	17	14,66

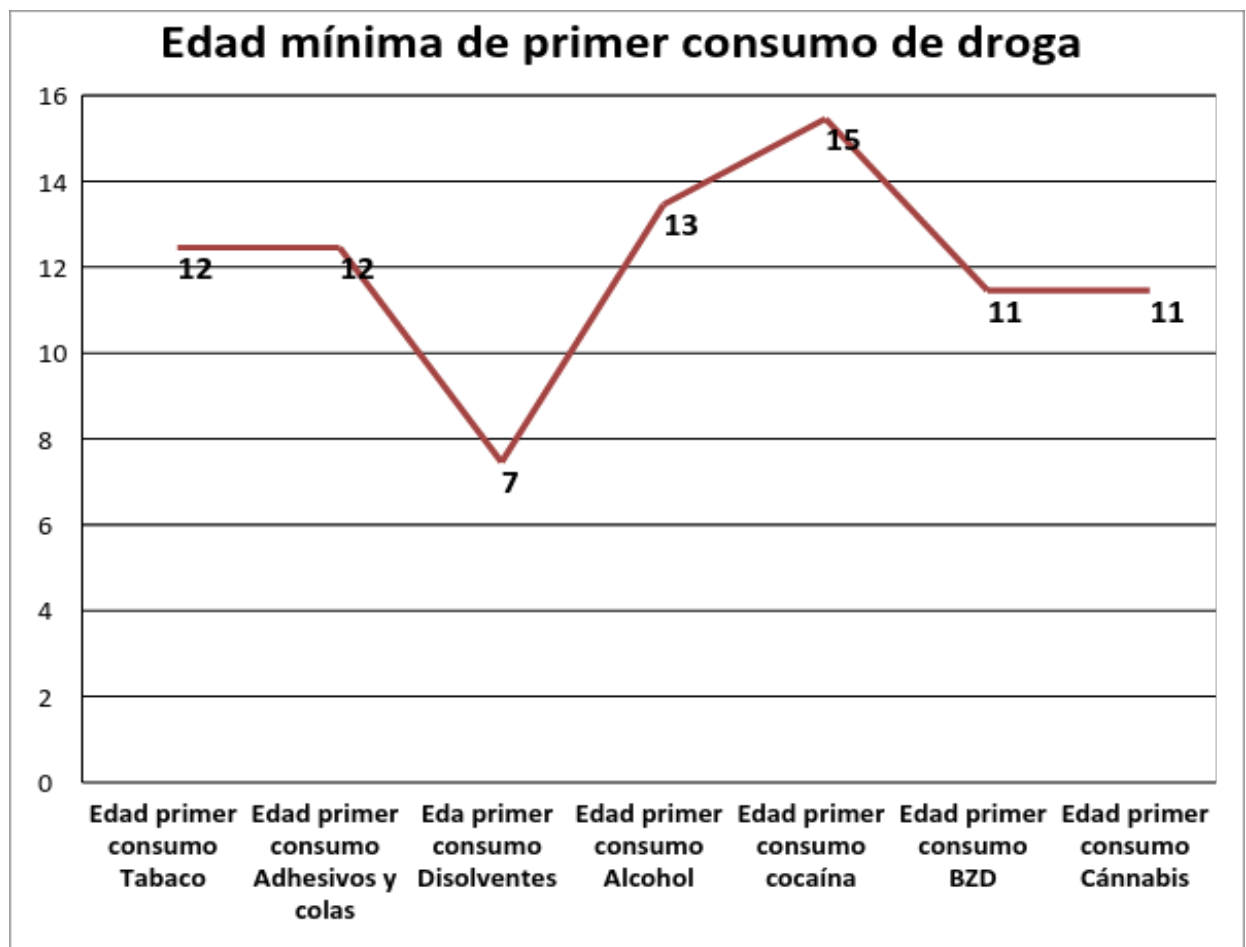
En este gráfico se presentan las edades medias de primer consumo de las distintas drogas objeto de estudio.

---



Un dato relevante a tener en cuenta es la edad mínima de consumo de las drogas. Como se ha descrito anteriormente, la sustancia que se consume más precozmente son los disolventes. Es un dato muy alarmante sobre todo si se tiene en cuenta los potenciales daños que producen estas sustancias a nivel del sistema nervioso central, y especialmente a una edad tan temprana en la que se pueden alterar de forma permanente todas las vías y rutas del neurodesarrollo que están en pleno proceso de desarrollo a esas edades.

La sustancia que presenta un consumo más precoz objeto de estudio es el disolvente. Como ya hemos mencionado anteriormente esto se debe a cuestiones de disponibilidad y acceso de las sustancias y a la propia cultura de consumo del país de origen. Al igual que la sustancia que presenta una edad más tardía de consumo es la cocaína. Como podemos ver en este gráfico la edad mínima del primer consumo para la cocaína es de 15 años. Como en el caso de los disolventes, se debe seguramente a una cuestión de acceso, disponibilidad y precio de la sustancias.



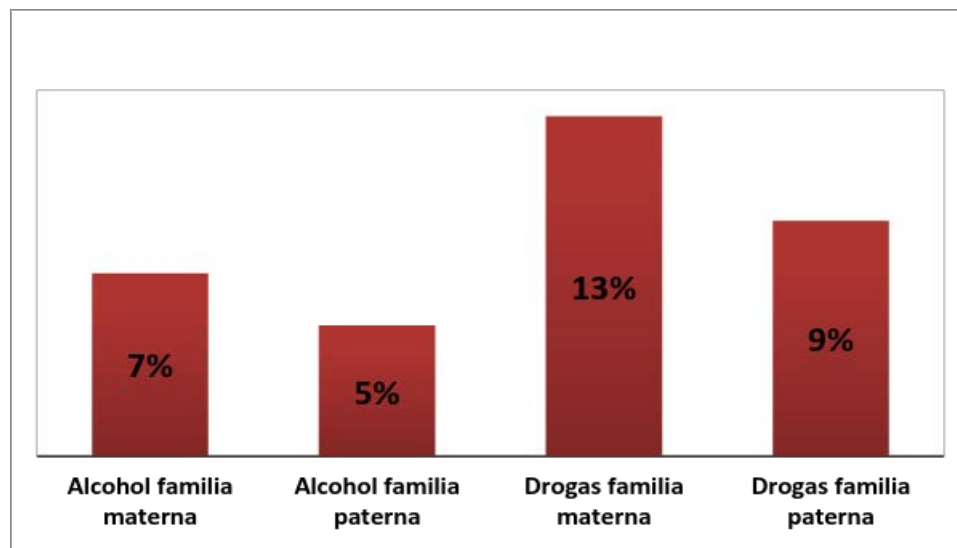




## ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Se han recogido los antecedentes familiares de consumo de drogas, con la limitación de que los únicos informadores son los propios menores. No se dispone de otras fuentes de información ni contacto con las familias para realizar las anamnesis.

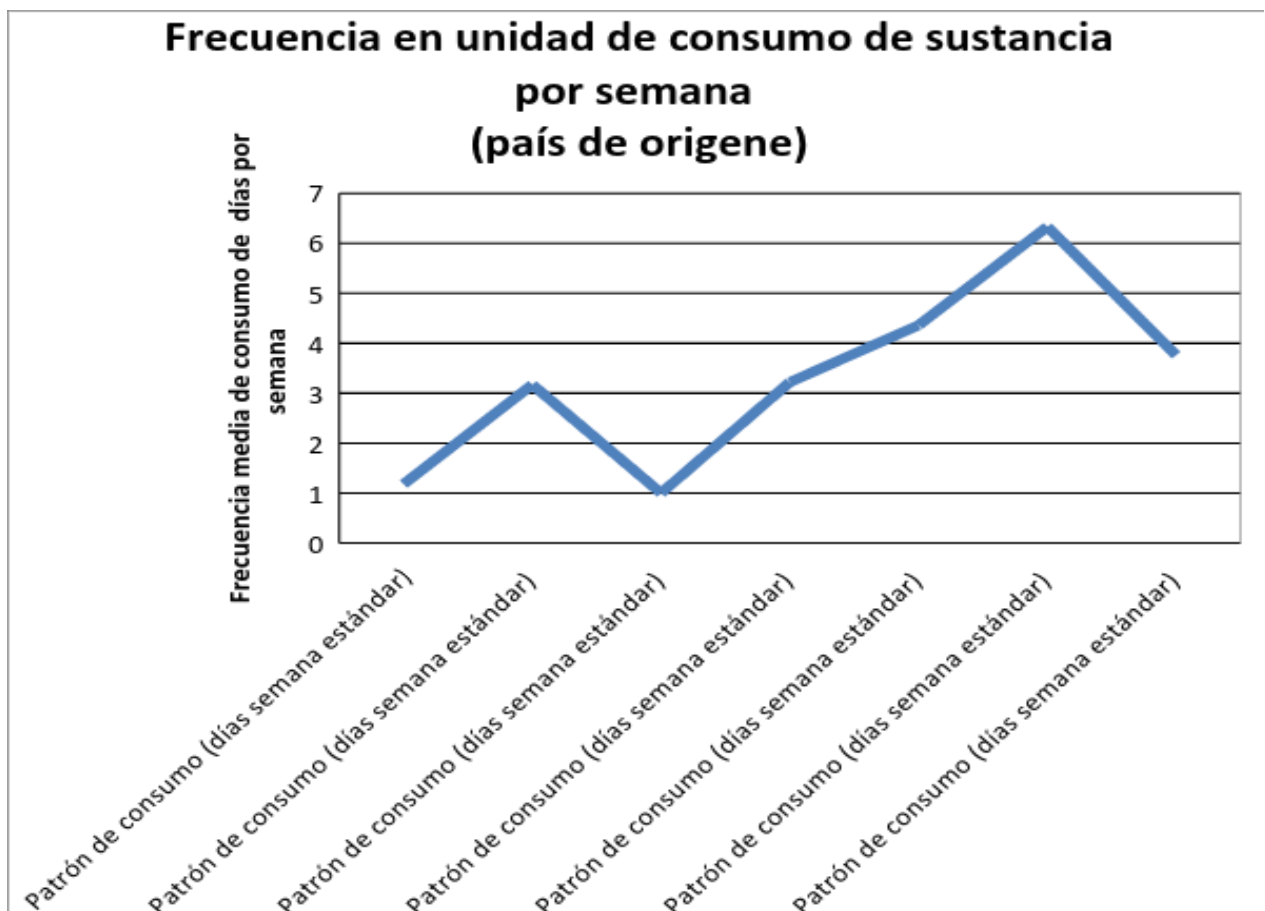
Según la información que aportaron los propios menores, se refiere un consumo de drogas de entre un 13% y 9% en familiares de primer y segundo grado; y entre un 7% y 5% de consumo de antecedentes de alcohol en familia. La diferencia observada entre los antecedentes de consumo de alcohol y drogas se debe, seguramente, al hecho de que sus países de origen son de religión musulmana, lo cual implica un veto cultural al consumo de alcohol desde el punto de vista moral/religioso, aunque sí se distribuye y se puede adquirir en establecimientos con licencia o en el mercado negro.



## CAMBIOS EN EL PATRÓN DE CONSUMO PRE-POST MIGRACIÓN EN CUANTO A FRECUENCIA



A continuación se describe la frecuencia media en semanas de las distintas drogas analizadas. Se ha diferenciado entre la frecuencia de consumo en el país de origen y la frecuencia de consumo en el territorio español. El objetivo último es analizar si existen diferencias en la frecuencia de consumo pre migratorio y post migratorio. Como ya se ha descrito anteriormente, existe cierto descenso en el consumo medio global de consumo de droga después de la migración.





---

ALCOHOL: La frecuencia de consumo en días por semana de Alcohol disminuye al llegar al territorio español, pasando de 1,18 días por semana a 1 día por semana. Pero como se describirá mejor en próximos apartados, sí aumenta la cantidad de alcohol consumida en unidades tras migración.

CANNABIS: En cuanto a la frecuencia de consumo semanal del cánnabis, a diferencia del alcohol, aumenta pasando de 3,17 días por semana a 4,45 días por semana. Sería esperable un descenso del consumo de esta droga al tratarse de una droga ilegal y de menor disponibilidad en relación al país de origen.

COCAINA: El consumo medio por semana de cocaína disminuye respecto al país de origen pasando de 1 día por semana a 0,2. No obstante, esta droga es muy poco consumida entre los menores entrevistados.

BENZODIAZEPINAS: la frecuencia media se mantiene en 3 días por semana tanto antes de migrar como después.

TABACO: El consumo medio por semana de tabaco aumenta respecto al país de origen. Pasa de 4,36 días por semana a 4,96. Es la droga legal más consumida entre los menores no acompañados tanto en cantidades como en frecuencia, así como en origen como en España.

ADHESIVOS Y COLAS: disminuyen de forma muy significativa la frecuencia de consumo, que pasan de 6,33 días por semana (casi a diario) a una frecuencia de 2,5 días por semana. Una de las hipótesis del descenso es que esta sustancia es ampliamente consumida en país de origen por su bajo coste económico y acceso. Los menores suelen asociar esta droga con el periodo pre

---



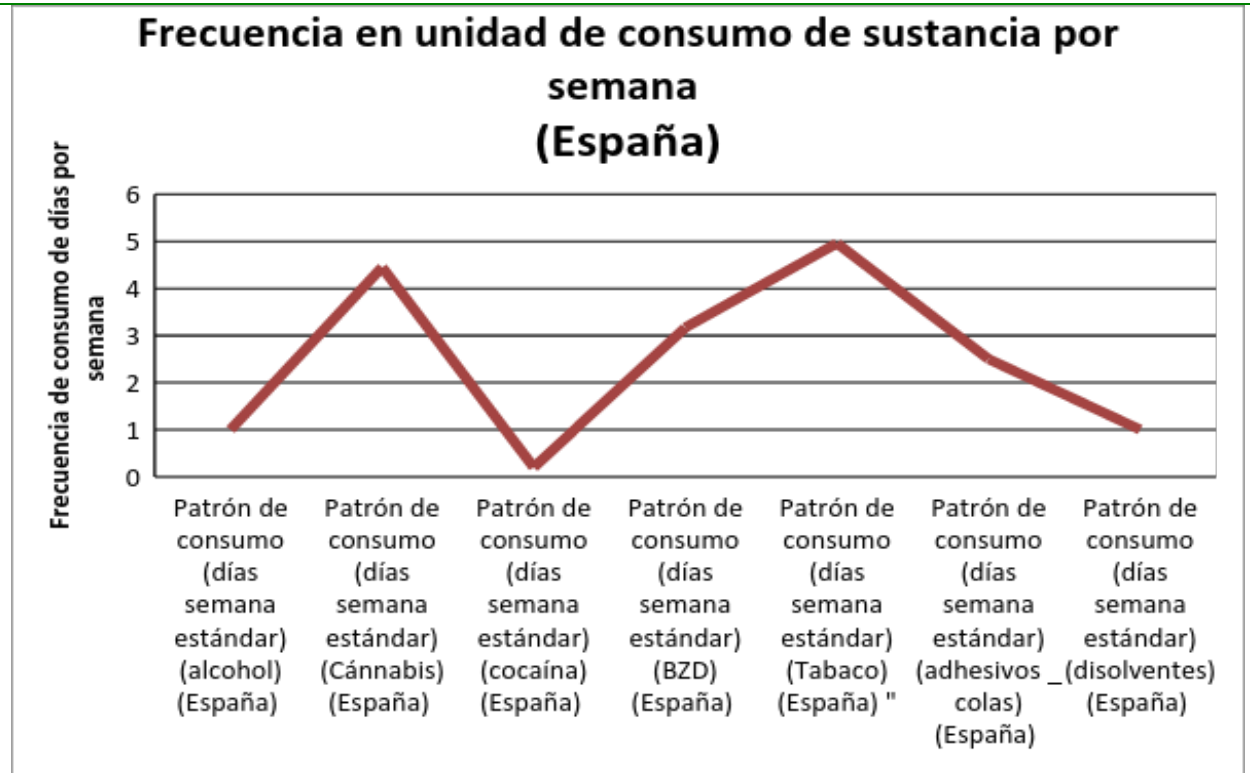
---

migratorio, ya que se consume de forma generalizada entre los menores que pretender cruzar la frontera de forma irregular y se agrupan en la zona del puerto.

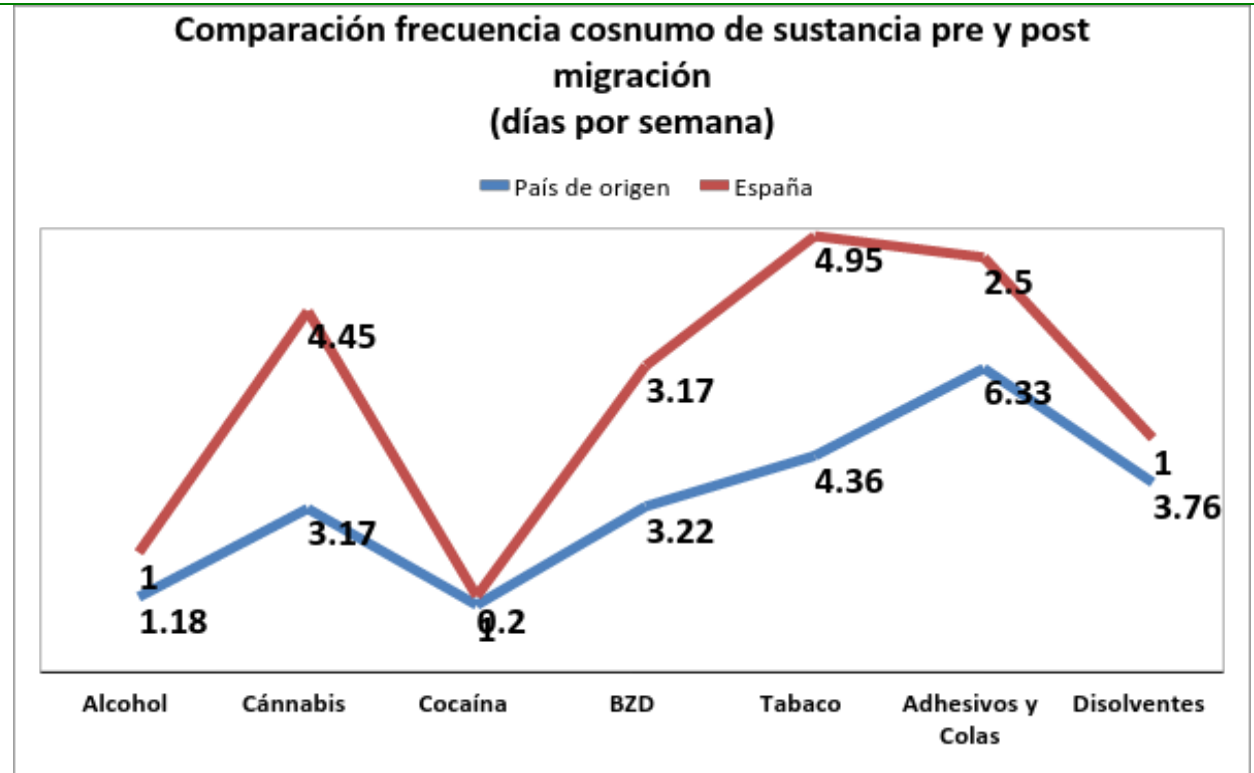
DISOLVENTES: Otra de las drogas que también disminuye su frecuencia de consumo es el disolvente, que pasa de 3,76 días por semana a una frecuencia de 1 día por semana. Creemos que el descenso del consumo tanto de los adhesivos como disolventes se debe también, no solo al acceso, sino también a la cultura de consumo y situación desestructurada del menor en el periodo pre migratorio. En el país de origen estos menores suelen estar a todas horas en la calle sin supervisión ni control de los adultos, pernoctan a menudo en el puerto y alrededores, lo cual facilita el consumo con mayor frecuencia. En el territorio español generalmente se encuentra en centros de menores donde hay una supervisión y control de sus actividades. Este hecho puede influir en el consumo. No obstante también existe cierta “cultura” del consumo. No hay que obviar que ciertas drogas tienen un carácter de consumo social, como puede ser el alcohol. En este caso los adhesivos y colas podrían tener este papel socializador en el grupo. Otra hipótesis es que en España son sustancias escasamente consumidas por los adolescentes y que generan mucha alarma y rechazo social, con lo que quizás ello hace de factor de contención a la hora de su consumo en la calle o espacios públicos una vez en país de acogida.

En esta tabla: consumo medio semanal de las sustancias objeto de estudio en el post migración.

---

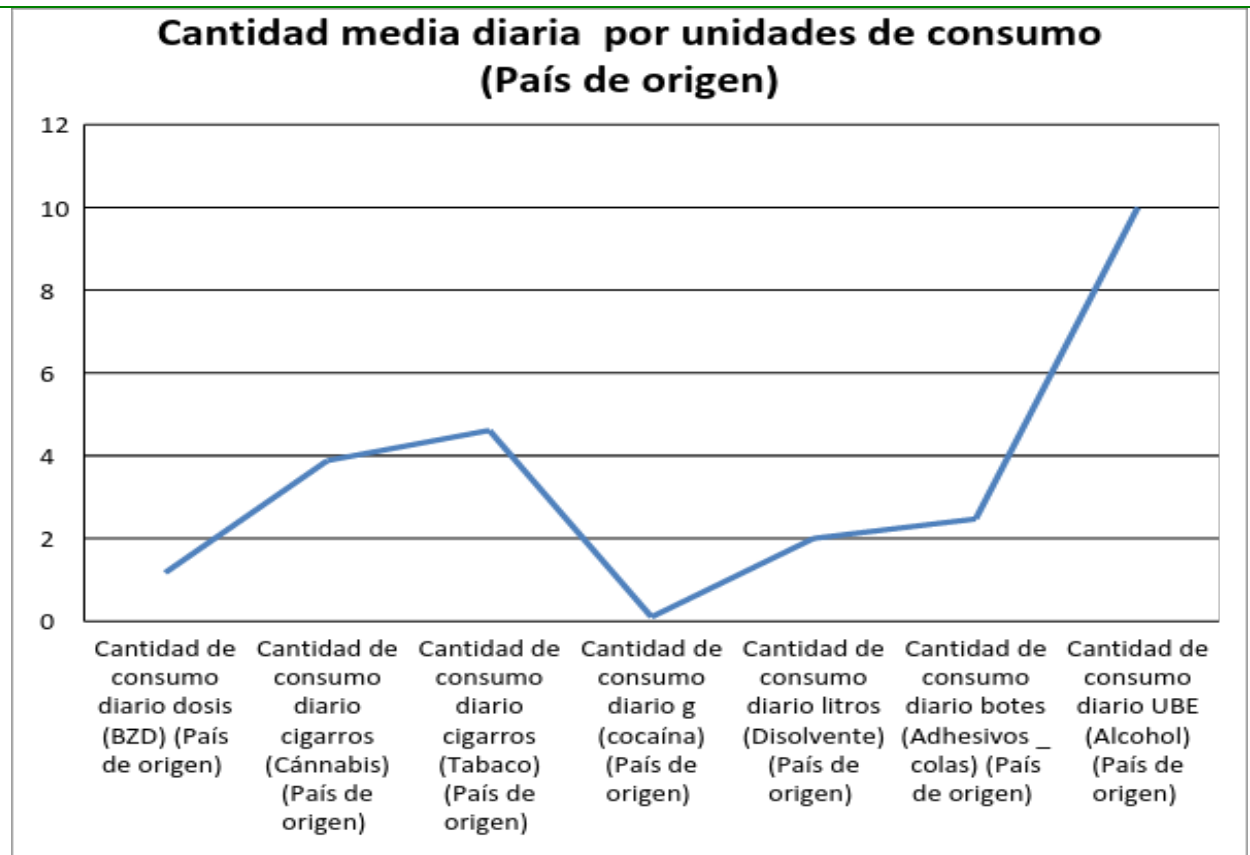


En este gráfico se compara la frecuencia de consumo por semana pre y post migración. Como podemos observar existe un descenso de la frecuencia de consumo en todas las sustancias objeto de estudio.



### Consumo medio diario por sustancias/PRE-POST migración en cuanto a cantidad/unidades

En el siguiente gráfico se muestra las cantidades medias diarias de consumo que realizan los menores respecto a las sustancias objeto de estudio en el país de origen.



**ALCOHOL:** La cantidad media consumida de alcohol en el país de origen es de 10 UBE por ingesta mientras que en el territorio Español es de 13. . Así pues, la cantidad de alcohol ingerida post migración es superior, aunque la frecuencia semanal de consumo es menor.

**BENZODIAZEPINAS:** La cantidad media de consumo diario de BZD disminuye de 1,17 dosis a 1 dosis en el territorio español. Entendemos como dosis el equivalente a una pastilla sin saber exactamente la concentración en mg de ésta.

**CANNABIS** La cantidad media diaria consumida de cigarrillos de cannabis varía muy poco. Mientras en el país de origen se consumía un promedio de 3,88 cigarrillos diarios en el territorio español se consume un promedio de 3,42



---

cigarros por día.

COCAINA. En cuanto a las cantidades en gramos de consumo de cocaína diaria respecto al país de origen observamos que la cantidad aumenta muy significativamente. Pasa del 0,1 g de consumo diario de promedio a los 0,6 g diarios. Hay que destacar que la cantidad de chicos que afirman haber consumido cocaína es muy baja, pero si se observa que aumentan las cantidades consumidas.

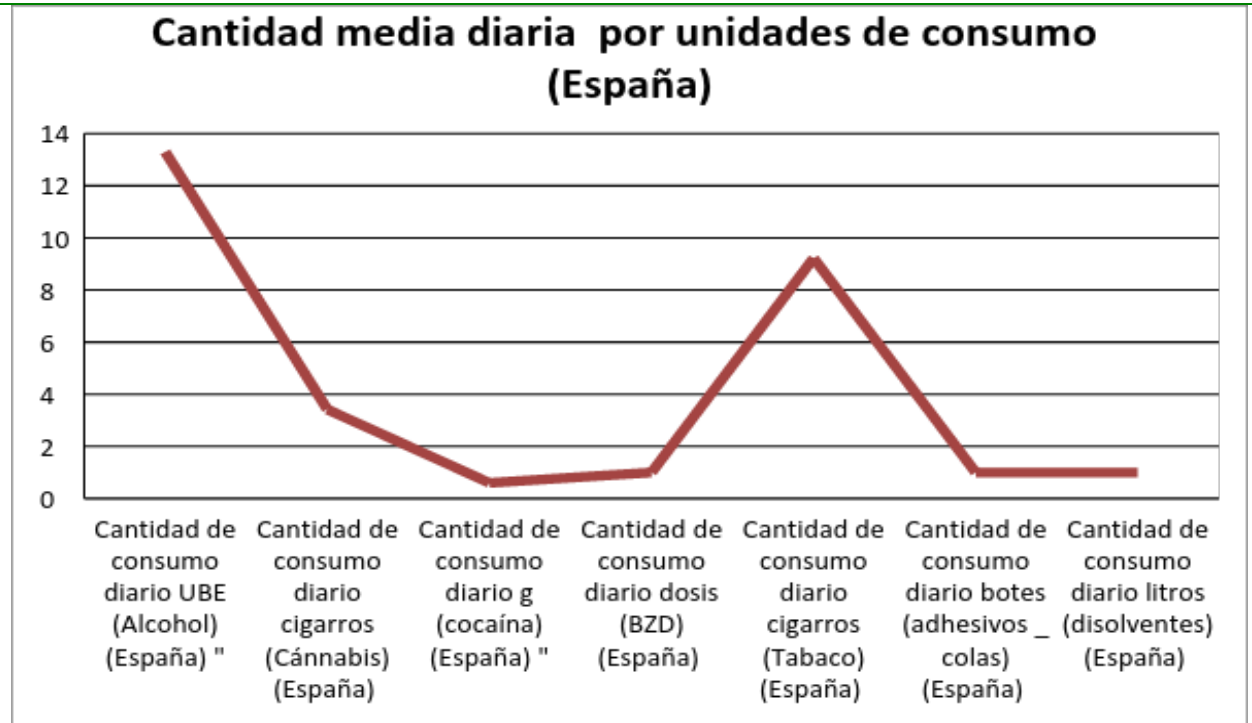
TABACO: Otro dato relevante es la cantidad media de cigarrillos de tabaco consumidos a diario que pasa de 4,61 a 9,22, casi duplicando la cantidad de consumo.

ADHESIVOS Y COLAS: Disminuye la cantidad media de botes de adhesivos y colas consumidas diariamente. Los menores pasan de consumir 2,47 botes diarios a 1 bote. Como ya hemos mencionado anteriormente, tanto los adhesivos como los disolventes disminuyen de forma muy significativa su consumo medio y frecuencia semanal en la post-migración.

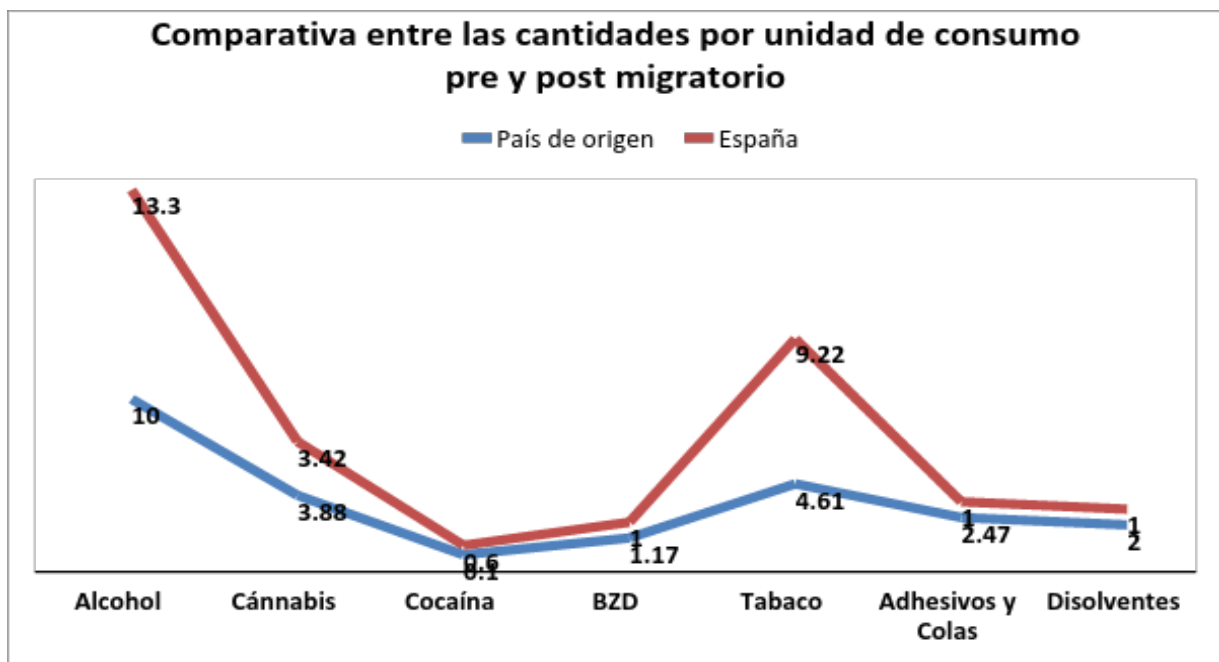
DISOLVENTES: La cantidad de litros de disolventes consumidos a diario pasa de los 2 litros a diario en país de origen, a 1 litro en el territorio Español.

---





Diferencia entre las cantidades de consumo pre y post migratorio.





---

## ANÁLISIS TOXICOLÓGICO DEL CABELLO

El análisis del cabello se ha realizado con técnicas de radioinmunoensayo (RIA) para cocaína, cannabis, anfetaminas, Éxtasis y BZD en colaboración con el “*Grup de Recerca Clínica en Farmacología Humana i Neurociencias. Programa de Recerca en Neuropsicofarmacologia IMIM-Hospital del Mar*”. Con este análisis se pretendía valorar el grado de concordancia de consumo real/auto-referido con los datos obtenidos en las entrevistas semiestructuradas; y profundizar en la identificación del uso de drogas en este colectivo.

Por motivos técnicos y de coste/eficacia no se han podido analizar las sustancias volátiles e inhalantes (se pretendía analizar adhesivos, colas, disolventes) debido a la gran variedad existente de estas sustancias en el mercado, lo cual hacía muy costoso poder estudiar todos los posibles agentes activos a través de esta técnica. Se hizo una revisión bibliográfica exhaustiva para conocer antecedentes de cómo hacer análisis toxicológico de estas sustancias “inhalantes”, extrayendo pocas conclusiones dada la escasa bibliografía existente al respecto (nula en el caso de que se estudie en muestra biológica de cabello). Sí se entendió que hay dos grandes grupos químicos que agruparían dichas sustancias (Hidrocarburos Aromáticos y Cetonas); y que están presentes en la mayor parte de los productos que se inhalan: pegamentos, barnices, tintes, aerosoles, quitamanchas, gasolina, pinturas... Pero el principal problema es que el grupo de “INHALANTES VOLÁTILES”, en el que se incluyen estas sustancias, es muy heterogéneo y son infinitos los productos comercializados que las contienen, con lo que no se podría llegar a establecer ni priorizar cuáles de ellos queremos analizar, en el caso de que pudiese llegar a hacerse a nivel técnico y coste/efectivo.

Se ha conseguido incluir al 59% de los menores para el estudio del cabello. Las limitaciones en cuanto al análisis completo del cabello de toda la muestra han sido por distintos factores, uno de ellos es que 23 menores se negaron a facilitar la muestra de cabello. Otro factor ha sido que había menores que tenían el pelo muy

---



---

corto (moda actual de corte de pelo en este colectivo), con lo que en 18 menores no hubo opción alguna de cortar cabello. De los 59 que si se pudo cortar cabello y aceptaron participar, en 7 casos no se ha podido hacer el análisis completo por muestra insuficiente,, teniendo que limitarse en número de sustancias a rastrear en función de la cantidad de cabello obtenida. Resumiendo, solo en el 52% de los casos se ha podido hacer el estudio completo toxicológico del cabello.

También cabe destacar que en todos los casos de muestra de cabello recogida, ésta ha sido muy limitada (por llevar todos el pelo muy corto), lo cual traduce resultados de consumo en el tiempo de máximo los dos últimos meses escasamente, ya que se pudo recoger una longitud promedio de apenas 2.88cm en todos los menores. Por ello no se pudo realizar una comparación de presencia de consumo proximal-distal en el cabello (más cerca del cuero cabelludo indica consumo más reciente, aproximadamente a centímetro por mes) al tratarse de tan poca longitud de cabello. Nuestra hipótesis inicial planteó poder comparar al menos en los últimos 3 meses, pero no ha sido posible y se nos indicó desestimarlos por motivos técnicos.

Otra limitación consecuencia de la escasa muestra ( en el grosor del mechón en algunos sujetos) ha sido el número total de sustancias que se podían rastrear en cabello, lo cual obligó a seleccionar entre aquellas de mayor consumo referido por los menores para conseguir el mejor rendimiento coste-beneficio de la técnica (desestimando rastrear mayor número de tóxicos, se eliminó por ejemplo heroína y otros derivados opiáceos por no contar con ningún caso referido durante la recogida de datos).

Finalmente se evaluaron los siguientes tóxicos: *Cannabis*, *anfetaminas*, *benzodicepinas*, *cocaína*, *éxtasis*. La limitación más grande encontrada ha sido claramente el no poder estudiar las sustancias volátiles (inhalantes, disolventes, adhesivos, colas...), por tratarse de estructuras químicas muy variadas; pero que hubiese sido de gran valor al tratarse de las sustancias más específicas en este grupo

---



---

comparando con los adolescentes autóctonos, y a su vez con mayor impacto en la salud física y mental de estos menores.

Los resultados del análisis realizado se presentan en tres opciones diferentes:

1. Presencia de droga (hay restos de sustancias pero sin considerar positivo en droga),
2. Positivo en droga (los valores de concentración demuestran consumo significativo)
3. No presencia de droga en muestra de cabello.

Se sospecha de un posible y mayor consumo de sustancias en los menores que declinaron la participación en el estudio del cabello (información facilitada por los referentes educativos de los centros de menores). Así mismo, tampoco se ha podido entrevistar a los menores que en el momento del reclutamiento en cada centro estaban fugados: Se persistió e insistió en reprogramar las entrevistas con los menores fugados si regresaban para que se pudieran completar todos los centros y hubiese una representatividad de todos los menores allí adscritos, para así intentar minimizar sesgos en menores con alta tasa de fuga, quienes probablemente presenten mayores alteraciones conductuales y riesgos de consumo. Se les proponía nueva cita si regresaban de las fugas. Para ello se mantuvo un estrecho vínculo con todos los equipos técnicos de los centros, quienes contactaban con el equipo investigador si regresaba algún menor tras un período de fuga, y cuando había nuevos ingresos en los centros, con lo que se pudo reclutar el total de la muestra (100 sujetos) de forma consecutiva y en el tiempo previsto.

Así pues, puede existir un sesgo, especialmente en cuanto al estudio toxicológico del cabello, y que la muestra final obtenida infraestime el consumo en el colectivo estudiado, ya que quizás los chicos que más drogas consuman han sido los que se han negado a realizar la prueba (muestra de cabello), o hayan presentado mayores

---



---

tasa de fuga y no hayan podido ser incluidos en el estudio.

Los valores de concentración utilizados para la valoración de muestra positiva en drogas (Cut-off) han sido los que aparecen en la siguiente tabla.

DROGA	CUT-OFF
AMFETAMINAS	1 ng/mg
CANNABIS	0,10 ng/mg
EXTASIS	0,50 ng/mg
COCAINA	0,50 ng/mg
BENZODIAZEPINAS	0,20 ng/mg

Los resultados obtenidos del análisis toxicológico de las sustancias analizadas objeto de estudio son los siguientes.

CANNABIS: Los resultados derivados del análisis hay 6 casos de sujetos positivos para cánnabis, 3 casos de presencia de droga; equivale a un 15.25% muestra con presencia y positiva. Se partía de consumos referidos por los propios menores de un 21%, luego quedaron fuera de la representación toxicológica en cabello un amplio margen.

ANFETAMINAS: El análisis de cabellos sobre restos de anfetaminas obtenemos 1 caso de presencia de droga en cabello (1.7%).

COCAINA: La prueba realizada en la detección de restos de cocaína en cabello detectamos 1 caso de restos de cocaína en cabello (1.7%).

BENZODIAZEPINAS: Al analizar los cabellos en detección de BZD obtenemos 10 sujetos positivos en droga, 3 casos de presencia de droga en cabello, lo cual equivale a un sorprendente 22% de los sujetos con presencia de sustancia

---



---

rastreada. Sólo un 9% de los menores refirieron consumo de BZD durante las entrevistas, luego en el caso de este tóxico es donde se ha encontrado la menor correlación entre autoreporte y prueba detección biológica. Si además recordamos que sólo estamos hablando de un 59% de los menores, se genera una duda razonable de qué presencia masiva pueda tener este tóxico en este colectivo (hay un 41% de menores sin rastrear biológicamente, y además se estima se trate de un subgrupo sesgado hacia el consumo).

EXTASIS: En las muestras de cabellos realizada la prueba de detección de restos de éxtasis obtenemos 4 casos de presencia de droga (6.8%). Otro dato elevado en relación a lo que refirieron (3% referido en la muestra total de menores sobre “otros estimulantes”).

En cuanto a policonsumo, en 9 sujetos se encontró al menos dos drogas presentes en muestra de cabello, lo cual equivale a un 15.25% de policonsumo detectado en los que han participado con muestra de cabello.

Uno de los datos más sorprendentes de los resultados del cabello ha sido encontrar tantos resultados positivos y restos de sustancia de BZD, que no concuerda con el consumo referido por los propios menores durante la entrevista. Se trata de una sustancia relativamente fácil de adquirir, a pesar de ser ilegal la vía por la que la adquieren, y muy económica, pero que por experiencia clínica sabemos que los menores minimizan sus consumos o infravaloran la gravedad de los mismos; quizás por ello no fueron referidas en la misma proporción en la que han sido detectadas en cabello.

También hay que destacar que los menores que se negaron a realizar el estudio del cabello fueron los últimos en el proceso de entrevista, posiblemente causado por efecto tergiversador en la transmisión de la información de unos a otros a lo largo del estudio, generándose un efecto disuasorio para ofrecer la muestra de cabello.

---



Igualmente se sospecha que muchos de los chicos que se negaron a participar en la muestra de cabello podían estar realizando algún tipo de consumo de droga en el momento del estudio (información contrastada a posteriori con los centros), Aun sabiendo que los resultados eran completamente anónimos y confidenciales mostraban su negativa a facilitar la muestra.

Resumen de los resultados del análisis toxicológico de la muestra de cabello.

	<b>Cánnabis</b>	<b>Anfetaminas</b>	<b>Cocaína</b>	<b>BZD</b>	<b>Éxtasis</b>
<b>Presencia de sustancia</b>	3%	1%	0%	3%	4%
<b>Muestra positiva</b>	6%	0%	1%	10%	0%
<b>No presencia</b>	70%	78%	78%	66%	75%
<b>Muestra no suficiente</b>	21%	21%	21%	21%	21%

Resumen de los valores de concentración hallados en las muestras de cabellos de los menores.

<b>Estadísticos descriptivos</b>				
	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>	<b>Varianza</b>
<b>ANFETAMINAS</b>	57	,1091	,15049	,023
<b>CÁNNABIS</b>	71	,0477	,16387	,027
<b>EXTASIS</b>	69	,0781	,12262	,015
<b>COCAÍNA</b>	60	,0923	,35444	,126
<b>BENZODIACEPINAS</b>	70	,1034	,15171	,023

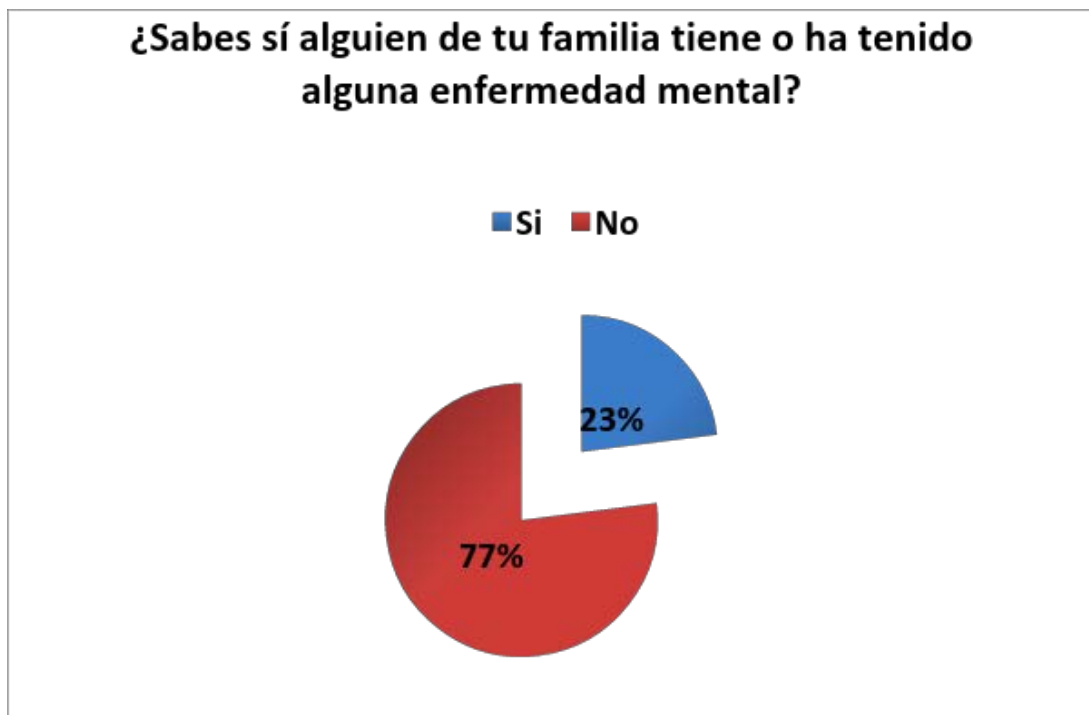


---

## C) DESCRIPCIÓN ESTUDIO PSICOPATOLOGIA

### ANTECEDENTES DE TRASTORNOS MENTALES EN LA FAMILIA

Existe un elevado número de menores que refieren antecedentes de enfermedad mental en la familia, mostrando una frecuencia superior a la esperada y que sorprendió al equipo investigador. Resulta sorprendente que el 23% de los menores reconozca o refiera, a su entender y desde la óptica de una menor en un país en el que hay escaso acceso a dispositivos de salud mental o toxicomanías, que algún miembro de la familia padece algún trastorno mental. Además sorprende dado el elevado grado de estigma aún existente a nivel socio-cultural en país de origen sobre la enfermedad mental. Por tanto, que un 23% de los chicos afirmen antecedentes familiares es un dato que resultó muy significativo en todos los sentidos, clínico y estadístico.







---

## ESTUDIO PSICOMÉTRICO Y DE CRIBADO DE PSICOPATOLOGÍA

Para el despistaje de los trastornos mentales y consumo de sustancias se utilizó tanto la información recogida en la entrevista clínica semi-estructurada; como toda aquella información sistematizada recogida a través de las escalas clínicas y de cribado que se pasaron. Algunos de los instrumentos se cumplimentan directamente con los propios menores; otras escalas de cribado son observacionales y las cumplimentan los educadores y tutores referentes de los centros de acogida.

Se incluyeron los siguientes instrumentos

- 1) MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI KID) para la evaluación de diagnóstico psiquiátrico en niños y adolescentes (D. Sheehan, D. Shytel y K. Milo, 1998). Con el menor.
- 2) Escala clínica revisada de Conners para la evaluación de TDAH (CRS-R) (C.K. Conners, 1989). Observador, tutores.
- 3) Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) para la evaluación de la personalidad y síndromes clínicos (Millon, 1993). Menor.
- 4) ChildBehaviorChecklist (CBCL) para despistaje patología psiquiátrica en la infancia-adolescencia (Achenbach 1991). Observadores, tutores.
- 5) The Child and Youth Resilience Measure (CYRM) – 28. Menor.

The Barcelona Immigration Stress Scale (BISS). Menor.

---



---

A lo largo del análisis de datos se han descartado algunas escalas ya que están incompletas o aún no han sido validadas para población adolescente al final del estudio. Las escalas que se han descartado para este análisis son la “The Child and Youth Resilience Measure” (CYRM) – 28 y la “The Barcelona Immigration Stress Scale” (BISS).

### **MINI: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI KID)**

En las entrevistas estructuradas para niños y adolescentes MINIKID se obtuvieron 13 resultados positivos para alguno de los trastornos (13 sujetos que dan positivo en los criterios diagnósticos del instrumento).

De estos positivos 6 menores puntúan positivo según criterios para “*Dependencia de sustancia no alcohol (últimos 12 meses)*” y 7 menores cumplen criterios para “*abuso de sustancia no alcohol (últimos 12 meses)*”. Podríamos concluir que el 13% de los adolescentes entrevistados cumplen criterios diagnósticos en dependencia y abuso a drogas (no alcohol) según la MINI-KID. Este porcentaje se acerca mucho al detectado en muestra de cabello, así como a los obtenidos en datos de consumo y policonsumo.

### **ESCALA CLÍNICA REVISADA DE CONNERS PARA LA EVALUACIÓN DE TDAH**

Se considera que el punto de corte que indicaría alta probabilidad de presencia del TDAH está por encima de una puntuación típica de 70 (PT) en todas las subescalas. Hay 28 sujetos “positivos” en cribado con Connors que puntúan por encima del valor PT 70 (punto de corte) en subescala Índice Global TDAH. Esto significa que el 28% de los MENA estudiados en esta muestra presentan valores por encima del valor medio esperado por edad y género en Índice Total de TDAH.

---



---

A la hora de desglosar las distintas dimensiones del TDAH que valora la escala observamos que las puntuaciones no difieren mucho.. En la dimensión Inatención se obtiene un valor medio de 9,88 en puntuación directa y PT 63 para toda la muestra. Cabe destacar el elevado valor medio en la sub-escala de la dimensión hiperactividad, con un 8, que se traduce en puntuaciones T superiores al Percentil 90, de hecho se sale de los valores posibles esperados para la población y género con el que se validó el instrumento en su momento. Es decir, el 100% de los chicos presentan valores positivos de cribado para hiperactividad, lo cual debe traducir no una patología en todos los casos, si no claramente unos patrones conductuales con mucha impulsividad e hiperactividad motriz en este colectivo. El valor medio de las puntuaciones obtenidas en la dimensión oposicionismo es de 9,2, que al pasar estos valores medios a puntuaciones T obtenemos valores que no superan el punto de corte de PT 70 , pero sí que están muy cerca y siguen siendo elevados Percentil 67.

De forma resumida podríamos decir que son valores que oscilan entre PT 65 y PT 70, siendo bastante elevados si tenemos en cuenta que el punto de corte donde los valores adquieren un nivel clínicamente y estadísticamente significativo es a partir de PT 70.

Según este instrumento de cribado, globalmente, los valores medios de los adolescentes entrevistados muestran un elevado nivel de oposicionismo, inatención e hiperactividad, llegando a ese 28% que sí puntúan positivo en Índice Global TDAH, aunque sobre todo a costa de la dimensión hiperactividad.

### **ChildBehaviorChecklist (CBCL)**

De la escala de cribado de la CBCL se ha prestado especial atención a aquellas subescalas que correlacionan bien con el TDHA, la impulsividad y los Trastornos de Conducta y Externalizantes (al ser los más esperados hipotéticamente). Se han plasmado en los resultados de la memoria aquellos referidos a la dimensión de

---



---

inatención y a la de conductas agresivas ya que han sido los que han presentado valores significativos en el cribado. Para las dos subescalas se asume el punto de corte de PT 65 ya que en la literatura se considera que el punto de corte que indica positivo en cribado es aquel por encima de los valores normales estándar a partir de una puntuación PT de 65 (1,5 Desviaciones Estándar, Media 50, Desviación 10).

En las puntuaciones de la subescala de inatención 21 sujetos puntúan por encima de PT 65, esto equivale a un 21% de la muestra. Datos que prácticamente coinciden con el 28% de positivos para Índice TDHA de la escala Conners.

En cuanto a la subescala de conducta agresiva 21 sujetos puntúan por encima del punto de corte. Estos 21 sujetos representan el 21% de la muestra aproximándose nuevamente a las puntuaciones obtenidas en la escala Conners y en la propia CBCL de inatención.

Curiosamente la subescala de Conductas Delictivas no ha salido positiva, pero creemos que eso se debe a un efecto “minimizador” y de “tolerancia-habitación” de los educadores de los centros ante las conductas disruptivas de estos menores, que por experiencia clínica se conoce que suelen ser frecuentes, y a las que los educadores responden con menor resonancia que si se tratase de las mismas conductas en adolescentes autóctonos que no están en situación de institucionalización y con el bagaje cultural previo que se les atribuye.

En cuanto a los demás valores de la escala de la CBCL no se han incluido en los resultados de la memoria ya que no representan las dimensiones objeto de estudio, además todas las otras subescalas no dan valores por encima de los puntos de corte.

---



---

## **INVENTARIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MACI) PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y SÍNDROMES CLÍNICOS**

Para el objetivo del estudio se ha focalizado en aquellas subescalas o rasgos de personalidad que están relacionados con el TDAH, la impulsividad y la inclinación al abuso de sustancias. Por este motivo se han seleccionado solo aquellas dimensiones que corresponden a esta sintomatología.. Para esta escala se asume el punto de corte a partir del valor PT 85 (el punto de corte es el valor a partir del cual se considera que la puntuación está por encima del valor normal esperado) y puede tener una traducción clínica significativa según la literatura existente.

En los valores de fluencia de las puntuaciones en la dimensión “*Inclinación al Abuso de Sustancia*”. Sorprendentemente ninguno de los menores puntúa por encima del valor del punto de corte usando este instrumento.

En cambio, en la dimensión de personalidad “*propensión a la impulsividad*” de esta subescala de personalidad un 40% de los menores puntúa por encima del punto de corte de PT 85. Este valor es muy significativo, e igual que en las anteriores escalas y subescalas, concuerda con los resultados observados de TDAH, inatención y conductas agresivas en CBCL. Además cabe recordar que este instrumento es auto reportado, es el propio menor el que responde el cuestionario.

Resumiendo en cuanto a instrumentos y psicometría, al equipo investigador no le sorprenden los resultados psicométricos obtenidos dentro de las hipótesis de partida del estudio, y confirma lo que clínicamente se ha observado en los años de experiencia con estos menores. Los resultados en esta muestra sugieren que hay una gran representación de los cuadros derivados de la impulsividad, con gran presencia de trastornos conductuales; que a su vez se sustentan también en la misma impulsividad.

---



---

Nuevamente, al igual que en la subescala de Conducta Delictiva de la CBCL, en la sub-escala de predisposición a la delincuencia de la MACI ninguno de los menores puntúa por encima del valor de corte de PT 85. Así pues tanto ellos mismos como los educadores refieren menores conductas de tipo disruptivo y delictivo, lo cual sorprende tratándose de un colectivo con mayor frecuencia de conductas delictivas referidas, registradas y con sentencia judicial que las observadas en la población coetánea autóctona.

Resumiendo, en el caso de la MACI el instrumento replica valores elevados en los apartados a estudio, impulsividad, pero en otros aporta poco valor indicativo de riesgo. Seguramente una de las causas es la escasa validez cultural del instrumento para este colectivo (no adaptado culturalmente, no versión "árabe", además de versión española adaptada en los años 80 y no actualizada) y que es el único de los test psicométricos que se pasa con el propio menor, no con los observadores como los otros instrumentos.

#### **D) CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, PSICOPATOLÓGICAS Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS (POSIBLES FACTORES DE RIESGO/PROTECTORES).**

En este apartado se presentan los datos y hallazgos más relevantes y con significación estadística de aquellas variables que han mostrado una asociación entre ellas y que pueden ayudar a definir y estudiar mejor el perfil de los menores a su llegada a los centros.

---



---

## REGIÓN DE PROCEDENCIA DE LOS MENORES Y RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

En el siguiente apartado se analiza la relación entre la región de procedencia del menor y el consumo de drogas pre migratorio en país de origen para aquellas sustancias de mayor consumo en este colectivo.

En la muestra estudiada se observa que existe una correlación entre la zona de procedencia de los menores en país de origen con haber presentado consumos previos a la migración. Los resultados obtenidos nos indican que la procedencia del menor se relaciona con la probabilidad de haber presentado consumo previo o no en país de origen. Los menores procedentes de las regiones urbanas afirman realizar mayor consumo que los procedentes de las regiones rurales del interior. La diferencia entre estos menores es estadísticamente significativa pre-migración (El valor estadístico que obtenemos sobre esta asociación a través de una tabla de contingencia es de  $p 0,034$ ).

El mismo hallazgo se repite cuando analizamos la región de origen y el consumo post-migratorio, ( $p 0,023$ ).

Así pues, sería un indicador de riesgo para potenciales consumos en este colectivo el proceder de zonas urbanas, principalmente Tánger. Mientras que ser originario de zonas rurales (lo cual se solapa en esta muestra con ser Amazigh), un posible factor protector ante consumos.

Los mismos hallazgos se replican cuando se desglosa por sustancias, manteniéndose la misma correlación.

---



---

## CÁNNABIS

- *Región de procedencia/ consumo de cannabis en los últimos seis meses:* Este valor nos determina que la región de procedencia y origen étnico son variables que nos indican una diferencia significativa en el consumo de cannabis de los últimos 6 meses ( $p < 0,006$ ).
- *Región de procedencia/ consumo de cannabis del último mes:* se obtiene un valor estadísticamente significativo ( $p < 0,013$ ).
- *Consumo de cannabis al menos una vez/ región de procedencia* ( $p < 0,012$ ). Ello indicaría que la procedencia u origen del menor (urbano vs rural) determina la posibilidad de haber probado cannabis o no.

## TABACO

- A la hora de preguntar a los adolescentes sobre si han consumido alguna vez tabaco y compararla con la región de procedencia, se obtiene un valor estadísticamente significativo ( $p < 0,014$ ). Esto nos indica que la procedencia u origen del menor (urbano vs rural) determina la posibilidad de haber probado o no tabaco alguna vez.
- Consumo de tabaco en los últimos seis meses y la región de procedencia.  $p < 0,015$ . Esto nos indica que la procedencia u origen del menor (urbano vs rural) influye en la posibilidad de haber consumido tabaco en los últimos seis meses.

## ADHESIVOS Y COLAS:

También obtenemos valores estadísticamente significativos a la hora de contemplar la variable procedencia en relación al haber consumido alguna vez adhesivos y colas ( $p < 0,026$ ). Esto nos indica que la procedencia u origen del

---





---

menor (urbano vs rural) influye en la posibilidad de haber consumido o no adhesivos y colas.

En el caso adhesivos y colas se ha comparado el consumo en país de origen y en el territorio español. Al preguntar sobre si han consumido alguna vez adhesivos y colas en el país de origen contrastándola con la región de procedencia obtenemos valores estadísticos significativos ( $p < 0,011$ ).

*Edad del primer consumo:* A partir de las diferencias observadas en los patrones de consumo y el variable origen de procedencia se ha contrastado si existen diferencias estadísticamente significativas entre los menores Amazigh y los menores procedentes de la ciudad de Tánger y la edad de inicio de consumo de las drogas (edad del primer consumo). La conclusión es que en la única droga objeto de estudio que sí existe una diferencia estadísticamente significativa sobre el primer consumo entre estos menores según su origen de procedencia son los adhesivos y colas (análisis de ANOVA de un factor, el valor es muy significativo  $p < 0,008$ ). En el resto de drogas la diferencia de edad en el primer consumo no es estadísticamente significativa. Así pues, la única droga en la que la edad de inicio del primer consumo es estadísticamente significativa es en los adhesivos y colas, cosa que no sorprende dada la sospecha que se tiene que la exposición a dichas sustancias se da muy específicamente en las ciudades, en el puerto de Tánger en contexto marginal pre-migratorio, pero no en las zonas rurales en una vida aparentemente normalizada.

## **ANTECEDENTES DE ABUSOS FÍSICOS**

Otra variable a estudio que se ha incluido en el análisis de correlaciones ha sido comprobar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los menores que reconocen haber sufrido abuso físico en la adolescencia y las cantidades diarias de consumo de cánnabis y disolventes. Esta correlación fue incluida a estudio ya que

---



---

clínicamente, y durante el trabajo de campo, se fue viendo la posible relación durante las entrevistas con los menores. Los resultados han sido significativos mostrando que la cantidad de consumo de cannabis y disolventes se correlaciona con haber sufrido algún tipo de abuso físico en adolescencia ( $p = 0,053$  cannabis y  $p = 0,032$  disolventes). Así pues, si se genera un subgrupo entre los menores que han sufrido abuso físico en adolescencia y los que no, se observan diferencias en las cantidades de consumo que son estadísticamente significativas entre los menores que han sufrido abusos físicos en adolescencia y los que no.

### **ANTECEDENTES DE CONSUMO EN PAÍS DE ORIGEN CON CONSUMO EN PAÍS DE ACOGIDA**

Si bien es esperable dentro de las toxicomanías que el hecho de presentar antecedentes de consumo previo sea factor de riesgo para consumo actual, siendo en todo caso una recaída clínicamente; se decidió estudiar a fondo esta relación ya que desde los centros se tiende a minimizar, o no contemplar los antecedentes previos de consumo de los menores en el país de origen; centrandose habitualmente el enfoque en el consumo actual como si de un hecho reactivo y aislado a la migración y adaptación al nuevo entorno se tratase.

En este punto se obtienen valores estadísticamente significativos al cruzar la variable si ha consumido alguna droga antes de venir a España y si ahora que está en territorio Español ha consumido alguna droga (pre migración y post migración). Se obtiene una correlación con alto valor significativo (*Chi-cuadrado de Pearson* es de  $p = 0,00$ ) Los menores que consumen en país de origen es altamente probable que lo hagan en territorio español y viceversa. Clínicamente no sorprende este hallazgo, pero socialmente, y desde un enfoque psicoeducativo, se tiende a atribuir los consumos al cuadro post migratorio, sin preguntar ni registrar la posible situación de consumos previos.

---



---

Así pues, creemos que es relevante intentar recoger esta variable sistemáticamente en los protocolos de acogida de los menores para poder tener un posible indicador de riesgo de consumos dado su alto valor predictivo.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS MENTALES O CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SUS CORRELATOS**

Esta variable fue uno de los puntos más sorprendentes en el estudio ya que ha resultado ser un potente indicador de riesgo de consumos en esta población, y de especial valor ya que nunca se pregunta a los menores por dichos antecedentes en su acogida en los centros. Los resultados obtenidos con una gran diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,014$ ) indican que los menores que afirman tener antecedentes de trastornos mentales en la familia son más propensos al consumo de drogas. En este punto cabe subrayar que el acceso y tratamiento de las enfermedades mentales y las toxicomanías en Marruecos es minoritario, tanto por el estigma aún asociado a dichas patologías, como por las carencias del sistema de salud en este campo. Así pues, muchos de estos antecedentes referidos por los menores no significa que estos familiares hayan llegado realmente a recibir un diagnóstico filiado del caso, y ni mucho menos un tratamiento; pero que socialmente y culturalmente se entiende que de una patología mental se trata.

Los menores identifican claramente los cuadros psiquiátricos cuando se les entrevista y se les aborda de forma cualitativa, siendo relativamente sencillo hacer una traducción al sistema científico del cuadro mental que describen y cuadrarlo con las patologías conocidas y filiadas en occidente. Destacar también que de las entrevistas con los menores se deduce, en los que refieren antecedentes psiquiátricos familiares, que estamos hablando de patología mayor del Eje I, fácilmente identificable, y no Eje II ni patología menor, que quedaría más desapercibida en el contexto socio-cultural, y claramente desatendida en el actual sistema de atención a la salud mental y las toxicomanías magrebí.

---



---

Es elevado el número de menores que refiere tener algún miembro de la familia que padezca alguna enfermedad de salud mental. Hay un 23% de los menores que responden de forma afirmativa ante esta cuestión.

Antecedentes trastornos mentales/ región de procedencia: Al realizar una comparativa en antecedentes de enfermedad mental en familia y procedencia de origen se observan unos valores de significación estadística chi-cuadrado de  $p < 0,005$ . Los menores procedentes de las regiones urbanas del norte tienen un número muy elevado de antecedentes de enfermedad mental en familia extensa en contraposición a los menores procedentes de las regiones rurales del sur e interior.

Observamos una relación importante entre los antecedentes de enfermedad mental en familia y el consumo de algunas drogas objeto de estudio. Los menores que afirman tener antecedentes de enfermedad mental en familia refieren haber consumido al menos una vez colas y adhesivos. No hay que obviar que esta droga en el país de origen también es muy estigmatizante. Los menores que responden haber consumido esta droga en país de origen tienen más probabilidad de tener antecedentes de enfermedad mental en familia ( $p < 0,051$ ).

También se ha analizado la relación que puede existir entre los menores que afirman tener antecedentes de enfermedad mental en la familia y los resultados de las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas psicométricas.

Como podemos ver en la siguiente tabla de comparación de medias de los resultados y antecedentes de enfermedad mental, obtenemos valores estadísticamente significativos en los siguientes ítems:

Puntuación T en TDAH de un valor de  $p < 0,037$ , *Índice de TDAH* en un valor  $p < 0,032$ , puntuación T en la subescala de la *CBCL conductas Delictivas* de  $p < 0,002$ , puntuación

---



T en subescala *CBCL Inatención* de una  $p$  0,002 y puntuación de subescala *MACI* en *inclinación al abuso de sustancias* de una  $p$  0,018.

Así pues los menores que afirman tener antecedentes de enfermedad mental en familia obtienen puntuaciones estadísticamente significativas superiores a los menores que afirman no tener antecedentes. Las diferencias de puntuación son estadísticamente significativas.

### ANTECEDENTES ENFERMEDAD MENTAL EN FAMILIA Y ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE CRIBADO

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>PT_INDICE_TDAH_</b>	Inter-grupos	277,233	1	277,233	4,468	,037
	Intra-grupos	6080,957	98	62,051		
	Total	6358,190	99			
<b>INDICE_TDAH</b>	Inter-grupos	167,962	1	167,962	4,725	,032
	Intra-grupos	3483,998	98	35,551		
	Total	3651,960	99			
<b>PT_CBCL_Conducta_Delictiva</b>	Inter-grupos	102,038	1	102,038	10,646	,002
	Intra-grupos	939,272	98	9,584		
	Total	1041,310	99			
<b>PT_CBCL_Inatencion</b>	Inter-grupos	102,038	1	102,038	10,646	,002
	Intra-grupos	939,272	98	9,584		



	Total	1041,310	99			
<b>MACI Inclinación _Abuso_ Sustancias</b>	Inter-grupos	1407,554	1	1407,554	5,835	,018
	Intra-grupos	19538,109	81	241,211		
	Total	20945,663	82			
<b>PT_CBCL_Inatencion</b>	Inter-grupos	102,038	1	102,038	10,646	,002
	Intra-grupos	939,272	98	9,584		
	Total	1041,310	99			

Cannabis y antecedentes familiares patología: Una de las drogas más consumidas en el territorio español descrita por los menores es el cánnabis. Para esta sustancia hemos intentado contrastar la cantidad de consumo diario entre los menores que tienen antecedentes de enfermedad mental y los que no. Los resultados obtenidos a través de la prueba estadística ANOVA de un solo factor es el de una  $p$  0,013 corroborando que existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Podemos concluir que referir antecedentes de enfermedad mental en la familia o no, es una variable que se relaciona con la cantidad de consumo medio de cánnabis diario.

Hemos explorado la variable tiempo en el puerto y antecedentes de enfermedad mental. Hemos considerado que es un indicador del grado de motivación por intentar salir del país a la vez que es un factor que puede influir en la situación de vulnerabilidad y exposición a tóxicos. El hecho de no tener referentes adultos que los supervisen, y a la vez estar en contacto con otros menores consumidores, puede ejercer un papel en la presión grupal y elevar el riesgo de consumo. Si correlacionamos los antecedentes familiares de enfermedad mental y los meses de estancia diaria en el puerto y alrededores se encuentran valores estadísticamente significativos ( $p$  0,033). Los menores que mencionan tener antecedentes de enfermedad mental en familia pasan más tiempo y realizan mayores intentos de cruzar



---

ilegalmente el estrecho que los menores que no afirman tener antecedentes de enfermedad mental en familia.

## **VARIABLES PSICOMÉTRICAS Y PSICOPATOLOGÍA**

Se ha hecho un barrido de los resultados de todas las escalas psicométricas e instrumentos de cribado psicopatológicos en busca de aquellas variables, escalas o subescalas, que puedan correlacionar y ser indicadores de mayor riesgo de consumo.

Hemos podido constatar que existe una relación entre la precocidad del consumo de drogas y el índice de TDAH. Las Correlaciones halladas con la Escala *Conners* de cribado para el TDAH; según los resultados obtenidos se establece que hay una relación entre la edad del primer consumo de las drogas más consumidas y la puntuación T para Índice Global TDAH de la escala de *Conners*. Algunos de los resultados de estas correlaciones son excepcionalmente significativos alcanzando valores de 1.

Otra dimensión que se decidió explorar es la relación entre los abusos físicos en adolescencia y las puntuaciones obtenidas en las distintas sub-escalas de la *Conners*. Partiendo de los jóvenes que afirman haber sufrido abuso físico en adolescencia y los que no, comparamos las puntuaciones obtenidas en las subescalas para TDAH *Conners*. Los resultados obtenidos son muy claros, obtenemos valores significativos en las tres dimensiones de la escala en relación a los adolescentes que han sufrido o no abuso físico.

---



---

### ANOVA de Antecedentes de Abuso físico en Adolescencia y subescalas de test de cribado Conners

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>OPOSICIONISMO</b>	Inter-grupos	39,296	1	39,296	4,157	,044
	Intra-grupos	916,886	97	9,452		
	Total	956,182	98			
<b>INATENCIÓN</b>	Inter-grupos	72,006	1	72,006	7,022	,009
	Intra-grupos	994,721	97	10,255		
	Total	1066,727	98			
<b>HIPERACTIVIDAD</b>	Inter-grupos	26,847	1	26,847	4,043	,047
	Intra-grupos	644,143	97	6,641		
	Total	670,990	98			

De este modo observamos que los menores que afirman haber sufrido abuso físico en la adolescencia obtienen puntuaciones más altas y estadísticamente significativas que los menores que refieren no haber sufrido abusos en las distintas subescalas de la Conners para el TDAH.

- Correlación con los resultados obtenidos en la CBCL:

Se ha estudiado la variable procedencia de origen con los valores obtenidos en la escala CBCL para observar si existe una diferencia estadísticamente significativa en los resultados. En las subescalas seleccionadas del test de CBCL que presentan

---





mayor correlato clínico con el TDAH y Trastornos de Conducta ( Trastornos Externalizantes) se observa que en la puntuación T de inatención, conducta delictiva y conducta agresiva existen diferencias estadísticamente significativas según región de procedencia. Los menores procedentes de las regiones rurales obtienen puntuaciones inferiores y estadísticamente significativas respecto a los menores que proceden de regiones urbanas.

A continuación observamos los valores p de significación en las distintas subsescalas de la CBCL y su grado de significación comparando menores procedentes de las zonas rurales y menores procedentes de las zonas urbanas.

<b>ANOVA</b>						
		<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>PT_CBCL_Inatención</b>	Inter-grupos	53,626	1	53,626	5,321	,023
	Intra-grupos	987,684	98	10,078		
	Total	1041,310	99			
<b>PT_CBCL_Conducta_Delectiva</b>	Inter-grupos	53,626	1	53,626	5,321	,023
	Intra-grupos	987,684	98	10,078		
	Total	1041,310	99			
<b>PT_CBCL_Conducta_Agresiva</b>	Inter-grupos	232,186	1	232,186	4,136	,045
	Intra-grupos	5501,204	98	56,135		
	Total	5733,390	99			



Podemos concluir que la variable región de procedencia se relaciona con los valores obtenidos en las subescalas anteriormente mencionadas en la CBCL.

También hemos comparado las puntuaciones obtenidas en las subescalas anteriormente mencionadas de la CBCL y el consumo pre-migratorio. Obtenemos un valor estadísticamente significativo en los valores medios de puntaje en la CBCL en conducta agresiva. Los menores que mencionan haber consumido drogas en país de origen obtienen puntuaciones estadísticamente significativas superiores a los que refieren no haber consumido drogas en país de origen.

#### Grupo ha probado drogas y PT CBCL en Conducta Agresiva

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
PT_CBCL_Conducta_Agresiva	Inter-grupos	316,862	1	316,8	5,733	,019
	Intra-grupos	5416,528	98	55,2		
	Total	5733,390	99			



---

## 5) RESUMEN Y CONCLUSIONES

### “Perfil de los menores”:

El grupo de menores es bastante homogéneo en muchos aspectos de tipo sociodemográfico y cultural. Se trata de un grupo en plena adolescencia, con una edad media de **16.3 años**. En el momento del estudio los menores llevaban una media de 9.6 meses en territorio español.

Sus regiones de procedencia se polarizan claramente hacia el grupo mayoritario de los “Tangerinos”, urbanos, proceden de familias nucleares, con escasos recursos económicos y de tradición cultural y lingüística árabe. Los “Amazigh”, con lengua propia berebere y procedentes de zonas rurales, familias extensas con ingresos económicos más estables pero precarios.

En general se trata de menores procedentes de **familias numerosas**, muy extensas y muy por encima de la media nacional en Marruecos, la gran mayoría con **escasos recursos económicos** y sin ingresos formales.

Todos los menores han realizado una **migración ilegal** a territorio español, siendo claramente el método esconderse en los bajos de camiones o autobuses que cubren la ruta “puerto Tánger/puerto Algeciras” el más prevalente con un 88%. La mayoría de los chicos han pasado largo tiempo en las cercanías del **puerto** hasta conseguir pasar el estrecho, siendo una media de 16.7 meses los transcurridos hasta conseguir su objetivo. Con ello, muchos de estos menores se convierten en “niños de la calle” durante el tiempo que esperan para cruzar ya que no cuentan con red social ni familiar de apoyo en Tánger.

---



---

Durante los meses que pasan en el puerto se exponen y se relacionan con otros menores con importantes consumos y dependencias a **drogas** (especialmente inhalantes, cannabis y benzodiacepinas), representando un acceso y exposición a las mismas intenso y diario.

En el colectivo MENA hay más de un 80% de **abandono y fracaso escolar** previo a la migración. La mayoría de los menores no completaron la educación primaria, siendo las tasas de abandono escolar elevadísimas ya en primaria, y superan con creces las propias de sus coetáneos en país de origen. Además, la mayoría refieren un bajo nivel académico, inferior al esperable por los cursos supuestamente completados, ya que aun que estaban escolarizados, refieren un elevado absentismo escolar hasta el definitivo abandono escolar. Así pues la mayoría de los menores tienen grandes carencias educativas con escasas competencias básicas adquiridas, siendo prácticamente analfabetos en árabe, lengua curricular oficial en Marruecos.

El **proyecto migratorio** ha sido escasamente planificado. El 55% de los chicos refirieron que sus familias desconocían sus planes migratorios y las prácticas en el puerto con intención de cruzar. El fenómeno de mimetización con el grupo está muy presente en el acto de pasar el tiempo en el puerto, no siempre con la intencionalidad de cruzar ilegalmente, pero sí expuestos a dicha conducta y a los consumos de sustancias.

La mayoría de los chicos presentan una **escasa competencia lingüística** en el país de acogida. La adquisición de una competencia lingüística facilita la comunicación con otros iguales autóctonos, capacita para poder acceder a cursos formativos, educación, recursos de salud y sociales, en resumen: acceder a recursos y socializar en el nuevo contexto cultural → “integrarse”.

---



---

### “Las Drogas y los MENA”

El 56% de los menores referían consumos regulares previos a la migración ya en el país de origen. Este consumo disminuye un 18% tras migración, aunque a nivel estadístico no es significativa esta disminución en frecuencia y presentación de consumos.

En el país de origen las sustancias más consumidas al menos una vez en la vida son el **Tabaco** (41%), el **Cannabis** (24%) y las sustancias **Inhalantes** (26%). Tras la migración se aprecia un cambio en el patrón de las sustancias consumidas en el último mes, cayendo claramente el consumo de Inhalantes (7%), ligeramente el de Cannabis (21%) y aumentando el de tabaco (49%). Se observa que las dos sustancias más consumidas en ambos territorios coinciden, pero no en frecuencia y cantidad de consumo.

La principal diferencia en el patrón de consumo se encuentra en las sustancias de tercer nivel. La caída más relevante es la de inhalantes, pero por el contrario aparece el consumo de **alcohol** en territorio español que pasa a ser la tercera sustancia más consumida. Se estima que este cambio de patrón se debe sobre todo a temas de acceso y disponibilidad del alcohol, distinta en país de origen y acogida, y a la falta del componente protector que representa el estigma social y cultural que tiene el alcohol en países musulmanes.

Si se recogen datos de los consumos reportados en los últimos seis meses, independientemente de si son pre-post migratorios, el **53%** de los menores refieren **consumo** habitual de al menos una sustancia, y un **29.3%** refieren **policonsumo** habitual. Existen grandes diferencias en consumo de sustancias entre los dos grupos étnicos (*Árabes/Amazigh*) con mayor consumo en todos los sentidos, frecuencias y cantidades, por parte de los chicos de origen urbano/árabe ( mayoría

---



---

Tangerinos). Un ejemplo en el 37.9% de los Tangerinos que refieren policonsumo versus el 9.4% de los amazigh.

En cuanto a la **edad de primer consumo**, se observan edades muy tempranas para las sustancias Inhalantes (13.8 años de media), que son las primeras en consumirse; y las más tardías para el alcohol y la cocaína (14.9 años y 15.7 años). En este aspecto sí existe una gran diferencia entre patrones según país de procedencia, ya que la droga más precozmente consumida son las sustancias Inhalantes en los chicos MENA, prácticamente inexistente en los adolescentes nacidos en España.

**Cambios en el patrón de consumo** pre-post migración: existe un leve descenso global del consumo de sustancias reportado por los menores tras la migración. Pero sin duda el patrón que más cambia, y de mayor relevancia en cuanto al abordaje biopsicosocial del mismo, es el de las *sustancias Inhaladas* (colas, adhesivos, disolventes...). Para este subgrupo de sustancias disminuye de forma muy significativa la frecuencia de consumo (de 6.33 veces por semana a 2.5), así como la cantidad total consumida en los episodios de abuso (de 2.47 “botes” diarios a 1 de colas, de 2 litros a 1 de disolventes).

Creemos que el descenso en el consumo de inhalantes se debe, sobre todo, al cambio en su estatus previo de “marginalización” en país de origen, mientras eran chicos “de la calle” esperando a la migración. Pre migración existe en muchas ocasiones una situación sociofamiliar desestructurada, una escasa supervisión por parte de los adultos referentes en aquellos MEN que sí son de Tanger, y que junto a la “cultura del consumo” en contexto de presión grupal, socialización y pertenencia al grupo de iguales durante ese período, hacen más presente el consumo de dichos tóxicos en los meses de espera en el puerto.

En España son sustancias escasamente consumidas por los adolescentes y que

---



---

generan mucha alarma y rechazo social, con lo que quizás ello hace de factor de contención a la hora de su consumo en la calle o espacios públicos, limitando las ocasiones en las que los MENA pueden consumirlas. Además, la contención y supervisión, marcación de límites, horarios estructurados y acogida en todos los aspectos biopsicosociales que hacen en los centros de acogida hacen que disminuya la “marginalidad”, obviamente, y con ello los consumos.

En cuanto al alcohol, la cantidad de alcohol ingerida aumenta (de 10 UBE a 13 UBE post-migración), aunque la frecuencia semanal de consumo es menor.

El cannabis (Hachís) es el tóxico que menos modifica su patrón de consumo (3.88 unidades de cigarro diarias a 3.42).

Y finalmente, el tóxico que más aumenta su patrón de consumo, sobretodo en cantidad, es el tabaco, pasando de 4.61 cigarrillos/día de media a 9.22.

En cuanto a los resultados del **estudio toxicológico del cabello** los datos resumidos aportan que un 15.25% dieron positivo a Cannabis, un 22% a Benzodiazepinas, un 6.8% a Éxtasis, un 1.7% a Anfetaminas, un 1.4% a Cocaína. Además, en un 15% de los sujetos hubo policonsumo positivo al menos a 2 tóxicos.

Con estos datos, si tenemos en cuenta los datos de frecuencia y cantidad de consumo obtenidos con la información referida por los propios menores, se observa que hay un desfase entre lo referido y lo consumido. Lo más destacable, por no ser nada minoritario el consumo, es el de las Benzodiazepinas. El único tóxico que no se infra-reporta por los menores es el de cannabis. A destacar la gran limitación que implica el que no todos los chicos quisieron participar en esta parte del estudio dando muestra de cabello; y que no se cuenta con ninguna información de los que no participaron por estar fugados o por negarse. De este último subgrupo se tiene la firme hipótesis de que presentan mayores consumos que el grupo que sí

---



---

participó en el proyecto.

Resumiendo el estado del consumo de sustancias en el grupo MENA, se podría sintetizar en que tanto los consumos pre como post migratorios son relevantes en frecuencia y cantidad, que el patrón varía escasamente y sobre todo a costa de las sustancias inhalantes, y que se debe considerar siempre su historia toxicológica previa y presente en todo proceso de acogida y de determinantes de salud

### “La Psicopatología”

El primer punto a destacar en el apartado de psicopatología ha sido el hallazgo no esperado de una relevante historia de antecedentes familiares de salud mental que han referido los propios menores.

Un 23% de los chicos refirieron antecedentes de patología psiquiátrica o toxicomanías en familiares de primer grado.

Los datos obtenidos vía instrumentos de cribado y psicométricos del proyecto arrojan un nivel elevado de “**impulsividad**” en estos menores, así como confirmar algunos de los diagnósticos de trastorno por uso de sustancias. Todo ello congruente con las hipótesis del proyecto.

En cuanto a la **MINI KID** (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes) se obtuvieron 13 diagnósticos positivos, siendo 6 para “Dependencia de Sustancia No Alcohol” y 7 para “Abuso de Sustancia No Alcohol”. Datos que concuerdan con los obtenidos a nivel de prevalencia de consumos, policonsumos, son congruentes y en cierta manera esperables.

Con la “*Escala Clínica Revisada de Conners para evaluación del TDHA*” los datos son congruentes con el perfil esperable, pero aún mayores puntuaciones de las esperadas en todas las subescalas del instrumento de cribado. En todas las

---





---

subescalas las puntuaciones medias traducidas a valores percentilares son superiores al Pc 65 (punto de corte de la escala que indica elevada sospecha), es decir, todas positivas. La más destacada ha sido la subescala de **“Hiperactividad/Impulsividad”** con una puntuación media que se traduce en un Pc > 90. El 100% de los sujetos presentan valores de cribado positivos para hiperactividad, lo cual puede reflejar unos patrones de conducta con mucha impulsividad e hiperactividad motriz en este colectivo, al menos a ojos de los referentes de los centros que son los que rellenan estos instrumentos como observadores (escalas baremadas por edad y género, pero no adaptada culturalmente).

En la **CBCL** (*Child Behavior Checklist*) un 21% de los sujetos puntúan por encima del punto de corte en la subescala **“Inatención”**, y exactamente el mismo porcentaje en la de **“Conducta Agresiva”**. Valores elevados en ambos casos para un cribado en población no clínica.

Mismo patrón se va replicando en otras escalas como el **MACI** (*Inventario Clínico para Adolescentes de Millon para la evaluación de la personalidad y síndromes clínicos*). En instrumento además se asume un punto de corte más restrictivo (punto de corte es el valor a partir del cual se considera que la puntuación está por encima del valor normal esperado). En la MACI el punto de corte es de Pc 85, considerándose el que puede tener una traducción clínica significativa según la literatura existente.

En este instrumento, un 40% de los menores puntúa por encima del punto de corte para la dimensión de personalidad **“Propensión a la Impulsividad”**. Este valor es muy significativo, aún más clínicamente si se tiene en cuenta que éste es el único instrumento de cribado que es autoreportado por los propios menores, no es heteroadministrado como los anteriores.

Resumiendo en cuanto a instrumentos de cribado, psicometría y posible

---



---

psicopatología, los resultados obtenidos sugieren que hay una gran representación de los cuadros relacionados con la impulsividad, con gran presencia de alteraciones conductuales. La “Impulsividad” es pues un elemento clave a nivel psicopatológico en este grupo de menores, sea desde un enfoque “Temperamental”, como “Psiquiátrico” en relación a posibles diagnósticos de las patologías más prevalentes infanto-juveniles que incluyen la impulsividad dentro de su cuadro (TDAH, Trastornos de Conducta, Trastorno por Uso de Sustancias).

“Las relaciones encontradas, posibles factores riesgo/protectores”

Uno de los factores más relevantes que se han encontrado es la relación existente entre el **lugar de procedencia** del menor dentro del país de origen con el uso de sustancias y la psicopatología. A nivel clínico esta relación ya se intuía, pero con el estudio se constata.

Los resultados obtenidos indican que la procedencia del menor se relaciona con la probabilidad de haber presentado consumos previos en país de origen, siendo mayor para aquellos menores que proceden de zonas urbanas, principalmente Tánger. Ser originario de zonas rurales, lo cual se solapa en esta muestra con ser “Amazigh”, sería un factor protector ante consumos. Los mismos hallazgos se replican si desglosamos por sustancias.

En cuanto a la edad de primer consumo respecto a ambos grupos, no se dan diferencias estadísticamente significativas a excepción muy relevante de los inhalantes. Los menores de zonas urbanas realizan un primer consumo muy precoz de adhesivos y colas, y la hipótesis que se tiene es que la exposición a dichas sustancias se da muy específicamente en las ciudades, en el puerto de Tánger en contexto marginal pre-migratorio, pero no en las zonas rurales.

En cuanto a antecedentes de abusos físicos durante la adolescencia, se ha

---



---

encontrado una correlación con la cantidad de consumo de cannabis y inhalantes.

**Antecedentes de consumo en país de origen** con consumo en país de acogida: se encuentra una correlación con alto valor significativo donde los menores que refirieron consumos en país de origen es altamente probable que lo hagan en país de acogida, y viceversa. Clínicamente no es sorprendente este hallazgo, pero socialmente, y desde un enfoque psicoeducativo, se tiende a atribuir los consumos al cuadro post-migratorio, sin valorar en su debido grado los consumos previos antes de la migración. Creemos que este dato es muy importante recogerlo sistemáticamente en los protocolos de acogida de los menores en los centros ya que tiene un alto valor predictivo y es un indicador de riesgo de potencial consumo.

En cuanto a los **antecedentes familiares de trastornos mentales y abuso de sustancias**, ha sido uno de los hallazgos más sorprendentes y relevantes del estudio. Ha resultado ser un potente indicador de riesgo de consumos en esta población, y creemos de especial valor ya que no se suele preguntar a los menores por dichos antecedentes en los protocolos de acogida a los centros.

Aquellos menores que afirman tener antecedentes de trastornos mentales en la familia son más propensos al consumo de drogas pre y post-migratorio. Hasta un 23% de los menores reportaron tener algún miembro de la familia con alguna enfermedad mental, siendo más significativo en los menores procedentes de zonas urbanas del norte.

Si desglosamos por drogas consumidas, el 100% de los menores que afirmaron tener antecedentes familiares de enfermedad mental habían consumido al menos una vez adhesivos y colas, y viceversa, los menores que responder haber consumido inhalantes en país de origen tienen alta probabilidad de tener antecedentes de enfermedad mental en la familia.

Si se analiza la relación de los antecedentes familiares con los resultados de

---



---

cribado de psicopatología, se observa que los menores que sí tienen antecedentes familiares obtienen puntuaciones superiores y estadísticamente significativas en todos los instrumentos de cribado utilizados (*Índice TDHA, CBCL Conductas Delictivas e Inatención, MACI inclinación al abuso de sustancias*) que los que no refirieron antecedentes familiares.

También existe una relación entre los antecedentes familiares y con la situación marginal pre-migratoria, donde los menores que refieren antecedentes pasan más tiempo y realizan más intentos de cruzar el estrecho ilegalmente que los que no presentan antecedentes. Se podría decir que son menos “eficientes” en su proyecto migratorio, y que indirectamente están más expuestos a tóxicos por permanecer mayor tiempo en el puerto de Tánger.

#### Relaciones de **cribado psicométrico, psicopatología y consumo de sustancias.**

En la Escala Conners para el TDHA se han encontrado correlaciones, algunas de ellas excepcionalmente significativas. Empezando por la edad del primer consumo de las drogas más consumidas y las puntuaciones T del Índice Global para el TDAH.

En la misma escala se encuentra otro dato significativo en relación a los menores que refirieron abusos físicos durante la adolescencia y puntuaciones superiores en todas la dimensiones que miden las subescalas Conners.

En la escala CBCL la correlación más significativa ha sido la existente entre los menores que tienen antecedentes de consumo en país de origen obtienen puntuaciones superiores y significativas en Conducta Agresiva . A nivel global, los menores de origen Amazigh/rural obtienen puntuaciones menores en todas las subescalas de este instrumento si los comparamos con el grupo urbano.

---



---

## 6) LIMITACIONES

Muchas de las limitaciones ya han sido mencionadas a lo largo de la presente memoria. En este apartado resumiremos aquellas que son más relevantes y específicas de este proyecto.

La primera limitación que se encontró fue el tener que reducir el tamaño de la muestra por motivos económicos, con lo que se concretó llevar a cabo la inclusión de 100 menores, a diferencia de lo que inicialmente se diseñó con la inclusión de 500 menores. Aun así, pensamos que la muestra es muy homogénea en muchos aspectos, con lo que sí es muy representativa del colectivo MENA en Barcelona a nivel descriptivo. Pero en contexto analítico inferencial sí limita la representatividad de algunos resultados el contar con 100 sujetos.

Otra de las limitaciones relacionadas con la muestra, y que afecta a la globalidad de los resultados y posible aplicabilidad de los mismos, es el posible sesgo por la ausencia de aquellos menores que se encontraban en situación de fuga del centro y que no han podido participar en el estudio. No se ha podido acceder a los datos de la tasa media habitual de fugas en los centros, pero se estima por la experiencia clínica que es de aproximadamente un 10% con variabilidad entre centros. Se considera situación de fuga a partir de las 24 horas del menor fuera del centro sin autorización, y hasta un período de un mes. Habitualmente pasados entre diez días y un mes se da de baja el expediente del menor en el centro y ya no consta como fugado administrativamente.

Aunque se siguió un protocolo de reclutamiento constante a lo largo de la fase de trabajo de campo, que permitía incorporar a aquellos menores que regresaban a los centros una vez concluido el reclutamiento en dicho centro, nos consta que quedaron fuera del estudio algunos de los menores que no regresaron nunca o que presentaron elevada movilidad con entradas y salidas del centro (fugas cortas

---



---

pero constantes). Creemos que en este subgrupo de menores que realizan fugas habituales, o que marcharon a otros países o ciudades y nunca regresaron, habría una mayor representación de menores con perfil impulsivo y con mayor consumo de sustancias.

Otra limitación está relacionada con el estudio toxicológico del cabello. A lo largo del estudio surgieron factores que no estaban previstos en su diseño inicial. El factor más determinante fue la estética del colectivo MENA en Barcelona en el período de la recogida de la muestra, persiste en la actualidad dicha moda. La estética grupal en esos momentos marcó un estilo de corte de pelo muy corto ("rapado"), a excepción de unos escasos centímetros en zona central del cráneo ("cresta"). Las muestras de cabello obtenidas fueron insuficientes en muchos casos ya que es muy difícil cortar un mechón grueso cuando se lleva tan corto, y mucho menos poder tener unos centímetros de largo que permitan estudiar en el tiempo, con lo que se tuvieron que ignorar para el estudio. Además de los que no quisieron participar de esta parte del mismo.

En el diseño metodológico del estudio se consideró el cabello el sustrato biológico más accesible y sencillo de obtener en contexto extra-hospitalario, que no representa una técnica invasiva para su obtención, y con un rendimiento potencial muy alto para detectar sustancias consumidas en un período largo de tiempo. En resumen, el contar con una representatividad de únicamente el 52% de los menores que han participado del cabello ha limitado mucho la aplicabilidad de sus resultados y la representatividad de los mismos. Aun así, los datos obtenidos son muy significativos en cuanto a la presencia de algunas sustancias consumidas y creemos que clínicamente corrobora con lo que se sospechaba, aun que no se haya podido hacer un estudio de concordancia con lo que refieren los menores.

Finalmente queremos destacar otra de las limitaciones con la que se contaba ya en el diseño del estudio, que es la validez cultural y para población adolescente de

---



---

algunos de los instrumentos de cribado utilizados, y que al final no se ha podido resolver y ha obligado a retirar alguno de ellos en la fase de análisis. Con ello no hemos podido contar con los datos que de ellas se esperaba. Los dos instrumentos que no se han podido analizar por este motivo tienen relación ambos con medir, estimar, variables relacionadas con el estrés aculturativo y la discriminación percibida, con lo que no se ha podido profundizar como se deseaba en el estudio de estos factores en este colectivo.

## **7) APLICABILIDAD DEL ESTUDIO**

Creemos que los resultados obtenidos se ajustan mucho a las hipótesis planteadas, y dan relevancia y ponen de manifiesto el problema grave del consumo de tóxicos y la psicopatología en este colectivo. Por ello se planteó ya en el diseño inicial del estudio la posibilidad de protocolizar una revisión sistemática sencilla, que se pudiese llevar a cabo en los propios centros por los profesionales del equipo técnico y los educadores, y que sirviese como estrategia preventiva para identificar menores en situación de riesgo para consumo de sustancias y/o presencia de psicopatología.

Creemos que un cribado sistematizado, que podría llevarse a cabo de forma habitual en el protocolo de acogida de los centros cuando llegan los chicos, permitiría hacer un estudio más ajustado del perfil psicológico del menor. Ello permitiría poder planificar mejor las intervenciones psicoeducativas con ellos, prevenir e identificar la aparición de consumos o psicopatología, así como no dilatar la búsqueda de ayuda profesional y tratamiento en los casos en los que ya estén presentes.

Se ha diseñado un breve protocolo para valoración del riesgo de consumo de drogas y presencia de psicopatología basado en los resultados de este estudio. Se pretende en el futuro validar el cuestionario, diseñado para el protocolo, con la

---



---

población MENA y siguiendo la metodología pertinente. Pero por el momento se diseña el protocolo, que incluye un cuestionario *ad hoc* y los instrumentos de cribado que creemos son más rentables a nivel psicométrico.

***“PROTOCOLO DE ACOGIDA M.E.N.A PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO DE DROGAS Y PSICOPATOLOGÍA” (P.A.M.D.P)***

El mini-protocolo a administrar a cada menor que ingresa en un centro de acogida constaría de un Cuestionario de 5 preguntas, más dos Test Psicométricos de cribado de la psicopatología más frecuente en la infancia y adolescencia y de mayor representatividad en este colectivo (Conners para descartar TDAH y CBCL para cribado general).

Creemos que muchos de los otros datos relevantes a nivel socioeconómico, familiares y educativos ya se recogen de forma habitual en los centros de menores, sobre todo aquellos relacionados con la situación familiar, la escolarización previa, la red de apoyo en país de acogida, etc.

El tiempo total estimado que conllevaría para los referentes del centro realizar dicho protocolo sería de 5 minutos para el cuestionario, que se tiene que rellenar con la información directa que se le pregunta a los menores; más 15 minutos que dedicaría el tutor referente para rellenar los cuestionarios psicométricos como observador del menor.

Así pues, el tiempo total estimado es de unos 20 minutos para el referente (tutor/equipo técnico) del centro de menores. Creemos que se trata de un tiempo asumible para los centros, y que puede aportar mucha información predictiva que puede ser útil y guiar en las pautas e intervenciones a realizar de cara al proceso de acogida del menor en el centro y en el país de acogida.

La parte correspondiente a la pasación de las pruebas psicométricas requeriría de

---





---

un tiempo de espera de al menos 15 días desde que el menor entra en el centro, para no sesgar resultados por el proceso inicial adaptativo al propio centro; y que se cuente con el suficiente tiempo para que el referente que vaya a rellenar los cuestionarios pueda tener un mayor grado de conocimiento del menor. Este tiempo también suele coincidir con el que se requiere por parte de los equipos técnicos para hacer los informes de propuesta de centro residencial que se remiten a la administración pertinente, con lo que se podría incorporar el protocolo en el propio proceso que se lleva a cabo regularmente en los centros para realizar dichos informes propuesta.

---



---

## PROTOCOLO (P.A.M.D.P)

### 1)- CUESTIONARIO

1)- Zona de procedencia/grupo étnico:

1. Amazigh/rural
2. Darija/urbano

2)- Antecedentes abusos físicos en infancia-adolescencia: *¿Sentías que tus padres te castigaban físicamente de forma injustificada o que te pegaban más que al resto de tus hermanos sin un motivo aparente?*

1. Si
2. No

3)- Antecedentes familiares de Enfermedad Mental: *¿Sabes si alguien de tu familia ha tenido o tiene alguna enfermedad mental?*

1. Si
2. No

4)- Antecedentes familiares de Consumo de Sustancias: *¿Sabes si alguien de tu familia ha tenido o tiene algún problema con el alcohol o con drogas ilegales?*

1. Si
2. No

5)- Antecedentes de consumo de sustancias previo a la migración: *¿has consumido alguna vez alguna de estas sustancias en tu país?*

1. Cannabis----- si/no
  2. Inhalantes----- si/no
  3. Benzodicepinas ----si/no
  4. Alcohol -----si/no
  5. Otras drogas -----si/no
-



---

## 2)- PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

Cribado psicométrico sistematizado con los referentes educativos de los centros de acogida (participación psicólogos equipos técnicos).

- ✓ CONNERS (*Escala clínica revisada de Connors para la evaluación de TDAH*)
- ✓ CBCL (*Child Behavior Check List*)

Los resultados científicos obtenidos de este proyecto de investigación van a ser presentados en distintos foros, tanto académicos y científicos, como administrativos e institucionales.

- A nivel científico fueron presentados los resultados preliminares en una ponencia del “III Congreso Internacional de Patología Dual” que tuvo lugar en Octubre del 2013 en Barcelona.
- También se presentaron resultados preliminares en formato poster en el 15 congreso de la “*European Society for Child and Adolescents Psychiatry*” (ESCAP) que tuvo lugar en Julio del 2013.
- Los resultados científicos definitivos se presentaran en el



- A nivel institucional se han programado reuniones con todos los centros de acogida que participaron en el estudio, donde se hará una presentación formal de los resultados a los equipos técnicos y la dirección de los mismos. De dichas reuniones se espera poder hacer un trabajo conjunto con los centros, y una reflexión, que permita ahondar en los temas de salud mental y
-



---

adicciones en los protocolos de acogida estandarizados que habitualmente se llevan a cabo, dando un papel relevante y sistematizado a la salud mental y los consumos de sustancias en este colectivo.

- También se ha programado una presentación formal en la sede del “*Consorti de Serveis Socials de Barcelona*” para que conozcan los resultados obtenidos y las propuestas que de ellos se derivan, siendo deseable un apoyo institucional que permita instaurar algunos de los cambios en los protocolos de acogida. También se pretende sensibilizar a nivel institucional sobre la problemática de este colectivo en relación con las drogas y la salud mental.



---

## 8) BIBLIOGRAFIA

1. Selten, J.-P., et al., *Treatment seeking for alcohol and drug use disorders by immigrants to the Netherlands*. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 2007. **42**(4): p. 301-306.
  2. Collazos, F., A. Qureshi, and M. Casas, *Drogodependencias en la población inmigrante*, in *Encuentros de profesionales en Drogodependencias y Adicciones*, S.d.I.E.d.P.e.D.y. Adicciones, Editor. 2004, FAD Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: Madrid. p. 43-58.
  3. Qureshi, A., et al., *Patterns of substance abuse in an immigrant population in Spain*, in *17th European Congress of Psychiatry*. 2009: Lisbon.
  4. Muñoz-Rivas, M.J., G. De Lucas, and L. Luis Graña, *Estudio exploratorio de los factores de riesgo y prevención psicosociales asociados al consumo de drogas en la población infanto juvenil en la red de centros de protección de menores de la Comunidad de Madrid*. 2007, Consejería de Sanidad y Consumo: Madrid.
  5. DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED), *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. 2008, Observatorio Español sobre Drogas: Madrid.
  6. Thatcher, D.L. and D.B. Clark, *Adolescents at risk for substance use disorders: role of psychological dysregulation, endophenotypes, and environmental influences*. *Alcohol Research & Health*, 2008. **31**(2): p. 168-176.
  7. Torres, L.R., et al., *A CROSS-NATIONAL COMPARISON OF ADOLESCENT ALCOHOL AND DRUG USE BEHAVIORS: U. S. HISPANICS AND YOUTH IN THE DOMINICAN REPUBLIC*. *Journal of Drug Issues*, 2008. **38**(1): p. 149.
  8. Isralowitz, R.E. and V. Slonim-Nevo, *Substance Use Patterns and Problem Behavior among Immigrant and Native-Born Juvenile Offenders in Israel*. *Addiction Research & Theory*, 2002. **10**(4): p. 399-414.
-



- 
9. Stone, R. and D. Meyler, *Identifying Potential Risk and Protective Factors among Non-Metropolitan Latino Youth: Cultural Implications for Substance Use Research*. Journal of Immigrant and Minority Health, 2007. **9**(2): p. 95-107.
  10. UNICEF, *Ni ilegales ni invisibles: Realidad jurídica y social de los menores extranjeros en España*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 200.
  11. Gallego Obieta, V., et al., *La integración de los menores inmigrantes no acompañados: Nuevos Retos en la Comunidad de Madrid*. Acciones e investigaciones sociales, 2006. **Extra 1**: p. 109-110.
  12. Alegria, M., et al., *Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States*. Am J Public Health, 2007. **97**(1): p. 68-75.
  13. Johnson, T.P., J.B. VanGeest, and Y. Ik Cho, *Migration and substance abuse: Evidence from the U.S. National Health Interview Survey*. Substance Use and Misuse, 2002. **37**(8-10): p. 941-972.
  14. Warner, L.A., et al., *Hispanic drug abuse in an evolving cultural context: An agenda for research*. Drug and Alcohol Dependence, 2006. **84**(Suppl 1): p. S8-S16.
  15. Ernst M., Pine D., and H. M., *Triadic Model of the Neurobiology of motivated behavior in adolescence*. Psychological Medicine, 2006. **36**(3): p.:299-312.
  16. von Diemen, L., et al., *Impulsivity, age of first alcohol use and substance use disorders among male adolescents: a population based case-control study*. Addiction, 2008. **103**(7): p. 1198-1205.
  17. Dougherty, D.M., et al., *Behavioral impulsivity in adolescents with conduct disorder who use marijuana*. Addictive Disorders & Their Treatment, 2007. **6**(1): p. 43-50.
  18. Ferrer, M., et al., *Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Borderline Patients defines an impulsive subtype of Borderline Personality Disorder*. Journal of Personality Disorders, en prensa.
  19. Calvet, E. and A. Estevez, *Consumo de Drogas en Adolescentes: El Papel del Estrés La impulsividad y los Esquemas Relacionados con la Falta de Límites*. Adicciones, 2009. **21**(1): p. 49-56.
  20. Asociación de trabajadores e inmigrantes marroquíes en España, *Procesos Migratorios de Menores y Consumo de Drogas: Un análisis de los factores de riesgo*. 2009, Asociación de trabajadores e inmigrantes marroquíes en España: Madrid.
  21. Paes, M., *El problema de las drogas en el Magreb*, in *Salud mental en el paciente Magrebi*, D. Moussaoui and M. Casas, Editors. 2007, Editoriales Glosa: Barcelona. p. 195-206.
  22. Benyamina, A. and M. Taleb, *Adicciones y magrebls de Francia*, in *Salud mental en el paciente Magrebi*, D. Moussaoui and M. casas, Editors. 2007 Glosa: Barcelona. p. 219-228.
-



---

## 9) ANEXOS

### A) EQUIPO INVESTIGADOR

- Dirección, coordinación, investigadores colaboradores

El proyecto ha sido dirigido y coordinado por el equipo del Programa de Psiquiatría Transcultural del Hospital Vall d'Hebron, Dr. Francisco Collazos, Dr. Adil Qureshi y Dra. Mar Ramos.

La gran tarea de investigación, trabajo de campo, análisis de datos, etc, ha sido llevada a cabo por el Dr. Khalid Ghali, quien fue contratado como psicólogo becario con los fondos recibidos del "Plan nacional de Drogas" para este proyecto.

### B) AGRADECIMIENTOS

Nuestro profundo agradecimiento a todos los profesionales que han colaborado desinteresadamente en este proyecto desde los centros de acogida, tanto los equipos directivos, como los equipos técnicos y los educadores. Sin su estrecha colaboración no hubiese sido posible llegar a los menores MENA y poder realizar las entrevistas en profundidad, disponer de todos los datos y cuestionarios que han tenido que cumplimentar también ellos y que nos ha permitido llevar a cabo la investigación.

- "Centre d'Acolliment Gaudí"
  - "Centre d'Acolliment Mas Pins"
  - "Pisos Maragall" (*servei d'habitatge de caràcter assistencial i educatiu per a joves tutelats*)
  - "CRAE Casa Milà"
-



---

También agradecer la disponibilidad y colaboración recibida desde el “*Consorti de Serveis Socials de Barcelona*” (CSSB) quien ha dado apoyo formal y explícito a este proyecto facilitando la interlocución con los distintos recursos de acogida, que suelen estar gestionados por distintas fundaciones, pero bajo la supervisión del CSSB. En especial al Sr. Josep Rodríguez-Roca, director de la “Direcció de Serveis i Recursos” del CSSB.

### **C) CUADERNO RECOGIDA DE DATOS**

Se adjunta documento PDF en la carpeta archivo

---





**ARTÍCULOS PUBLICADOS COMO CONSECUENCIA DE LA ACCIÓN:** Los artículos están en fase de redacción en el momento de entregar la memoria final.

**MODIFICACIONES DE LA METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO SOBRE LOS PROYECTADOS Y SU JUSTIFICACIÓN:** No se ha modificado ningún apartado del proyecto inicial

## **OBJETIVOS PLANTEADOS:**

### **Objetivos**

#### **Principales**

1. Conocer la prevalencia y patrón de consumo de las sustancias objeto de abuso y dependencia en una muestra de menores inmigrantes no acompañados de origen magrebí acogidos en los centros de menores de Cataluña y con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.
2. Detectar para la población en estudio, desde el marco del análisis de los factores de riesgo y de protección, aquellas variables predictoras (demográficas, psicopatológicas y sociales) relacionadas con el consumo de drogas legales e ilegales.

#### **Específicos:**

El presente proyecto está dirigido fundamentalmente a analizar el consumo de drogas legales e ilegales en la muestra de estudio. Para ello, se detalla:

1. Estudiar la prevalencia del consumo y policonsumo de diferentes drogas legales e ilegales (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, alucinógenos, pegamentos/disolventes, drogas de diseño y heroína) pre y posmigración.
2. Estudiar la presencia de patología psiquiátrica, TDAH, rasgos de personalidad e impulsividad como factores de riesgo asociados al consumo y policonsumo.
3. Estudiar la distribución temporal del uso frecuente para cada una de las drogas con el fin de describir el patrón de consumo detallado presentando una aproximación en función de su frecuencia semanal.



4. Identificar como factores de riesgo y/o protectores variables de tipo sociodemográficos tales como: lugar de procedencia, nivel idiomático, red familiar y social, relaciones en el centro de acogida, disticia familiar, estrés aculturativo y experiencia migratoria

**OBJETIVOS CONCRETOS ALCANZADOS:** Se han alcanzado todos los objetivos planteados en el proyecto inicial

**OTRAS SUBVENCIONES O RECURSOS (INCLUIDOS FONDOS PROPIOS) QUE FINANCIAN ESTE PROYECTO O PENDIENTES DE RESOLUCIÓN:** Ninguno

**SUBVENCIONES O AYUDAS SOLICITADAS PARA ESTE PROYECTO Y NO CONCEDIDAS:** Ninguna

**OTRAS CONSIDERACIONES QUE SE DESEE HACER CONSTAR:** Ninguna

En esta fecha se remite también por correo electrónico, a la dirección [pninvestigacion@msssi.es](mailto:pninvestigacion@msssi.es) la presente memoria.

En ..... a ..8... de .....Enero..... de 2015

FIRMA