

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/331212592>

Problemas Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas

Book · February 2019

CITATIONS

0

READS

783

7 authors, including:



Marycarmen Noemi Bustos Gamiño

Instituto Nacional de Psiquiatría

104 PUBLICATIONS 177 CITATIONS

SEE PROFILE



Esbehidy Resendiz Escobar

38 PUBLICATIONS 38 CITATIONS

SEE PROFILE



Jorge A. Villatoro Velazquez

Instituto Nacional de Psiquiatría

247 PUBLICATIONS 2,601 CITATIONS

SEE PROFILE



Soto-Hernández I.

Instituto Nacional de Psiquiatría

26 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



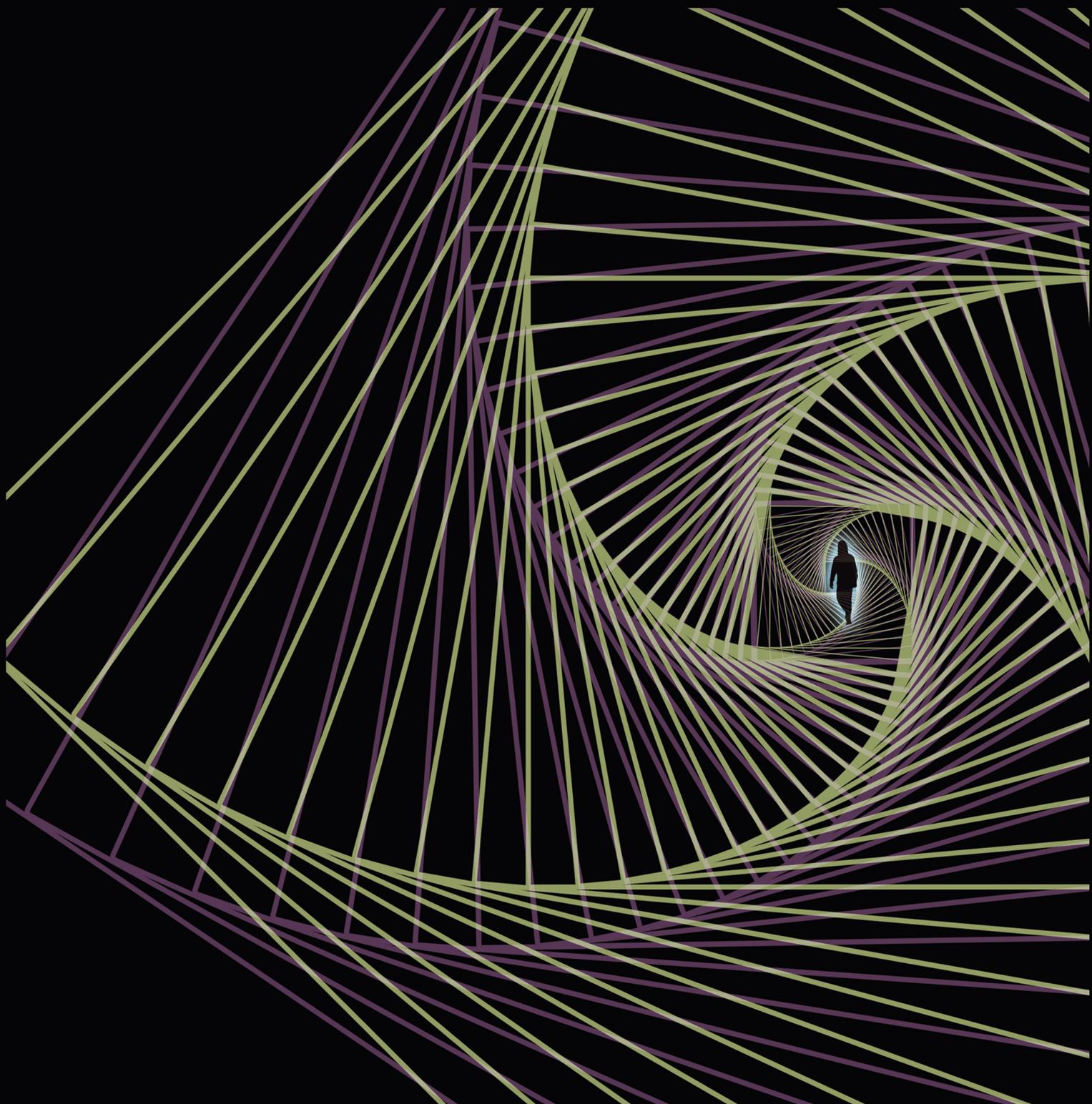
Trabajo cotidiano actual [View project](#)



Encode [View project](#)

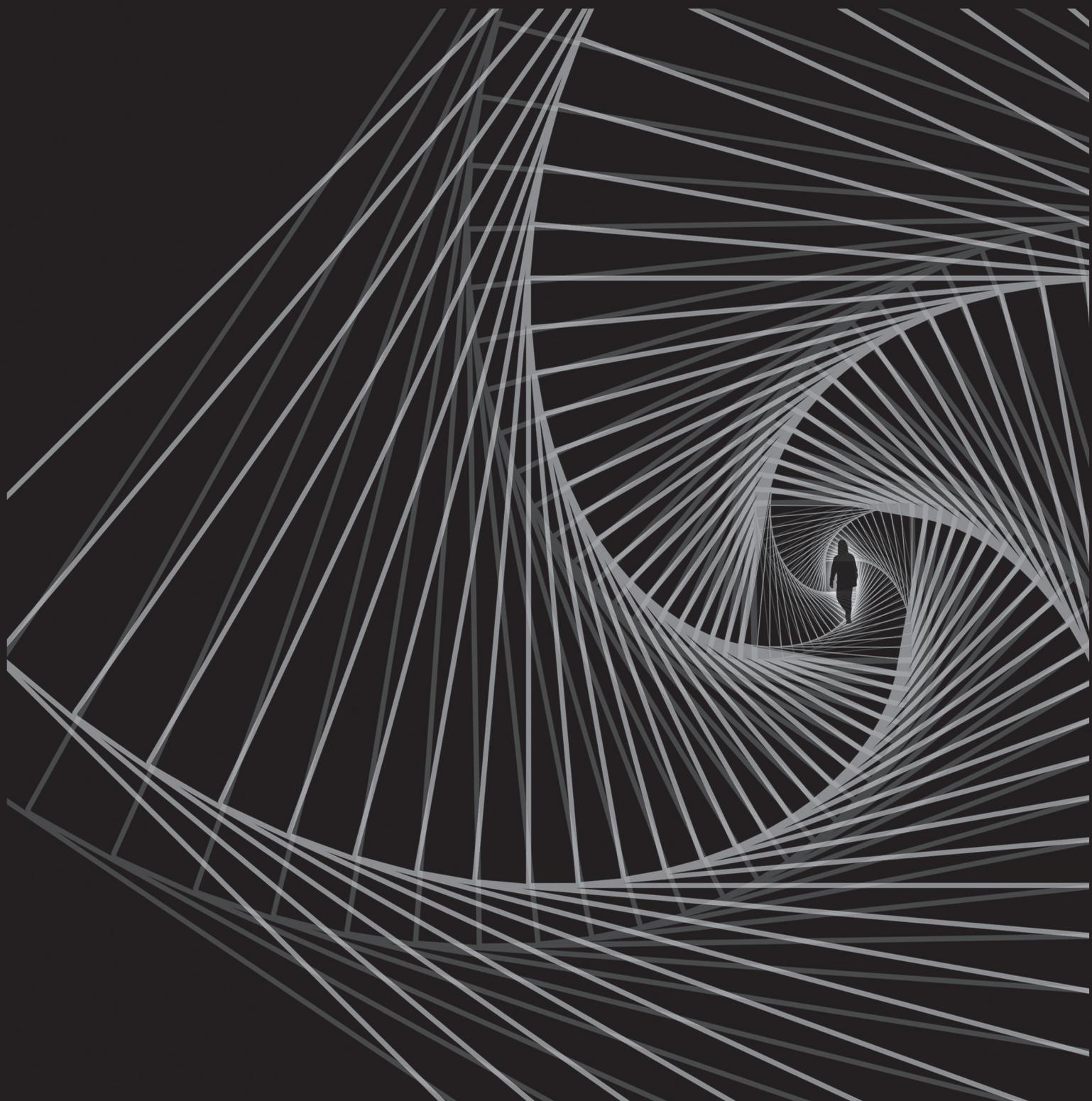
Problemas Asociados
al Consumo de

Sustancias Psicoactivas



Problemas Asociados
al Consumo de

Sustancias Psicoactivas



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Nacional
contra las Adicciones



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ



Problemas Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas

Primera edición 2019

D.R Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
Calzada México-Xochimilco 101 Col. San Lorenzo Huipulco CO 14370
<http://www.inprf.gob.mx>

Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
Tiraje: Versión electrónica libre de descarga
Reservados todos los derechos
ISBN: En trámite

Impreso en México / Printed in Mexico
Diseño editorial: Aurora Paredes Mendoza
Diseño de portada: Aurora Paredes Mendoza

Citación para el presente documento:
Bustos-Gamiño, M, Resendiz-Escobar, E., Villatoro-Velázquez JA., Soto-Hernández, I.,
Cañas-Martínez, V., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M.E. **Problemas Asociados al
Consumo de Sustancias Psicoactivas**. Ciudad de México, México: INPRFM; 2019.

Proyecto subvencionado por el Departamento de Estado de los EE. UU. a través de la Iniciativa Mérida, con número de proyecto SINLEC17CA2011. Las opiniones, hallazgos y conclusiones aquí mencionados son de los autores y no reflejan necesariamente los de las agencias financiadoras del estudio.

El financiamiento para el levantamiento de campo de la ENCODAT fue otorgado por la CONADIC. Los autores adicionalmente agradecen el apoyo de la CONADIC para obtener el apoyo financiero del INL el cual permitió desarrollar el presente trabajo.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
Epidemiología.....	6
Factores asociados con el consumo de sustancias.....	7
Problemas de salud mental asociados con el consumo de drogas	12
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	20
Cuestionarios para el registro de la información.....	20
Definición de variables	22
Consideraciones Éticas.....	25
Análisis de datos	25
RESULTADOS.....	28
Factores asociados al inicio del consumo.....	28
Factores y Problemas relacionados con el consumo de Alcohol y Drogas	34
CONCLUSIONES.....	40
REFERENCIAS	46

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Epidemiología

Consumo de Drogas

El 5.6% de la población mundial de edades entre los 15 y 64 años consumió drogas en al menos una ocasión durante 2016, es decir, alrededor de 275 millones de personas; 192 millones han consumido mariguana (3.9%), que sigue prevaleciendo como la sustancia de mayor consumo y la preferida por los jóvenes, mientras que el consumo de otras sustancias como opioides (0.7%), anfetaminas y estimulantes de prescripción médica (0.7%), éxtasis (0.4%), opiáceos (0.4%) y cocaína (0.4%) reporta usuarios con cifras menores a los 34 millones de personas. El 11% de los usuarios de drogas presentó dependencia a drogas, lo que representa al 0.6% de la población general, y tan sólo una de cada seis personas recibió tratamiento por su consumo (UNODC, 2018).

De acuerdo con el reporte Interamericano del consumo de drogas, la mariguana es la más consumida por la población general y los estudiantes, donde su prevalencia anual se encuentra entre el 0.5% al 16% en la primera y del 1% al 32.8% en la segunda; con relación a la cocaína, los porcentajes de consumo en la población general es menor al 2% mientras en la estudiantil es menor al 4%. Este mismo patrón se observa para el consumo de éxtasis, donde los porcentajes de consumo en población general van de 0.1% a 0.9% y en la población estudiantil es de 0.1% a 2.5%, siendo Canadá, Chile y los Estados Unidos con una prevalencia de consumo por encima del 1.5%. (CICAD, SSM & OEA, 2019). En México, la prevalencia anual de consumo de drogas fue de 2.9%, donde la mariguana es también la sustancia más consumida por la población (2.1%) (Villatoro-Velázquez, Resendiz-Escobar, Mujica-Salazar, Bretón-Cirett, Cañas-Martínez, Soto-Hernández, et al., 2017).

Consumo de Alcohol

Al considerar el consumo de alcohol, 43% (2,348 millones de personas) de la población mundial de 15 años o más son consumidores actuales o consumieron en los últimos 12 meses; el 26.5% fueron jóvenes de 15 a 19 años. La población bebe en promedio 6.4 litros de alcohol puro por año, lo que equivale a 13.9 gramos de alcohol puro por día; si se considera el consumo per cápita de alcohol tan solo en los bebedores actuales, a nivel mundial estos consumen 15.1 litros de alcohol puro por año. El consumo excesivo entre la población general fue de 18.2%

mientras que en los jóvenes de 15 a 19 años fue de 13.6% y de 21.8% entre quienes tienen 20 a 24 años (WHO, 2018).

En las Américas, el consumo actual de alcohol oscila entre el 9.5% al 52%, donde Argentina y Uruguay son los países con las prevalencias más altas. Si bien el consumo de alcohol en las Américas sigue siendo mayor entre la población adulta, en 15 de los 31 países de América y el Caribe, más del 30% de los estudiantes de enseñanza secundaria ha consumido alcohol durante el último mes. (CICAD, SSM & OEA, 2019).

En México, el consumo anual de alcohol fue de 49.1%, superior en los mayores de 18 años (53.3%) que en los adolescentes de 12 a 17 años (28%). El 19.8% de la población presenta un patrón de consumo excesivo, mientras que el consumo per cápita es de 4.9 litros de alcohol puro (Reséndiz, Bustos, Mujica, Soto, Cañas, Fleiz et al., 2018).

Factores asociados con el consumo de sustancias

Alrededor de 31 millones de personas que son usuarias de drogas padecen trastornos derivados del consumo y, en algunos casos puede llevar a la muerte; en 2015, 167,750 muertes fueron a causa de sobredosis por consumo de drogas (UNODC, 2018).

Quienes consumen sustancias, transitan por diferentes etapas incluyendo el inicio del consumo, escalamiento, mantenimiento y la adicción. La ONU refiere que, aunque más hombres que mujeres se inician en el consumo de drogas, una vez que se empieza el consumo de alcohol o drogas, la progresión hacia un uso problemático es más rápida en ellas (UNODC, 2018).

En los niños y adolescentes, el desarrollo del cerebro es sensible a las experiencias psicosociales, por lo que el estrés constante en el ambiente escolar, familiar, social y personal puede traer consecuencias que impactarán en la adquisición de habilidades de aprendizaje y de autorregulación conductual y emocional. Estos problemas o dificultades a lo largo del desarrollo infantil pueden convertirse en factores que se asocian a un mayor riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que la literatura científica ha puesto énfasis en identificar con mayor exactitud, cuáles son los factores personales y contextuales, a nivel micro y macro social, que facilitan la iniciación hacia el consumo y el uso regular de las sustancias. Además, la unión de varios factores puede aumentar la vulnerabilidad en los sujetos respecto al uso de drogas (Tirado, Álvarez, Velásquez, Gómez, Ramírez & Vargas, 2012), pero el impacto puede estar mediado por la presencia de factores de protección.

Dentro de los factores *macrosociales*, las condiciones físicas del vecindario, como el vivir en zonas marginadas, con bajos niveles de seguridad, actividad criminal y violencia, son factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las personas, sobre todo en los niños y adolescentes, a consumir drogas (Tarter, Vanyukov, Kirisci, Reynolds & Clark, 2006; Buu, Dipiazza, Wang, Puttler, Fitzgerald & Zucker, 2009; López & Rodríguez-Arias, 2010; Neumark, Lopez-Quintero & Bobashev, 2012).

Se ha encontrado que en los hombres la percepción de conflictos sociales se encuentra relacionado con el consumo de alcohol (Uribe, Verdugo & Zacarías, 2011). También, las áreas con mayor nivel de urbanidad representan un factor de riesgo principalmente por la alta disponibilidad y exposición de sustancias en el ambiente; es decir, es probable que se ofrezca la droga regalada como forma de enganchar al consumo y posteriormente ofrecerla en compra (Villatoro, Bustos, Fregoso, Fleiz, Gutiérrez, Amador et al., 2017).

Los mensajes que transmiten los medios de comunicación acerca del uso de sustancias, es otro factor *macro social* que incide en los más jóvenes en la toma de decisiones para iniciarse en el consumo (Feinstein, Richter & Foster, 2012). Un ejemplo de ello es la información que gira en torno al consumo de marihuana y su legalización, ya sea medicinal o para el uso recreativo. Esto genera opiniones encontradas en los jóvenes, que va modificando la percepción de riesgo que tienen hacia la sustancia, percibiéndola con propiedades positivas, normalizando el consumo sin profundizar en el conocimiento sobre las consecuencias negativas de su uso (Sierra, Pérez, Pérez & Nuñez, 2005). Además, la iniciación en el consumo de una droga aumenta la probabilidad de transitar hacia el consumo de otras sustancias con mayor potencial adictivo (Ellickson, Tucker, Klein & Saner, 2004; Morales, Plazas, Sánchez, & Ventura, 2011).

A nivel *micro social*, las actitudes que tengan los familiares y los amigos respecto al consumo de drogas influyen en la iniciación y consumo continuado de sustancias. Diversos estudios señalan que, al existir actitudes favorables o tolerancia hacia el consumo, facilita que los individuos tengan mayores intenciones de iniciarse en el uso de sustancias e incluso de hacerlo con mayor frecuencia (Rodríguez-Kuri, Díaz-Negrete, Gracia-Gutiérrez de Velasco, Guerrero-Huesca, & Gómez-Maqueo, 2007; Ellickson, et al., 2004; López, et al., 2010; Trujillo, Martínez-González & Vargas, 2013; Burdzovic, Pape & Bretteville-Jensen, 2016; Roditis, Delucchi, Chang & Halpern-Felsher, 2016; Villatoro et al., 2017).

Por otro lado, el consumo existente tanto en algún miembro de la familia como en los amigos es un factor asociado al consumo (Díaz-Negrete & García-Aurrecoechea, 2008; Medina-Mora, Rafful, Villatoro, Oliva, Bustos & Moreno, 2015). La influencia de los pares suele tener mayor impacto en el adolescente; al considerar a los amigos como un grupo de referencia y con la necesidad de pertenencia, se suele imitar las actitudes y comportamientos, incluyendo

aquellas conductas de riesgo (Frajzyngier, Neaigus, Gyarmathy, Miller & Friedman, 2007; Schinke, Fang & Cole 2008). Un estudio señala que, de los estudiantes que llegan a consumir marihuana, 57% afirma que sus amigos también lo hacen (Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo & Nerín, 2009), e incluso la sustancia suele ser proporcionada por alguno de ellos o consumirse en su compañía (Roditis et al., 2016).

Si consideramos la influencia de la familia, los factores que tienen un alcance significativo en los hijos para iniciarse el consumo de drogas son el cuidado negligente de los padres, la falta de involucramiento y supervisión parental, las prácticas de crianza violentas hacia los hijos, poca convivencia con los padres y la presencia de alguna enfermedad mental en padres o cuidadores (Palacios & Andrade, 2008; Betancourt & Andrade, 2011; Bustos, Oliva, Villatoro, Fleiz & Gutiérrez, 2014; Medina-Mora et al., 2015).

Por otro lado, existen también factores *personales-individuales*, que refieren que el desarrollo de la estructura y funcionamiento cerebral tiene una influencia en la susceptibilidad para el consumo de drogas en el individuo. En las etapas del desarrollo, la adolescencia es caracterizada por mostrar distintos niveles de impulsividad y búsqueda de sensaciones, debido a las fluctuaciones hormonales producidas en el cuerpo y que afectan diversos sistemas cerebrales (Lerman, 2002). La corteza prefrontal es responsable de las funciones cognitivas como toma de decisiones, control de impulsos y memoria de trabajo, zona que aún se encuentra en construcción durante la adolescencia; esto lleva a que el adolescente actúe en mayor medida bajo el estímulo emocional que del control cognitivo, lo que lo puede llevar a exponerse a distintas situaciones de riesgo, sin tener en cuenta las consecuencias de su conducta (Somerville & Casey, 2010; Kharitonova & Munakata, 2011).

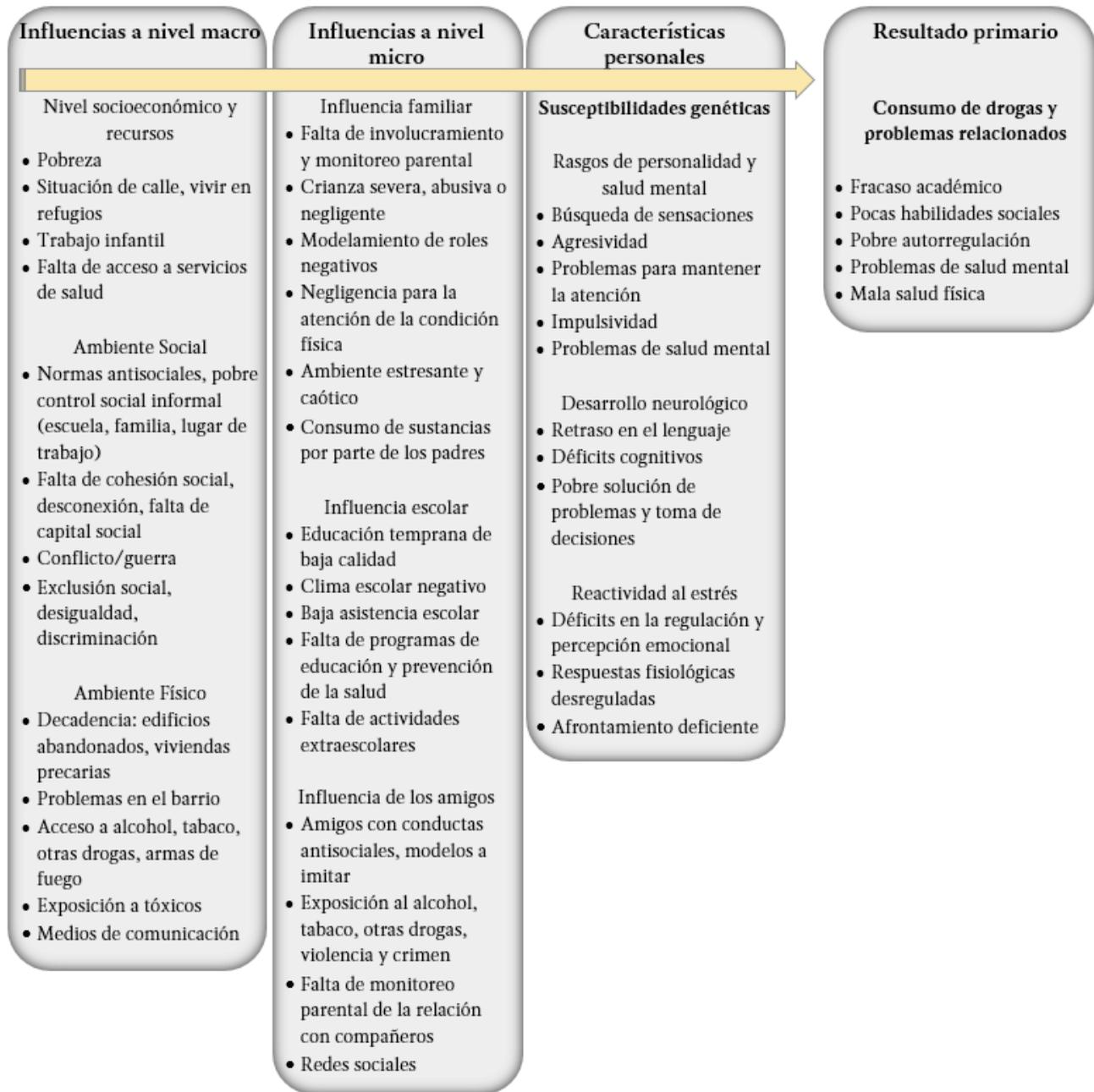
Tanto la falta de control de impulsos como la búsqueda de sensaciones son factores que se han relacionado con el inicio del consumo de sustancias legales e ilegales, aunado a la percepción de invulnerabilidad hacia el peligro (Uribe et al., 2011). Otro elemento que se adiciona a esto es que mientras más temprana sea la edad de inicio del consumo, se incrementa el riesgo de desarrollar dependencia a drogas en la adultez, incluso incrementa la tendencia de consumir más droga o transitar al policonsumo (Ellickson, et al., 2004; Peñafiel, 2009).

La percepción de peligrosidad es uno de los principales factores correlacionados con el uso de sustancias. Villatoro y cols (2017) mencionan que a medida que la percepción de riesgo disminuye, sobre todo la de marihuana, el consumo se incrementa entre la población estudiante. Esta percepción de riesgo baja, puede llevar al abuso o dependencia de la sustancia (Neighbors, Geisner & Lee, 2008; Walker, Neighbors, Rodriguez, Stephens & Roffman, 2011) y facilitar que se consuman distintas drogas a la vez (Peñafiel, 2009).

Como mencionamos anteriormente, estos factores de riesgo se encuentran mediados por la interacción de otros que pueden desempeñar un rol protector y proporcionar una mayor resistencia del individuo para no consumir alguna sustancia. Algunos de los factores protectores que las investigaciones han señalado son la supervisión e involucramiento de los padres en las actividades de los hijos, la proximidad emocional entre ellos, el fomento del autocontrol y la regulación emocional, tener normas y reglas claras en el hogar, participación de hijos en las tareas del hogar; tener un entorno escolar de calidad con una buena relación con los profesores, una alta motivación por los estudios, rendimiento académico satisfactorio; involucramiento en actividades prosociales como practicar algún deporte, ir de excursión, lectura de libros, practicar actividades religiosas o participar en grupos o asociaciones (Peñañiel, 2009; Aguilar, 2012; Villatoro, Moreno, Gutiérrez, Sánchez, Bretón, Gaytán, et al., 2012; UNODC, 2018). Así mismo, influye el que desde la adolescencia comience a tener claro un proyecto de vida para los próximos 5 años (Tirado et al., 2012).

A manera de lo revisado anteriormente, en la Figura 1 se puede ver una síntesis de los distintos factores de riesgo que tiene un efecto para el consumo de drogas.

Figura 1. Factores de riesgo para el consumo de drogas



Fuente: World Drug Report 2018, ONU.

Problemas de salud mental asociados con el consumo de drogas

Los problemas de salud mental vividos desde edades tempranas también suelen asociarse con el consumo de drogas. Diversos estudios han descrito problemas que se desarrollan simultáneamente con el uso de las distintas sustancias. Dentro de estos se encuentran aquellos que se denominan patología dual o comorbilidad, es decir, aquella condición donde en un mismo individuo un trastorno por consumo de drogas cursa al mismo tiempo con un trastorno o problema psiquiátrico. Existen algunas diferencias sobre los problemas mentales considerando el género de la persona. En los hombres consumidores, se asocian con mayor frecuencia los problemas de comportamiento denominados externalizados, tales como trastornos de conducta, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y trastorno antisocial; en las mujeres consumidoras, los problemas mentales más relacionados son los internalizados como la depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático, principalmente a causa de las adversidades experimentadas durante la infancia (Armstrong, 2002; Rowe, Liddle, Greenbaum & Henderson, 2004; Hussong, Jones, Stein, Baucom & Boeding, 2011).

Aunque la relación causal entre los trastornos por uso de sustancias y un trastorno o problema psiquiátrico no es clara, algunas investigaciones revelan que los individuos que presentan primero alguno de estos trastornos mentales, tienen una mayor probabilidad de consumir drogas (De Bellis, Keshavan, Shifflett, Iyengar, Beers, Hall & Moritz, 2002). Mientras que los trastornos de conducta externalizados tienen una mayor probabilidad de inicio temprano en el consumo de drogas; los trastornos de conducta internalizados se asocian con dos veces más riesgo de desarrollar un consumo de drogas problemático (Armstrong et al., 2002; Quello, Brady & Sonne, 2005).

Se ha mostrado que diversos problemas de salud mental tienen una fuerte asociación con el consumo de sustancias legales e ilegales. A continuación, se desglosan algunos hallazgos de distintos estudios sobre este tópico.

Juego patológico

El juego patológico se presenta en aquellas personas que apuestan en juegos de azar y cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-5. Diversos estudios han mostrado que el inicio temprano en conductas de apuestas incrementa la probabilidad de consumo de drogas (Peters, Nordeck, Zanetti, O'Grady, Serpelloni, Rimondo et al., 2015) y los adolescentes que apuestan en juegos de azar tienen una mayor probabilidad de experimentar con drogas; aquellos que ya tienen un consumo de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas mostraron mayor involucramiento en juegos de azar comparados con quienes no han consumido estas sustancias (Gallimberti, Buja, Chindamo, Terraneo, Marini, Gomez & Baldo, 2016). El consumo actual

de tabaco y alcohol se asocia con el juego recreativo (es decir, jugar menos de 10 veces en el último año), mientras que haber fumado 100 cigarrillos o más en la vida y el consumo excesivo de alcohol se asoció con una mayor frecuencia con el juego (es decir, jugar 2-3 veces por semana) (Okkuna, Rodríguez-Monguio, Smelson, Poudel & Volberg, 2016). Así también, una muestra española de jóvenes universitarios mostró que existe una relación significativa entre consumo de alcohol y cannabis y juego patológico, donde el consumo de mayor cantidad de estas sustancias se vincula con la acumulación de pérdidas en el juego y la sensación de confianza en las posibilidades de ganar, aumentando también la conducta del juego (Maqueda & Ruiz-Olivares, 2017).

Respecto a la conducta de juego patológico, investigaciones revelan que una de cada cinco personas que tienen como diagnóstico principal el juego patológico presentan también trastorno por uso de drogas. El abuso o dependencia al alcohol, dependencia a tabaco y consumo de drogas es altamente prevalente en jugadores patológicos (Himelhoch, Miles-McLean, Medoff, Kreyenbuhl, Ruggle, Bailey-Kloch et. al., 2015; Rodríguez-Monguio, Errea & Volberg, 2017). Del Pino-Gutiérrez y cols (2017), encontraron que, entre la población que presenta comorbilidad con estas dos condiciones, se obtienen puntuaciones altas en características como búsqueda de sensaciones, impulsividad, asunción de riesgos y descuido.

En la población mexicana, 24.5% ha jugado algún juego de azar alguna vez en la vida, y son los adolescentes quienes presentan el porcentaje más alto (35.3%); los juegos más utilizados fueron las máquinas tragamonedas, lotería/melate/tris y las cartas. Además, El 0.3% de la población cumple criterios diagnósticos para juego patológico donde los adolescentes también presentan la prevalencia más alta (0.4%) (Villatoro, Resendiz, Bustos, Mujica, Medina-Mora, Cañas et al., 2018). En México los estudios sobre juego patológico son escasos, y más aún la relación entre este y el consumo de drogas, por lo que en el presente libro se analizará la relación entre ambas conductas.

Malestar emocional

El malestar emocional que reporta la población es principalmente la depresión. La intensidad del consumo de bebidas alcohólicas o drogas ilegales y los niveles de depresión se encuentran proporcionalmente relacionados. Esta problemática se facilita cuando existe dificultad en la socialización, falta de habilidades de comunicación asertiva, violencia y poca expresión de afecto positivo en la familia, desempleo, exclusión social y marginación (Díaz et al., 2008; Jones, 2010; Prieto, 2012). El consumo de drogas y el malestar emocional concomitante, conduce a una mayor incapacidad funcional y conductas autodestructivas (Jones, 2010). Además, la población que llega a consumir más de una sustancia adictiva presenta puntajes

más altos en niveles de depresión (González-González, Juárez, Solís, González-Forteza, Jiménez, Medina-Mora et al., 2012).

Por otro lado, Blanco y Sirvent (2006) refieren que algunos factores predisponentes para que se presente el malestar emocional como la depresión, son ser mujer, tener antecedentes familiares de trastornos afectivos, un inicio temprano en el consumo de alcohol, divorcios, tener un nivel socioeconómico bajo, presentar intentos suicidas y consumir otras drogas. Un estudio en población mexicana mostró que aquellas personas con niveles altos de depresión tuvieron características como viudez, separación o divorcio, bajo nivel escolar, salario menor al mínimo, percepción de inseguridad en su comunidad, haber vivido abuso sexual, tener abuso o dependencia al alcohol y consumir drogas, ya sea experimental como regularmente (Fleiz, Villatoro, Medina-Mora, Moreno, Gutiérrez & Oliva, 2012).

Intento suicida

El consumo y el abuso de drogas se encuentran entre los factores que aumentan el riesgo de que se presente conducta suicida (Pérez, Rivera-Rivera, Atienzo, De Castro, Leyva-López & Chávez-Ayala, 2010). De acuerdo con Borges y cols. (2009), los hombres que muestran esta conducta presentan una mayor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias (69.4%) mientras que, en las mujeres, son más los trastornos por ansiedad (56.7%). Durante la adolescencia, el intento suicida ha mostrado una fuerte asociación con el consumo alto de alcohol, consumo de tabaco y drogas ilegales (Vargas & Saavedra, 2012). Un estudio realizado en escuelas de la ciudad de Campeche nos indica que los estudiantes que presentaron ideación suicida en las últimas semanas se asocian de manera significativa con el consumo de inhalables, marihuana, cocaína y tachas. Además, cuando existe consumo de una o más drogas ilegales, la presencia de ideación suicida es casi cuatro veces más que en quienes no consumen drogas. La edad de inicio en el consumo es cada vez más temprana, lo cual podría indicar que la conducta suicida puede comenzar a presentarse en individuos cada vez más jóvenes (González-Forteza, Juárez, Montejo, Wagner & Jiménez, 2015).

Actos antisociales

El consumo de drogas y las conductas antisociales se encuentran estrechamente ligadas. La edad de inicio de estas dos conductas tiene un impacto importante en la presencia de cada una; es decir, algunos estudios muestran que cuando la aparición de las conductas antisociales se da en edades tempranas, es un predictor importante para el consumo de sustancias mientras que otros estudios hablan que cuando el consumo de drogas se presenta en una edad temprana, se aumenta el riesgo de que el sujeto se involucre en actos antisociales posteriormente. Además,

la baja tolerancia a la frustración y el pobre autocontrol personal son elementos que facilitan la aparición de ambas conductas (Contreras, Molina & Cano, 2012).

Otras variables que facilitan la aparición y asociación entre los actos antisociales y el consumo de sustancias suelen ser las condiciones del vecindario y su nivel de desorganización social, así como la disponibilidad de drogas y armas, las normas a favor del consumo de drogas, tanto de familiares como de amigos, la baja percepción de riesgo de consumo, además del uso de drogas y actitudes antisociales en los pares. Para algunos investigadores, la conducta antisocial tiene influencia sobre el consumo de drogas y otros consideran que esta interacción se da conjuntamente (López & Rodríguez-Arias, 2012).

La adolescencia también es una etapa donde se presentan estas dos condiciones. Díaz y cols. (2008), encontraron una alta correlación para el consumo de drogas cuando los adolescentes pertenecían a redes sociales desviantes. Asimismo, se ha observado que tener entre 16 y 17 años, ser varón, tener problemas psiquiátricos, un bajo coeficiente intelectual, baja autoestima, falta de empatía, tener padres permisivos y fracaso escolar aumenta la asociación de presentar conducta antisocial y el consumo de drogas (Hidalgo & Júdez, 2007; Contreras et al., 2012).

Migración

Finalmente, el fenómeno de la migración impacta al individuo desde distintas aristas. Los trastornos mentales y psicosociales, la falta de redes sociales en el nuevo contexto, la violencia, las situaciones de estrés, el consumo excesivo de alcohol, así como el uso de drogas, son algunas situaciones que tiene que enfrentar la población migrante. El estrés migratorio generado por el traslado y la llegada al país destino es un factor importante de riesgo, ya que en el nuevo lugar el migrante busca incorporarse a alguna red social y es vulnerable para ser acogido por grupos de riesgo que pueden ser usuarios de drogas y exponerlos al consumo (Ceja, Lira & Fernández, 2014; Sánchez-Huesca, Arellanez-Hernández, Pérez-Islas & Rodríguez-Kuri, 2006).

Sanchez y cols (2006), realizaron un estudio con la población migrante mexicana y como resultado se observó que quienes iniciaron el consumo de drogas en México, continuaron con su consumo en EUA e incluso lo incrementaron o experimentaron con otras drogas en el país vecino. Para aquellos que iniciaron el consumo en EUA, este inicio estuvo mediado o relacionado con la presencia de malestar emocional, este último generado por el choque cultural al residir en EUA. También encontraron que las sustancias de mayor consumo en esta población son las metanfetaminas y la cocaína pues al ser sustancias que estimulan el SNC, los mantiene despiertos para las largas jornadas laborales. Otras razones para consumir en los migrantes, fue sentirse deprimidos, o bien para relajarse del cansancio producido por el exceso

de trabajo, por diversión o socialización. Otros estudios muestran también, que la población migrante, presenta un consumo de drogas ilegales y alcohol significativamente mayor que la población que nunca ha migrado por cuestiones de trabajo, así como un mayor riesgo de desarrollar dependencia a estas (Borges, Medina-Mora, Breslau & Aguilar-Gaxiola, 2007; Guerrero, Villatoro, Kong, Bustos, Vega & Medina-Mora, 2014).

Bajo este contexto, este trabajo plantea actualizar, analizar y profundizar en la relación de diversos factores y problemas de salud mental con el consumo de drogas en la población mexicana de 12 a 65 años de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Los resultados de este documento forman parte del análisis posterior de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, que es una encuesta realizada en hogares con representatividad nacional y estatal. Esta considera poblaciones rurales, urbanas y metropolitanas del país, excluyendo a localidades donde más de la mitad de la población hablaba sólo alguna lengua indígena. La adopción de este criterio se fundamentó en que el tema de las adicciones puede ser sensible o delicado para los entrevistados, motivo por el que no se consideró conveniente el uso de intérpretes o informantes sustitutos para la obtención de la información. En cada hogar, siempre que la composición de este lo permitiera, se seleccionó a un adulto de 18 a 65 años y a un adolescente de 12 a 17 años, a través de un muestreo aleatorio simple en cada grupo de edad. La selección del adolescente y del adulto se realizó mediante una rutina informática que se ejecutaba automáticamente una vez concluido el cuestionario de hogar.

El procedimiento de muestreo de la ENCODAT 2016-2017 es probabilístico, poli-etápico y estratificado. El universo de selección para las unidades primarias de muestreo (UPM) lo conforma el agregado de las AGEB's (Áreas Geo-estadísticas Básicas). El marco de muestreo en la primera etapa es el listado de AGEB (Áreas Geo-estadísticas Básicas) construido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). En las áreas rurales se usaron las AGEB del conteo 2005 sólo para formar conglomerados de localidades rurales, pero con información del Censo de Población y Vivienda de 2010; en contraste, en las áreas urbanas se usaron las AGEB y manzanas del Censo 2010.

Se eligió un tamaño de muestra de 1,600 individuos por estado, dando así 1,905 viviendas a visitar por entidad federativa. Al final, se obtuvo una muestra de 56,877 encuestas completas. La tasa de respuesta global fue de 73.6%.

Cuestionarios para el registro de la información

El cuestionario ENCODAT 2016-2017 tiene como base los cuestionarios de la ENA 2011 y ENA 2008. El cuestionario ENCODAT 2016-2017 se aplicó mediante ACASI (entrevistas auto-administradas por computadoras) a una sub-muestra de personas que han asistido alguna vez a la escuela, la fracción de cuestionarios ACASI asignados fueron diferentes para cada sección: 30% para adolescentes en la sección de tabaco, 15% para adultos en la sección de tabaco, 85% de adolescentes en la sección de alcohol, 60% de adultos en la sección de alcohol y 100% para la sección de drogas. Cuando a un entrevistado el programa de cómputo le

asignaba un cuestionario ACASI y el entrevistado indicaba que prefería la entrevista cara a cara, la entrevista se realizaba cara a cara.

Cuestionario de hogar

El informante adecuado para el cuestionario del hogar fue el jefe de hogar, ama de casa u otro miembro de la familia de 18 años o más sin impedimentos para poder responder y que conociera las características de la vivienda y sus residentes habituales. El cuestionario de hogar incluyó información referente a las características de la vivienda y sus residentes habituales, e integró el algoritmo de selección de individuos en el hogar a partir del listado de integrantes. Los temas del cuestionario de hogar se pueden clasificar en tres rubros principales:

- Datos de identificación y de control. Se registró información referente a la ubicación de cada vivienda seleccionada: entidad, municipio, localidad, AGEB, manzana, número de vivienda, domicilio y el registro de hasta cuatro visitas del entrevistador.
- Características de la vivienda: total de cuartos, disponibilidad de cocina exclusiva y número de focos.
- Características de los miembros del hogar. Se registró el número de miembros del hogar, y para cada uno se preguntó la siguiente información: nombre, edad, sexo, parentesco y verificación de residencia.

Cuestionario individual

El informante adecuado fue el individuo seleccionado aleatoriamente. Se aplicó un cuestionario individual por informante seleccionado, esto es, una persona entre 12 y 17 años o entre 18 y 65 años cumplidos al momento de la visita. El cuestionario individual recabó información sobre los siguientes temas, de los cuales, los señalados con "Ω" fueron aplicados mediante ACASI.

- Datos Socio-demográficos (DS)
- Tabaco (TB)^{1 Ω}
- Exposición a Drogas (ED)
- Tolerancia Social y Percepción de Riesgo (TS)
- Consumo de Drogas Médicas (DM)^Ω
- Consumo de Drogas Ilegales (DI)^Ω

¹ Solo la parte de diagnóstico y clasificación de fumador se aplicó en ACASI

- Dependencia a Drogas (DD)^Ω
- Alcohol (AL)^Ω
- Dependencia a Alcohol (CD)^{2 Ω}
- Malestar Emocional (ME)
- Intento Suicida (IS)^Ω
- Conducta Antisocial (CA)
- Percepción de las Drogas (PD)
- Migración Internacional (MI)
- Ludopatía (LU)

Para la aplicación de la ENCODAT 2016-2017, se desarrollaron aplicaciones informáticas para los cuestionarios hogar e individual. Cada una de las aplicaciones se programó para: a) seguir los pases que definen el flujo de los cuestionarios y b) validar las respuestas de los entrevistados con respecto a criterios especificados por los investigadores que desarrollaron los cuestionarios. Además, las aplicaciones informáticas se programaron para asegurar que la información se almacenara de forma continua (para evitar que ante fallas de energía se perdiera la información recolectada hasta ese momento), y amigables para el usuario.

El personal que participó en el operativo de campo de la ENCODAT 2016-2017 se organizó en función de 8 rutas con duración aproximada de 5 meses. Cada ruta de trabajo incluyó de modo general 1 persona encargada de la coordinación, 2 apoyos de cómputo, 7 supervisores y 4 entrevistadores por supervisor. Teniendo una participación total de 220 Entrevistadores, 55 Supervisores, 24 Cartógrafos, 16 Apoyos de Computo y 8 Coordinadores. En total 323 personas.

Definición de variables

Para efectos de este libro, a continuación, se describen las variables del cuestionario que se emplearon para obtener los resultados.

Variables de consumo de sustancias:

Consumo alguna vez de cualquier droga: Se refiere al uso de una o más sustancias médicas fuera de prescripción o por más tiempo del indicado por el médico (como opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos y anfetaminas o estimulantes) o ilegales (tales como

² Esta sección se aplicó a la población con consumo de 4 o 5 copas en una sola ocasión y/o 12 copas en un mismo periodo de 12 meses

mariguana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, metanfetaminas y otras drogas como ketamina, GHB, etc), alguna vez durante la vida del sujeto.

Consumo experimental de drogas: Se caracteriza porque el individuo refiere el consumo de una o más sustancias de una a cinco veces máximo a lo largo de su vida.

Consumo regular de drogas: Se caracteriza porque el individuo refiere el consumo de una o más sustancias en más de cinco ocasiones a lo largo de su vida.

Consumo actual de tabaco: Población que ha consumido tabaco, aunque sea una fumada, durante los últimos 30 días previos al estudio.

Consumo excesivo de alcohol en el último año: Aquellas personas que en el último año han consumido cinco copas o más en una sola ocasión en el caso de los hombres, o cuatro copas o más en una sola ocasión para las mujeres durante los últimos 12 meses previos al estudio.

Dependencia al alcohol: Conjunto de manifestaciones físicas, cognitivas y del comportamiento que incluyen la presencia de distintos síntomas tales como: tolerancia, abstinencia, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales. En este estudio se consideró caso de dependencia a los individuos que presentaron tres o más de estos síntomas dentro de los 12 meses previos a la entrevista de acuerdo con los criterios de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI por sus siglas en inglés).

Variables contextuales:

Percepción de riesgo del consumo: Es el grado de peligrosidad que se le atribuye a las consecuencias negativas de consumir alguna droga.

Tolerancia social hacia el consumo: Se refiere a la aceptación o rechazo social hacia el consumo de alcohol o drogas por parte de la familia, amigos, pareja o el entorno social.

Disponibilidad de drogas en el ambiente: Es la noción empleada para conocer el grado de acceso que los individuos tienen a las drogas o el alcohol.

Exposición a drogas: Es la oportunidad que tiene una persona de usar alguna droga debido a que se la han ofrecido regalada o comprada.

Variables personales:

Malestar emocional: Esta área se evaluó mediante la escala K6 (Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez & Cortés, 2011), a través de 6 reactivos que indagan la frecuencia con la que individuo se sintió en los últimos 30 días nervioso, sin esperanza, inquieto o intranquilo, se sintió tan deprimido que nada podía levantarle el ánimo, sintió que todo le costaba mucho esfuerzo y la frecuencia con la que sintió que no valía nada. Se midió utilizando como punto de corte las puntuaciones menores a 12 como no probable y mayores a 13 como probable malestar emocional.

Intento Suicida. El cuestionario ENCODAT 2016-2017 evalúa los eventos relacionados con el suicidio, para fines de este documento se utilizó la pregunta: en los últimos 12 meses ¿ha intentado quitarse la vida? Con opciones de respuesta 1=Sí, 2=No; con la cual se midió la prevalencia de intento suicida en el último año.

Conducta Antisocial. Se caracteriza por un comportamiento el cual tiene como finalidad la alteración del orden social o la agresión a otros. Se midió mediante las siguientes preguntas: ¿Ha realizado alguna de las siguientes actividades en los últimos 12 meses? 1. Tomar dinero o cosas valiosas que no le pertenecen; 2. Atacar a alguien, usando algún objeto como: arma, cuchillo, palo, navaja, etc.; 3. Vender drogas como: marihuana, cocaína, etc.; 4. Tomar parte en riñas o peleas y 5. Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona, con opciones de respuesta 1=Sí, 2=No.

Juego patológico: Se caracteriza por la necesidad incontrolable de jugar, la falta de control sobre el juego, prioridad de jugar sobre otras actividades y continuar jugando a pesar de las consecuencias negativas. Este comportamiento de juego disfuncional recurrente y persistente provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta cuando el individuo presenta 4 o más síntomas dentro de los últimos 12 meses, conforme los criterios del DSM-5 (APA, 2014).

Migración. Es el desplazamiento de personas que cambian su residencia habitual desde una unidad político-administrativa hacia otra dentro de un mismo país (estado o municipio), o que se mudan de un país a otro (migración internacional), ya sea de manera temporal o definitiva (SEGOB, CONAPO, 2018). Para los análisis de este libro, utilizamos la migración internacional a través de las siguientes preguntas: ¿Ha ido alguna vez a EU? Con opciones de respuesta Sí o No y la pregunta ¿Cuál fue el principal motivo de sus viajes? Con opciones de respuesta de 1=Trabajo, 2=Estudios, 3=Vacaciones y 4=Otro. Para los resultados del trabajo, se consideró como migración internacional las opciones de respuesta para fines laborales o de estudios (opciones 1 y 2).

Consideraciones Éticas

El protocolo de investigación de la encuesta fue evaluado y aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética tanto del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz como del Instituto Nacional de Salud Pública. A todos los participantes les fue leída una carta de consentimiento informado y se recabó información sólo de quienes aceptaron participar. En el caso de los menores de edad, se solicitó a los padres o tutores su autorización para que sus hijos(as) fueran invitados (as) a participar en la encuesta, cuando accedieron, firmaron una carta de consentimiento y posteriormente se buscó el asentimiento del menor. Durante la lectura de las cartas de consentimiento y asentimiento se hizo énfasis en los objetivos de la encuesta, el tipo de información que se buscaba recolectar, el carácter voluntario de la participación, así como en el carácter confidencial de la información.

Si el lector busca información más detallada sobre aspectos metodológicos de la ENCODAT 2016-2017, puede encontrarla en los reportes de resultados que se encuentran publicados en la página web de las instituciones participantes³.

Análisis de datos

Para los análisis utilizados en este libro, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21 y el programa STATA versión 13; a través de estos se obtuvieron las estimaciones de las prevalencias de consumo y su asociación con las variables contextuales y personales.

Para los análisis univariados de la relación entre las variables contextuales y el tipo de consumo de drogas, se empleó la χ^2 .

En los análisis donde se incluyó a todos los indicadores para analizar las diferencias en las variables de consumo, se estimaron las razones de prevalencias (PR) basados en modelos lineales generalizados (MLG) con enlace log y distribución binomial. En este análisis, se estimaron los errores estándar e intervalos de confianza (IC) del 95%, considerando el diseño de muestra.

Para los análisis relacionados con el consumo y variables contextuales, se consideró únicamente a la población de 12 a 29 años, mientras que para el análisis de variables sociodemográficas y personales se consideró a la población total de 12 a 65 años.

Dada la baja prevalencia de algunas variables, no se pudo utilizar a los mismos indicadores en cada análisis, por lo cual, algunos de ellos no aparecerán en algunos cuadros.

³<http://inprf.gob.mx/psicosociales/encodat.html>
www.researchgate.net/publication/321365235_Encuesta_Nacional_de_Consumo_de_Drogas_Alcohol_y_Tabaco_2016-2017_Reporte_de_Drogas

RESULTADOS

RESULTADOS

De la población general, el 14.4% reportó un nivel de estudios de licenciatura o superior, mientras que el resto tiene una menor escolaridad, donde la mayoría fueron estudios de secundaria (36.1%). El 71% de la población de 12 a 65 años ha tomado alcohol alguna vez y 47.8% es bebedor actual, es decir, ha consumido alcohol durante los últimos 12 meses. El 51.1% ha fumado alguna vez y el 17.6% es fumador actual o ha fumado durante los últimos 30 días. Para el consumo de drogas, el 10.3% ha consumido drogas alguna vez en su vida; 6.2% lo ha hecho de forma experimental (5 veces o menos en toda su vida) y 4.1% de manera regular (6 veces o más en su vida).

Al analizar las variables contextuales que se han asociado para el consumo de sustancias en la población, se observa que dos hombres por cada mujer perciben una mayor tolerancia por parte de familiares y amigos hacia el consumo de drogas, mientras que casi tres hombres por cada mujer han estado expuestos al consumo de drogas, es decir, que les han ofrecido drogas regaladas o vendidas. Para la percepción de que el consumo es peligroso y de que se encuentra con facilidad en la comunidad, los porcentajes son similares entre hombres y mujeres (Tabla 1).

Factores asociados al inicio del consumo

Cuando los factores contextuales son analizados por tipo de consumidor (Tabla 2), la percepción de riesgo tiene porcentajes similares entre los distintos tipos de consumo (alrededor del 78%); las diferencias se encuentran en las variables de tolerancia de los amigos hacia el consumo, la exposición a drogas y la disponibilidad, donde aquellos que ya iniciaron el consumo perciben una mayor tolerancia por parte de amigos y familiares y una mayor disponibilidad a drogas. Un punto importante en esta comparación es que a medida que aumenta el consumo, se percibe una mayor tolerancia por parte de los amigos y familiares, además de mayor percepción de disponibilidad al consumo (86.4%); de esta forma, los usuarios regulares obtuvieron un porcentaje mayor en estos indicadores (30.4% tolerancia de amigos, 4% tolerancia de la familia y 86.4% disponibilidad de drogas) que los usuarios experimentales (19.5%, 3.1% y 84.1%, respectivamente).

Tabla 1. Factores sociodemográficos, contextuales y personales en población de 12 a 65 años

	Hombres (N=44 168 617 n= 27 463) %	Mujeres (N=44 093 441 n= 29 414) %	Total (N=85 262 058 n= 56 877) %
Edad			
12 a 17 años	17.6	16.1	16.8
18 a 29 años	30.3	28.8	29.5
30 a 39 años	17.3	19.5	18.5
40 a 65 años	34.8	35.6	35.2
Escolaridad			
Primaria	22.1	24.4	23.3
Secundaria	34.6	37.5	36.1
Bachillerato	26.8	25.7	26.2
Licenciatura o más	16.6	12.4	14.4
Percepción de riesgo del consumo de drogas			
Es peligroso	77.7	79.9	78.8
No es peligroso	22.3	20.1	21.2
Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de la familia			
Lo vería mal	98.3	99.1	98.8
Lo vería bien	1.7	0.9	1.2
Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de los amigos			
Lo vería mal	87.6	93.9	90.9
Lo vería bien	12.4	6.1	9.1
Disponibilidad de drogas en el ambiente			
Difícil encontrar	22.5	21.6	22.0
Fácil encontrar	77.5	78.4	78.0
Exposición a drogas vendidas o regaladas			
No le han ofrecido	60.4	85.6	73.4
Sí le han ofrecido	39.6	14.4	26.6
Consumo de Tabaco			
No fumador actual	72.9	91.3	82.4
Fumador actual	27.1	8.7	17.6
Consumo de Alcohol			
No consume	19.9	37.4	29.0
Otro consumo	34.5	40.0	37.4
Consumo excesivo último año	45.5	22.6	33.7
Consumo de Drogas			
No consume	83.8	95.2	89.7
Consumo Experimental	9.1	3.5	6.2
Consumo regular	7.0	1.4	4.1
Migración			
No ha migrado a EUA por trabajo	90.6	98.4	94.6
Ha migrado a EUA por trabajo	9.4	1.6	5.4
Malestar emocional			
No probable	97.4	96.1	96.7
Probable	2.6	3.9	3.3
Juego patológico			
No presente	99.5	99.9	99.7
Presente	0.5	0.1	0.3

Población de 12 a 65 años (n=56 877; N=85 262 058).

Tabla 2. Relación entre factores contextuales y consumo de drogas en población de 12 a 65 años, por tipo de consumo y sexo

	No consume %	Experimental %	Regular %	χ^2	p		
TOTAL	Percepción de riesgo del consumo de drogas						
	Es peligroso	79.0	78.8	76.1	11.0	-	
	No es peligroso	21.0	21.2	23.9			
	Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de la familia						
	Lo vería mal	99.0	96.9	96.0	260.0	***	
	Lo vería bien	1.0	3.1	4.0			
	Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de los amigos						
	Lo vería mal	92.5	80.5	69.6	1866.0	***	
	Lo vería bien	7.5	19.5	30.4			
	Disponibilidad de drogas en el ambiente						
	Difícil encontrar	22.9	15.9	13.6	188.2	***	
	Fácil encontrar	77.1	84.1	86.4			
	Exposición a drogas vendidas o regaladas						
	No le han ofrecido	79.9	21.0	10.5	10800.0	***	
	Sí le han ofrecido	20.1	79.0	89.5			
	HOMBRES	Percepción de riesgo del consumo de drogas					
		Es peligroso	77.7	79.4	76.3	13.1	-
		No es peligroso	22.3	20.6	23.7		
		Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de la familia					
Lo vería mal		98.8	96.5	95.8	324.1	***	
Lo vería bien		1.2	3.5	4.2			
Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de los amigos							
Lo vería mal		90.0	79.9	69.4	1727.5	***	
Lo vería bien		10.0	20.1	30.6			
Disponibilidad de drogas en el ambiente							
Difícil encontrar		24.0	16.8	13.9	326.8	***	
Fácil encontrar		76.0	83.2	86.1			
Exposición a drogas vendidas o regaladas							
No le han ofrecido		69.3	17.4	9.8	9868.6	***	
Sí le han ofrecido		30.7	82.6	90.2			
MUJERES		Percepción de riesgo del consumo de drogas					
		Es peligroso	80.0	77.3	75.2	20.1	-
		No es peligroso	20.0	22.7	24.8		
		Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de la familia					
	Lo vería mal	99.2	98.1	97.2	61.9	***	
	Lo vería bien	0.8	1.9	2.8			
	Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de los amigos						
	Lo vería mal	94.7	82.0	70.2	1279.1	***	
	Lo vería bien	5.3	18.0	29.8			
	Disponibilidad de drogas en el ambiente						
	Difícil encontrar	22.0	13.8	12.3	117.1	***	
	Fácil encontrar	78.0	86.2	87.7			
	Exposición a drogas vendidas o regaladas						
	No le han ofrecido	88.7	30.0	13.9	8621.7	***	
	Sí le han ofrecido	11.3	70.0	86.1			

Población de 12 a 65 años (n=56 877; N=85 262 058). *p < .05, **p < .01, ***p < .001

Con objeto de analizar qué variables sociodemográficas y contextuales están asociadas al consumo de drogas, en la población joven de 12 a 29 años, se realizaron diversos análisis de razón de prevalencia (PR), empleando como variables criterio el consumo de cualquier droga (sea ilegal o médica), el consumo de marihuana y el consumo de drogas de forma regular.

Dentro de las variables sociodemográficas, en los hombres la prevalencia de consumo de drogas es significativamente mayor que en las mujeres (PR= 1.2, IC 95%= 1.08-1.42); los indicadores contextuales que incrementan el riesgo de consumo de drogas fueron la tolerancia de los amigos (PR= 1.8, IC 95%= 1.55-2.00), el ser fumador actual (PR= 2.2, IC 95%= 1.95-2.53) o haber consumido alcohol, siendo el consumo excesivo de alcohol el indicador que más se relaciona con el consumo de drogas (PR= 9.2, IC 95%= 6.28-13.46) (Tabla 3).

Tabla 3. Factores sociodemográficos y contextuales asociados al inicio en el consumo de drogas médicas e ilegales en población de 12 a 29 años

	Ha consumido alguna vez de drogas médicas o ilegales				
	n	N	%	PR	IC 95%
Sexo					
Mujer	13 203	19 792 306	8.1	Ref.	
Hombre	13 165	19 735 591	16.7	1.2	1.08-1.42**
Edad					
12 a 17 años	9 563	14 335 079	6.4	Ref.	
18 a 24 años	10 203	15 295 606	17.5	1.1	0.94-1.31
25 a 29 años	6 602	9 897 212	13.2	0.9	0.76-1.12
Percepción de riesgo del consumo de drogas					
Es peligroso	20 753	31 109 554	11.9	Ref.	
No es peligroso	5 616	8 418 343	14.2	1.1	0.97-1.26
Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de la familia					
Lo vería mal	25 865	38 772 862	12.1	Ref.	
Lo vería bien	332	498 288	34.4	1.0	0.73-1.33
Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de los amigos					
Lo vería mal	22 931	34 374 430	10.0	Ref.	
Lo vería bien	3 128	4 689 669	29.6	1.8	1.55-2.00***
Disponibilidad de drogas en el ambiente					
Difícil encontrar	6 497	9 740 129	9.0	Ref.	
Fácil encontrar	18 475	27 694 673	14.3	1.1	0.96-1.32
Consumo de Tabaco					
No fumador actual	21 743	32 594 505	7.7	Ref.	
Fumador actual	4 340	6 505 822	36.4	2.2	1.95-2.53***
Consumo de Alcohol					
No consume	9 097	13 636 951	1.7	Ref.	
Otro consumo	8 022	12 024 886	8.9	4.5	3.12-6.55***
Consumo excesivo/dependencia	9 250	13 866 060	25.9	9.2	6.28-13.46***

PR: razón de prevalencia. Las cifras son de la población de 12 a 29 años (n=26 368; N=39 527 898). *p < .05, **p < .01,

***p < .001

Con respecto al consumo de mariguana, la tolerancia de los amigos (PR= 1.5, IC 95%= 1.30-1.68), ser fumador actual (PR= 1.7, IC 95%= 1.52-1.97) y consumir alcohol (particularmente si es excesivo [PR= 4.7, IC 95%= 2.93-7.49]), son factores que predicen su consumo. Asimismo, quienes están más expuestos al consumo, tienen más probabilidad de consumir que quienes no han estado (30.1% y 1.9% respectivamente; PR= 8.2, IC 95%= 6.53-10.33) (Tabla 4).

Tabla 4. Factores sociodemográficos y contextuales asociados al inicio en el consumo de mariguana en población de 12 a 29 años

	Ha consumido mariguana				
	n	N	%	PR	IC 95%
Sexo					
Mujer	13 203	19 792 306	6.5	Ref.	
Hombre	13 165	19 735 591	14.9	1.0	0.89-1.17
Edad					
12 a 17 años	9 563	14 335 079	5.3	Ref.	
18 a 24 años	10 203	15 295 606	15.7	1.1	0.97-1.29
25 a 29 años	6 602	9 897 212	10.7	1.0	0.83-1.16
Percepción de riesgo del consumo de drogas					
Es peligroso	20 753	31 109 554	10.3	Ref.	
No es peligroso	5 616	8 418 343	12.1	1.1	0.98-1.26
Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de la familia					
Lo vería mal	25 865	38 772 862	10.5	Ref.	
Lo vería bien	332	498 288	23.6	1.2	0.95-1.45
Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de los amigos					
Lo vería mal	22 931	34 374 430	8.5	Ref.	
Lo vería bien	3 128	4 689 669	26.4	1.5	1.30-1.68***
Disponibilidad de drogas en el ambiente					
Difícil encontrar	6 497	9 740 129	7.6	Ref.	
Fácil encontrar	18 475	27 694 673	12.4	1.0	0.84-1.11
Exposición a drogas vendidas o regaladas					
No le han ofrecido	18 136	27 187 272	1.9	Ref.	
Sí le han ofrecido	8 232	12 340 626	30.1	8.2	6.53-10.33***
Consumo de Tabaco					
No fumador actual	21 743	32 594 505	6.5	Ref.	
Fumador actual	4 340	6 505 822	32.3	1.7	1.52-1.97***
Consumo de Alcohol					
No consume	9 097	13 636 951	1.2	Ref.	
Otro consumo	8 022	12 024 886	7.3	2.9	1.84-4.52***
Consumo excesivo/dependencia	9 250	13 866 060	22.9	4.7	2.93-7.49***

PR: razón de prevalencia. Las cifras son de la población de 12 a 29 años (n=26 368; N=39 527 898).

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En cuanto al consumo regular de drogas (Tabla 5), los hombres presentan mayor riesgo que las mujeres para presentar un consumo regular (PR= 1.3, IC 95%= 1.04-1.61) y aquellos jóvenes de 18 a 24 años en comparación con el grupo de 12 a 17 años (PR= 1.3, IC 95%= 1.00-1.59). Para las variables contextuales, la tolerancia al consumo por parte de los amigos (17.4%; PR= 1.7, IC 95%= 1.40-1.99), ser fumador actual (22.2%; PR= 2.1, IC 95%= 1.76-2.59) y el consumo de alcohol, principalmente el consumo excesivo (14.3%; PR= 3.6, IC 95%= 1.97-6.51) tuvieron una asociación significativa para el consumo regular.

Tabla 5. Factores sociodemográficos y contextuales asociados al inicio en el consumo regular de drogas en población de 12 a 29 años

	Consumidor regular de drogas				
	n	N	%	PR	IC 95%
Sexo					
Mujer	13 203	19 792 306	3.2	Ref.	
Hombre	13 165	19 735 591	9.6	1.3	1.04-1.61*
Edad					
12 a 17 años	9 563	14 335 079	2.6	Ref.	
18 a 24 años	10 203	15 295 606	9.7	1.3	1.00-1.59*
25 a 29 años	6 602	9 897 212	6.8	1.2	0.89-1.49
Percepción de riesgo del consumo de drogas					
Es peligroso	20 753	31 109 554	6.0	Ref.	
No es peligroso	5 616	8 418 343	7.7	1.2	1.00-1.44
Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de la familia					
Lo vería mal	25 865	38 772 862	6.3	Ref.	
Lo vería bien	332	498 288	17.9	1.1	0.78-1.69
Tolerancia social ante el consumo de drogas por parte de los amigos					
Lo vería mal	22 931	34 374 430	4.9	Ref.	
Lo vería bien	3 128	4 689 669	17.4	1.7	1.40-1.99***
Disponibilidad de drogas en el ambiente					
Difícil encontrar	6 497	9 740 129	4.2	Ref.	
Fácil encontrar	18 475	27 694 673	7.6	1.1	0.86-1.33
Exposición a drogas vendidas o regaladas					
No le han ofrecido	18 136	27 187 272	0.9	Ref.	
Sí le han ofrecido	8 232	12 340 626	18.5	8.9	6.53-12.25***
Consumo de Tabaco					
No fumador actual	21 743	32 594 505	3.3	Ref.	
Fumador actual	4 340	6 505 822	22.2	2.1	1.76-2.59***
Consumo de Alcohol					
No consume	9 097	13 636 951	0.7	Ref.	
Otro consumo	8 022	12 024 886	3.7	2.1	1.19-3.69***
Consumo excesivo/dependencia	9 250	13 866 060	14.3	3.6	1.97-6.51***

PR: razón de prevalencia. Las cifras son de la población de 12 a 29 años (n=26 368; N=39 527 898). * $p < .05$,

** $p < .01$, *** $p < .001$

También, la exposición a drogas resultó ser el indicador con la mayor razón de prevalencia relacionada, donde 0.9% de los que no han estado expuestos tienen un consumo regular comparados con el 18.5% de quienes sí han estado expuestos (PR= 8.9, IC 95%= 6.53-12.25).

Factores y Problemas relacionados con el consumo de Alcohol y Drogas

Los siguientes análisis se realizaron con la población de 12 a 65 años debido a la baja prevalencia de algunos indicadores ya que la problemática afecta no solo a la población joven. De esta forma, en esta sección se analizan los indicadores de consumo excesivo de alcohol, de dependencia al alcohol, así como los indicadores de drogas ya indicados en la sección anterior. Los predictores no son los mismos en todos los análisis, debido precisamente a la baja presencia de algunos de ellos en los indicadores analizados.

De esta forma, en cuanto al análisis del consumo excesivo, se encontró que los hombres presentan una prevalencia mayor que las mujeres (45.5%; PR= 2.0, IC 95%= 1.90-2.09), los de 18 años o más, principalmente el grupo de 18 a 29 años (46.4%; PR= 3.0, IC 95%= 2.80-3.32), quienes en algún momento han migrado a EUA por razones de trabajo (50.5%; PR=1.2, IC 95%= 1.12-1.27), y la población que presentó malestar emocional (36.1%; PR= 1.1, IC 95%= 1.00-1.32) (Tabla 6).

Tabla 6. Factores sociodemográficos y personales asociados al consumo excesivo de alcohol en población de 12 a 65 años

	Consumo excesivo al alcohol ¹				
	n	N	%	PR	IC 95%
Sexo					
Mujer	29 414	44 093 441	22.6	Ref.	
Hombre	27 463	41 168 617	45.5	2.0	1.90-2.09***
Edad					
12 a 17 años	9 563	14 335 079	15.2	Ref.	
18 a 29 años	16 806	25 192 818	46.4	3.0	2.80-3.32***
30 a 39 años	10 504	15 745 713	38.8	2.6	2.42-2.89***
40 a 65 años	20 005	29 988 447	29.1	2.0	1.82-2.15***
Migración					
No ha migrado a EUA por trabajo	53 811	80 665 559	32.7	Ref.	
Ha migrado a EUA por trabajo	3 066	4 596 499	50.5	1.2	1.12-1.27***
Malestar emocional					
No probable	55 015	82 470 817	33.6	Ref.	
Probable	1 862	2 791 241	36.1	1.1	1.00-1.32*
Juego patológico					
No presente	56 719	85 025 745	33.6	Ref.	
Presente	158	236 313	50.1	1.1	0.86-1.51

PR: razón de prevalencia. Las cifras son del total de la población (n=56 877; N=85 262 058). ¹ La población de consumo excesivo incluye aquella población que también presenta dependencia al alcohol. *p < .05, **p < .01, ***p < .001

Para la dependencia al alcohol (Tabla 7), los hombres tienen 6 veces más probabilidad de presentar dependencia y casi 7 veces más quienes presentan juego patológico (25.6%; PR= 7.7, IC 95%= 4.66-12.77); de igual forma los mayores de edad, principalmente aquellos de 18 a 29 años son quienes tienen una razón de prevalencia superior para presentar dependencia al alcohol que la población de 12 a 17 años (3.3%; PR= 4.1, IC 95%= 2.58-6.53).

Tabla 7. Factores sociodemográficos y personales asociados a la dependencia de alcohol en población de 12 a 65 años

	Dependencia de alcohol durante el último año				
	n	N	%	PR	IC 95%
Sexo					
Mujer	29 414	44 093 441	0.6	Ref.	
Hombre	27 463	41 168 617	3.9	6.1	4.40-8.51***
Edad					
12 a 17 años	9 563	14 335 079	0.8	Ref.	
18 a 29 años	16 806	25 192 818	3.3	4.1	2.58-6.53***
30 a 39 años	10 504	15 745 713	2.4	3.2	1.93-5.18***
40 a 65 años	20 005	29 988 447	1.9	2.3	1.28-4.24**
Migración					
No ha migrado a EUA por trabajo	53 811	80 665 559	2.1	Ref.	
Ha migrado a EUA por trabajo	3 066	4 596 499	4.6	1.4	0.96-2.11
Juego patológico					
No presente	56 719	85 025 745	2.1	Ref.	
Presente	158	236 313	25.6	7.7	4.66-12.77***

PR: razón de prevalencia. Las cifras son del total de la población (n=56 877; N=85 262 058). * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Para el consumo de drogas, el ser hombre, tener entre 18 a 39 años, haber migrado a EUA por razones de trabajo (20.3%; PR= 1.7, IC 95%= 1.46-1.90); y presentar un probable malestar emocional (18.4%; PR= 2.1, IC 95%= 1.75-2.63, fueron factores que tuvieron una razón de prevalencia significativamente mayor para el consumo alguna vez en la vida (Tabla 8).

Tabla 8. Factores sociodemográficos y personales asociados al consumo de drogas en población de 12 a 65 años

	Consumo alguna vez de drogas médicas o ilegales				
	n	N	%	PR	IC 95%
Sexo					
Mujer	29 414	44 093 441	4.8	Ref.	
Hombre	27 463	41 168 617	16.2	3.2	2.86-3.58***
Edad					
12 a 17 años	9 563	14 335 079	6.4	Ref.	
18 a 29 años	16 806	25 192 818	15.8	2.5	2.08-2.93***
30 a 39 años	10 504	15 745 713	11.6	1.8	1.53-2.21***
40 a 65 años	20 005	29 988 447	6.9	1.0	0.85-1.26
Migración					
No ha migrado a EUA por trabajo	53 811	80 665 559	9.7	Ref.	
Ha migrado a EUA por trabajo	3 066	4 596 499	20.3	1.7	1.46-1.90***
Malestar emocional					
No probable	55 015	82 470 817	10.0	Ref.	
Probable	1 862	2 791 241	18.4	2.1	1.75-2.63***
Juego patológico					
No presente	56 719	85 025 745	10.3	Ref.	
Presente	158	236 313	21.3	1.4	0.91-2.09

PR: razón de prevalencia. Las cifras son del total de la población (n=56 877; N=85 262 058). * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Finalmente, para el consumo regular de drogas (Tabla 9), los hombres y la población de 18 años o más, fueron quienes tuvieron significativamente mayor porcentaje que las mujeres y los menores de edad. Para los factores personales, el haber migrado a EUA por trabajo (PR= 1.9, IC 95%= 1.61-2.26), presentar malestar emocional (PR= 3.2, IC 95%= 2.48-4.03) y presentar juego patológico (PR= 1.8, IC 95%= 1.21-2.78), fueron los principales predictores.

Tabla 9. Factores sociodemográficos y personales asociados al consumo regular de drogas en población de 12 a 65 años

	Consumo regular de drogas				
	n	N	%	PR	IC 95%
Sexo					
Mujer	29 414	44 093 441	1.9	<i>Ref.</i>	
Hombre	27 463	41 168 617	9.2	4.6	3.80-5.47***
Edad					
12 a 17 años	9 563	14 335 079	2.6	<i>Ref.</i>	
18 a 29 años	16 806	25 192 818	8.6	3.3	2.65-4.10***
30 a 39 años	10 504	15 745 713	6.5	2.5	1.97-3.15***
40 a 65 años	20 005	29 988 447	3.6	1.3	1.00-1.61*
Migración					
No ha migrado a EUA por trabajo	53 811	80 665 559	5.0	<i>Ref.</i>	
Ha migrado a EUA por trabajo	3 066	4 596 499	12.9	1.9	1.61-2.26***
Malestar emocional					
No probable	55 015	82 470 817	5.1	<i>Ref.</i>	
Probable	1 862	2 791 241	13.8	3.2	2.48-4.03***
Juego patológico					
No presente	56 719	85 025 745	5.4	<i>Ref.</i>	
Presente	158	236 313	16.5	1.8	1.21-2.78**

PR: razón de prevalencia. Las cifras son del total de la población (n=56 877; N=85 262 058). * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 además de proporcionar un panorama epidemiológico sobre el consumo de sustancias legales e ilegales en nuestro país, nos permite conocer diversos factores que pueden estar involucrados para el inicio y el consumo regular de drogas, conocimiento que ayuda al desarrollo de acciones de prevención o tratamiento más acertadas, dirigidas a las necesidades específicas de la población.

Ante la luz de estas necesidades, la encuesta nos reporta que el consumo alguna vez de drogas en la población de 12 a 65 años es del 10.3%, presente en el 6.4% en adolescentes de 12 a 17 años y 15.8% en los jóvenes de 18 a 29 años (Villatoro-Velázquez, et al, 2017); en tanto, el consumo de alcohol alguna vez es de 71% en la población total, 39.8% en adolescentes y 80.1% en jóvenes, y el 49.1% de la población de 12 a 65 años son bebedores actuales (tomaron alcohol durante los últimos 12 meses) (Resendiz, et al, 2018).

Con estas prevalencias, los resultados específicos obtenidos en este trabajo para el grupo poblacional de 12 a 29 años muestran que los indicadores que se encuentran involucrados para el consumo de drogas, tanto para el uso alguna vez como el regular, fueron:

- a) La tolerancia de los amigos al consumo de drogas,
- b) El estar expuestos a las sustancias en el contexto cercano a ellos; es decir, que generalmente en el ambiente donde se desenvuelven les ofrecen drogas ya sea vendidas o regaladas,
- c) Si además el adolescente o joven es fumador actual de tabaco o consume alcohol de manera excesiva, la probabilidad de que consuma drogas aumenta.

En tanto, en la población general, los indicadores que se asocian con el consumo regular de drogas y de consumo excesivo o dependencia al alcohol son:

- a) Ser mayor de edad, es decir, tener entre 18 y 65 años,
- b) La migración por trabajo en los Estados Unidos de América,
- c) La presencia de malestar emocional,
- d) Cumplir con criterios de juego patológico.

Aunque los resultados en este estudio muestran que los hombres presentan una mayor probabilidad de involucrarse en el consumo de alcohol y drogas, la ONU señala que las mujeres progresan de una forma más rápida hacia el consumo problemático de sustancias (UNODC, 2018), por lo que diseñar programas de prevención e intervención diferenciadas por género,

puede llevar al alcance exitoso de los objetivos de las políticas públicas en materia de drogas. En nuestro país, se observa claramente esta tendencia en las mujeres que son quienes han mostrado un crecimiento sostenido en cuanto a sus prevalencias de consumo.

Por otro lado, es importante recalcar que el inicio del consumo de drogas en edades tempranas incrementa la probabilidad de un uso problemático a edades posteriores (Ellickson, et al., 2004), así como el involucramiento en otras conductas de riesgo tales como, tener relaciones sin protección, consumo de alcohol, drogas y tabaco, accidentes vehiculares, propensión a peleas y riñas, etc. (Kharitonova & Munakata, 2011).

Este consumo problemático, puede traer consigo efectos negativos en los usuarios como desempleo, problemas de salud física, relaciones sociales disfuncionales, tendencia al suicidio, enfermedades mentales, VIH, hepatitis C, estigma, discriminación y reducción de la esperanza de vida (UNODC, 2018).

Aunque existen distintos factores, a nivel escolar, familiar, la relación con pares y con el medio ambiente, que pueden influir para que los jóvenes se involucren en el consumo de las drogas, los resultados obtenidos en esta investigación muestran que si el adolescente se encuentra expuesto al consumo de sustancias, esto impactará significativamente en el consumo, por lo que las acciones de prevención deben encaminarse, junto con las autoridades de seguridad, a mejorar las condiciones del medio que los rodea, para disminuir la oferta.

Estas acciones pueden ser el promover y ampliar áreas de recreación familiar y deportiva, vigilancia en el vecindario, iluminación, apertura de centros culturales en la comunidad de proporcionen actividades-talleres artísticas, así como otras acciones institucionales y comunitarias que se enfoquen al cambio de percepciones y creencias en la población sobre las drogas, pues la tolerancia que existe en los grupos de socialización próximos al adolescente, sean amigos o familia, también son predictores para la iniciación y consumo regular de sustancias.

Es importante implementar programas que refuercen los factores que han demostrado ser protectores ante el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo como la proximidad emocional entre padres e hijos, un mayor involucramiento y supervisión parental, el establecimiento de normas y reglas claras en casa, así como establecer entornos escolares de calidad, son elementos fundamentales por lo que debemos apostar entorno a la prevención.

Finalmente, el estudio además de ofrecer una visión del uso y abuso de drogas y los problemas que influyen en los incrementos de consumo en la población, abre el camino para dirigir nuevas acciones que responda a los requerimientos actuales de la población. Por ello, es necesario concluir enfatizando las posibles vías por las que se debe trabajar:

- Establecer afecto y convivencia positiva con familiares, grupos de amigos, vecinos, maestros etc.
- Fomentar el ocio y actividades recreativas saludables en nuestros adolescentes.
- Proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente a su entorno.
- Ponerse en contacto con profesionales ante la sospecha o confirmación del consumo, para valorar la situación y realizar una intervención a tiempo.
- Trabajar en políticas públicas que permitan a los jóvenes y adultos tomar otro tipo de decisiones en cuanto a temas migratorios, de salud mental y de disponibilidad de lugares donde se practique el juego de azar.

No olvidemos que la presencia de las Instituciones, de los maestros y de los padres son un pilar importante para trabajar en nuevas estrategias de prevención. Es momento de trabajar en equipo.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Aguilar, O.E. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 69-70.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Armstrong, T.D., & Costello, E.J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1224-1239.
- Betancourt, D. & Andrade, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41.
- Blanco, P. & Sirvent, C. (2006). Psicopatología asociada al consumo de cocaína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3-4), 324-344.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E., Breslau, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2007). The effect of migration to the United States on substance use disorder among returned mexican migrants and families of migrants. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1847-1851.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M.E. (2009). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Bustos, M., Oliva, N., Villatoro, J., Fleiz, C. & Gutiérrez, M.L. (2014). Maltrato infantil y prácticas parentales como factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes. *TSOP: Orientación psicológica y adicciones*, 8, 67-76.
- Buu, A., Dipiazza, C., Wang, J., Puttler, L.I., Fitzgerald, H.E. & Zucker, R.A. (2009). Parent, family, and neighborhood effects on the development of child substance use and other psychopathology from preschool to the start of adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 489-498.
- Burdzovic, J., Pape, H., & Bretteville-Jensen, A. L. (2016). Who are the adolescents saying “No” to cannabis offers. *Drug and alcohol dependence*, 163, 64-70. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.03.025
- Ceja, A., Lira, J. & Fernández, E. (2014). Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos. *Raximhai*, 10(1), 291-306.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], Secretaría de Seguridad Multidimensional [SSM] & Organización de los Estados Americanos [OEA] (2015). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Resumen Ejecutivo. Recuperado de: <http://www.oas.org/cicaddocs/Document.aspx?Id=4977>
- Contreras, L., Molina, V. & Cano, M.C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24(1), 31-38.

- De Bellis, M.D., Keshavan, M.S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S.R., Hall, J., & Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. *Biol Psychiatry*, 52(11),1066–1078.
- Del Pino-Gutiérrez, A., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., Granero, R., Hakansson, A., ... & Menchón, J. (2017). The relevance of personality traits in impulsivity-related disorders: From substance use disorders and gambling disorder to bulimia nervosa. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 396-405. 10.1556/2006.6.2017.051
- Díaz-Negrete, B., & García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4), 223-232.
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., Klein, D. J., & Saner, H. (2004). Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Preventive Medicine*, 39(5), 976-984. doi:10.1016/j.ypmed.2004.04.013
- Feinstein, E.C., Richter, L., & Foster, S.E. (2012). Addressing the critical health problem of adolescent substance use through health care, research, and public policy. *J Adolesc Health*, 50(5), 431–436.
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Moreno, M., Gutiérrez, M.L. & Oliva, N. (2012). Sociodemographic and personal factors related to depressive symptomatology in the Mexican population aged 12 to 65. *Rev Bras Psiquiatr*, 34(4), 395-404. C vv
- Frajzyngier, V., Neaigus, A., Gyarmathy, V.A., Miller, M., & Friedman, S.R. (2007). Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode. *Drug Alcohol Depend*, 89(2-3), 145-152
- Gallimberti, L., Buja, A., Chindamo, S., Terraneo, A., Marini, E., Gomez, L.J., & Baldo, V. (2016). Experience with Gambling in late childhood and early adolescence: Implications for substance experimentation behavior. *Journal of Development & Behavioral Pediatrics*, 37(2), 148-156
- González-Forteza, C., Juárez, C.E., Montejo, L., Wagner, F & Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(2), 29-34
- González-González, A., Juárez, F., Solís, C., González-Forteza, C., Jiménez, A., Medina-Mora, M.E. & Fernández-Varela, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51-55.
- Guerrero, E., Villatoro, J., Kong, Y., Bustos, M., Vega, W. & Medina-Mora, M.E. (2014). Mexicans' Use of illicit drugs in an era of drug reform: national comparative analysis by migrant status. *Int J Drug Policy*, 25(3), 451-457.
- Hidalgo, M.I. & Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatr Integral*, 11(10), 895-910.

- Himelhoch, S., Miles-McLean, H., Medoff, D.R., Kreyenbuhl, J., Rugle, L., Bailey-Kloch, M., ... & Brownley, J. (2015). Evaluation of brief screens for gambling disorder in the substance use treatment setting. *The American Journal on Addictions*, *24*, 460-466. 10.1111/ajad.12241
- Hussong, A.M., Jones, D.J., Stein, G.L., Baucom, D.H. & Boeding, S. (2011). An internalizing pathway to alcohol use and disorder. *Psychol. Addict. Behav*, *25*(3), 390-404. 10.1037/a0024519
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P., & Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, *21*(1), 21-28.
- Jones, O. (2010). Comorbilidad entre el distrés psicológico y abuso de drogas en pacientes internados en entorno de tratamiento. *Enfoque Revista Científica de Enfermería*, *2*(2), 34-43.
- Kharitonova, M. & Munakata, Y. (2011). The role of representations in executive function: Investigating a developmental link between flexibility and abstraction. *Frontiers in Psychology*, *2*, 347. doi:10.3389/fpsyg.2011.00347
- Lerman, C. & Niaura, R. (2002). Applying genetic approaches to the treatment of nicotine dependence. *Oncogene*, *21*, 7412-7420
- López, S., & Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, *22*(4), 568-573.
- López, S. & Rodríguez-Arias, J.L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, *5*(1), 25-33.
- Maqueda, F. & Ruiz-Olivares, R. (2017). Relación entre juego patológico y consumo de sustancias en una muestra de estudiantes universitarios. *Health and Addictions*, *17*(2), 17-24.
- Medina-Mora, M.E., Rafful, C., Villatoro, J., Oliva, N., Bustos, M. & Moreno, M. Diferencias sociodemográficas entre usuarios de inhalables, usuarios de otras drogas y adolescentes no consumidores en una muestra mexicana de estudiantes. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, *1*(1), 6-15
- Morales, B.N., Plazas, M., Sánchez, R., & Ventura, C.A. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*(spe), 673-683.
- Neighbors, C., Geisner, I. M., & Lee, C. M. (2008). Perceived Marijuana Norms and Social Expectancies among Entering College Student Marijuana Users. *Psychology of Addictive Behaviors*, *22*(3), 433-438. doi:10.1037/0893-164X.22.3.433
- Neumark, Y., Lopez-Quintero, C., & Bobashev, G. (2012). Drug use opportunities for drug use prevention: Bogotá, Colombia a case in point. *Drug and Alcohol Dependence*, *122*(1-2), 127-134. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.09.022

- Okkuna, N.C., Rodriguez-Monguio, R., Smelson, D.A., Poudel, K.C., & Volberg, R. (2016). Gambling involvement indicative of underlying behavioral and mental health disorders. *The American Journal on Addictions*, 25, 160-172. 10.1111/ajad.12345
- Palacios, J.R., & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 7, 7-18.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E.E., De Castro, F., Leyva-López, A. & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- Peters, E.N., Nordeck, C., Zanetti, G., O'Grady, K.E., Serpelloni, G., Rimondo, C., ... & Schwartz, R.P. (2015). Relations of gambling with tobacco, alcohol, and illicit drug use among adolescents in the USA: Review of the literatura 2000-2014. *The American Journal on Addictions*, 24, 206-216. 10.1111/ajad.12214
- Peñañiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en grupos de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9(1), 63-84.
- Prieto, R., Brands, B., Strike, C., Mann, R. & Khenti, A. (2012). Estudio de la comorbilidad entre el distress psicológico y abuso de drogas en pacientes de dos centros de tratamiento, Asunción-Paraguay. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 21(Esp), 168-173.
- Quello, S.B., Brady, K.T. & Sonne, S.C. (2005). Mood disorders and substance use disorder: A complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives*, 3(1), 13-21.
- Reséndiz, E., Bustos M., Mujica, R., Soto, I., Cañas, V., Fleiz, C., ... & Villatoro, J.A. (2018). National trends in alcohol consumption in Mexico: results of the National Survey on Drug, alcohol and Tobacco Consumption 2016-2017. *Salud Mental*, 41(1), 7-15
- Roditis, M. L., Delucchi, K., Chang, A., & Halpern-Felsher, B. (2016). Perceptions of social norms and exposure to pro-marijuana messages are associated with adolescent marijuana use. *Preventive Medicine*, 93, 171-176. doi:10.1016/j.ypmed.2016.10.013
- Rodriguez-Monguio, R., Errea, M., & Volberg, R. (2017). Comorbid pathological gambling, mental health, and substance use disorders: Health-care services provision by clinician specialty. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 406-415. 10.1556/2006.6.2017.054
- Rodríguez-Kuri, S., Díaz-Negrete, D., Gracia-Gutiérrez de Velasco, S., Guerrero-Huesca, J. A., & Gómez-Maqueo, E. (2007). Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 68-81.
- Rowe, C.L., Liddle, H.A., Greenbaum, P.E., & Henderson, C.E. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(2), 129-140.
- Sánchez-Huesca, R., Arellanez-Hernández, J.L., Pérez-Islas, V. & Rodríguez-Kuri, S.E. (2006). Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental*, 29(1), 35-43.

- Schinke, S.P., Fang, L. & Cole, K.C.A. (2008). Substance use among early adolescent girls: risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health, 43*(2), 191-194. 10.1016/j.jadohealth.2007.12.014.
- Secretaría de Gobernación (SEGOB) & Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2018). Anuario de migración y remesas México 2018. Primera edición. Ciudad de México, México. Recuperado 29 Enero 2019: http://www.omi.gob.mx/es/OMI/Anuario_de_Migracion_y_Remesas_Mexico_2018
- Sierra, D., Pérez, M., Pérez, A., & Nuñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones, 17*(4), 349-360.
- Somerville, L.H. & Casey, B.J. (2010) Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems. *Curr Opin Neurobiol, 20*(2), 236-241. 10.1016/j.conb.2010.01.006
- Tarter, R., Vanyukov, M., Kirisci, L., Reynolds, M., & Clark, D. (2006). Predictors of Marijuana use in adolescents before and after licit drug use: examination of the gateway hypothesis. *American Journal of Psychiatry, 163*(12), 2134-2140.
- Tirado, A.F., Álvarez, M., Velásquez, J.D., Gómez, L., Ramírez, C. & Vargas, A.R. (2012). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia, 2009. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 30*(1), 38-44
- Trujillo, H., Martínez-González, J., & Vargas, C. (2013). Relaciones asociativas entre las creencias acerca del uso social de las drogas y el consumo en estudiantes jóvenes. *Universitas Psychologica, 12*(3), 875-885. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.race
- United Nation Office on Drugs and Crime (2018). World Drug Report 2018. United Nations publication.
- Uribe, J.I., Verdugo, J.C. & Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud, 21*(1), 47-55.
- Vargas, B., Villamil, V., Rodríguez, C., Pérez, J. & Cortés, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud mental, 34*(4), 323-331.
- Vargas, H. & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr, 75*(1), 19-28.
- Villatoro, J., Moreno, M., Gutiérrez, M. L., Sánchez, V., Bretón, M., Gaytan, F., Sandavoyal, A., López, M.A., Magaña, E., Medina-Mora, M.E. & Amador, N. (2012). Consumo de drogas, alcohol y tabaco y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato y universitarios. En: L.M. Reidl (Ed), Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas. (pp. 121-139). Ciudad de México, México. Editorial Porrúa.
- Villatoro, J., Bustos, M., Fregoso, D., Fleiz, C., Gutiérrez, M.L., Amador, N. & Medina-Mora M.E. (2017). Contextual factors associated with marijuana use in school population. *Salud Mental, 40*(3), 93-101
- Villatoro-Velázquez, J.A., Resendiz -Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto- Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M.E.,

- Gutiérrez-Reyes, J., Franco -Núñez, A. & Romero-Martínez, M. L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-201: Reporte de Drogas. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud-INPRFM.
- Villatoro, J., Resendiz, E., Bustos, M., Mujica, A.R., Medina-Mora, M.E., Cañas, M., ... & Romero, M. (2018). Magnitude and extent of gambling disorder in the Mexican population. *Salud Mental*, 41(4), 1-11.
- Walker, D. D., Neighbors, C., Rodriguez, L. M., Stephens, R. S., & Roffman, R.A. (2011). Social Norms and Self-Efficacy Among Heavy Using Adolescent Marijuana Smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(4), 727-732. doi:10.1037/a0024958
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

