



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SINTOMATOLOGÍA  
DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A N :  
MARTÍNEZ ZOZALLAS CARLOS DANIEL  
RODRIGUEZ DAMIAN KEVIN

JURADO DE EXAMEN:

**DIRECTORA:** LIC. NANCY MONTERO SANTAMARIA  
**COMITÉ:** LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ  
DRA. BERTHA RAMOS DE RÍO  
MTRA. ALEJANDRA LUNA GARCÍA  
MTRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO



**FES**  
ZARAGOZA

CIUDAD DE MÉXICO

MAYO, 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios, por haberme formado como universitario y desde luego a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por brindarme tan noble carrera, así como grandiosos profesores y compañeros.

A mis sinodales, por sus esmeradas atenciones y valiosas observaciones, sin las cuales no habría podido concluir este trabajo, pero sobre todo por su paciencia y esmerado compromiso con sus estudiantes.

A mis padres, por ser el mejor ejemplo de vida, por sus grandes enseñanzas, por seguirme en cada una de mis locas decisiones, y porque cada día dedican su persona para brindarnos lo mejor y vernos crecer, les agradezco por todo su amor y sacrificio. Los amo, gracias por estar siempre conmigo.

A mi único hermano por compartir conmigo su gran sentido del humor, su compañerismo y su grata presencia. Gracias *Lalan*.

A mis distinguidos tíos (Lupita, Alex y José) por compartirme tan agradables momentos y afectuosos consejos. Gracias Familia.

Por último a mis amigos por su agradable compañía, su incondicional apoyo y por los divertidos momentos que disfrutamos; confío que serán excelentes profesionistas.

**Dany MZ.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme educación, valores y una formación incomparable, no solamente durante mi etapa universitaria, sino a lo largo de lo que son 9 años desde mi bachillerato. Quiero agradecer a mi amada Facultad, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por regalarme incontables momentos de aprendizaje a través de experiencias agradables y negativas.

Agradezco profundamente a mi señor padre Juan Rodríguez Vázquez, quien me hizo la persona que ahora soy. Sin su profundo amor, apoyo y enseñanzas hubiera sido imposible llegar a este momento de mi vida. A mi Hermana Ericka Belén Rodríguez Damián, por el inmenso apoyo que recibí de ella, por estar conmigo incondicionalmente en los momentos más difíciles de mi vida, especialmente a lo largo de esta carrea y porque siempre aprendí algo de ella. A mis amigos, Alfredo, Brian, Alexis, y especialmente a Carlos, por la amistad, fraternidad y apoyo desinteresado que me brindaron durante estos años de mi vida, sin su soporte hubiera sido imposible sortear esta etapa, gracias por enseñarme tanto.

Quiero agradecer a mis profesores, por su tiempo, dedicación e interés en mi formación, agradeciendo especialmente a los miembros de mi comité de titulación, quienes me brindaron apoyo incondicional, paciencia y me transmitieron conocimiento invaluable más allá de lo académico; en cada momento que compartimos aprendí cosas invaluable de ellos como los grandes profesionales y como personas ejemplares que son.

**Kevin Rodríguez Damián.**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	2
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>CAPÍTULO 1. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b> .....	6
Clasificación de las sustancias psicoactivas .....	8
Factores de riesgo y protectores del consumo de sustancias psicoactivas .....	27
Componente Genético en la adicción / Factores Biológicos .....	30
Comorbilidad.....	32
Prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas .....	33
<b>CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN</b> .....	38
Situación Actual en México y en el Mundo.....	38
Definición y estudio de la Depresión.....	39
Factores de Predisposición.....	41
Prevención y tratamiento de la Depresión .....	42
<b>CAPÍTULO 3. ADULTEZ EMERGENTE</b> .....	45
La fecundidad .....	50
Características económicas .....	52
La salud de los jóvenes .....	53

Consumo de tabaco y de alcohol.....	54
<b>MÉTODO</b> .....	57
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	57
JUSTIFICACIÓN.....	57
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	59
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	59
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	60
<b>HIPÓTESIS</b> .....	60
<b>VARIABLES</b> .....	61
POBLACIÓN Y MUESTRA .....	62
TIPO DE MUESTREO .....	62
TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.....	63
INSTRUMENTOS .....	63
PROCEDIMIENTO.....	65
<b>RESULTADOS</b> .....	67
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	86
<b>REFERENCIAS</b> .....	93

## RESUMEN

El consumo de sustancias psicoactivas (drogas) y la depresión han cobrado especial relevancia en las últimas décadas debido al costo económico y social que estos dos padecimientos ocasionan a la población de nuestro país. Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016) la prevalencia en México en cuanto al consumo de cualquier droga en el último año es del 5% en población de 18 a 35 años. Por otra parte, en México el 2% de la población general ha padecido depresión en algún momento de su infancia o adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida, durante los cuales no reciben tratamiento (Marín, et. al., 2013; Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004; González et al., 2012). El objetivo de la presente investigación es identificar si existe relación entre el consumo de drogas ilegales y la sintomatología depresiva, en una muestra conformada por 250 adultos jóvenes estudiantes de pregrado. Se implementó una batería de instrumentos de auto-reporte que contenía: Consentimiento informado, Cuestionario de datos sociodemográficos, Preguntas abiertas sobre el consumo de sustancias, la prueba de Detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST V3.0 (OMS 2013) y la Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológicos CES-D-R (González, Jiménez, Ramos y Wagner, 2008). En este estudio participaron estudiantes de pregrado, con una media de edad de 21 años ( $\sigma= 1.8$ , entre 18 y 24 años) de los cuales 139 (56%) fueron mujeres y 111 (44%) fueron hombres. El presente estudio es de tipo Transversal-Correlacional con un grupo. Entre los principales resultados se encontró que solo el 18% de la muestra se encuentra con sintomatología depresiva elevada, según la CESD-R [punto de corte (PC) de, la media más una desviación estándar ( $PC \geq 24$ )]. En cuanto al

consumo de sustancias, en riesgo alto de presentar problemas de consumo se ubicaron: Tabaco (3%), Alcohol (4%) y Marihuana (3%), para las demás sustancias el mismo nivel de riesgo representa menos del 2% de la muestra. Para las sustancias psicoactivas Tabaco, Alcohol y Sedantes se encontró relación con la sintomatología depresiva, estos resultados son similares a otras investigaciones (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2004; Galaz, Olivas y Luzania, 2012; Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004), lo cual destaca la relevancia de investigaciones similares.

Palabras Clave: Sustancias psicoactivas, depresión, consumo, adultos jóvenes.

## **ABSTRACT**

The consumption of psychoactive substances (drugs) and depression have gained special relevance in the last decades due to the economic and social cost that these two diseases cause to the population of our country. According to the National Survey of Consumption of Drugs, Alcohol and Tobacco (ENCODAT, 2016) the prevalence in Mexico regarding the consumption of any drug in the last year is 5% in the population between 18 and 35 years old. On the other hand, in Mexico, 2% of the general population has suffered from depression at some time during their childhood or adolescence, with an average of seven episodes throughout their lives, during which they do not receive treatment (Marín, et. al., 2013; Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004; González et al., 2012). The principal aim of the present investigation is to identify if there is a relationship between depressive symptomatology and illegal drug consumption in a sample made up of 250 young adult undergraduate students. The material used was: a



battery of self-report instruments that contains: Informed consent, Sociodemographic data questionnaire, Open questions about substance use, Alcohol, tobacco and substances detection test ASSIST V3.0 (OMS 2013) and the Depression Scale of the CESD-R Epidemiological Study Center R (González, Jiménez, Ramos y Wagner, 2008). Undergraduate students that participated in this study, with a mean age of 21 years ( $\sigma = 1.8$ , between 18 and 24 years) of which 139 (56%) were women and 111 (44%) were men. The present study is of the Transversal-Correlational type with a group, the participants answered the battery of tests in the public places of the university they attend. Among the main results, it was found that in high depressive symptomatology only 18% of the sample is found, [cut-off point (PC) of the CESD-R, the mean plus one standard deviation ( $PC \geq 24$ )]. Regarding the consumption of substances, at high risk of presenting problems of consumption were: Tobacco (3%), Alcohol (4%) and Cannabis (3%), for the other substances the same level of risk represents less than 2% of the sample. For the psychoactive substances Tobacco, Alcohol and Sedatives, a relationship was found with depressive symptomatology, these results are similar to other investigations (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2004; Galaz, Olivas y Luzania, 2012; Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004), which highlights the relevance of similar investigations.

**Keywords:** Psychoactive substances, depression, consumption, young adults.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis indaga sobre la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de síntomas depresivos en una muestra conformada por adultos jóvenes estudiantes de pregrado, ya que el consumo de sustancias psicoactivas (drogas) y la presencia de síntomas depresivos son problemas graves cuya prevalencia ha ido en aumento en la sociedad mexicana en la actualidad. Acorde con los resultados de la “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016) el 15% la población mexicana en edad adulta de 18 a 34 años, ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida (22.8% hombres, 7.6% mujeres), de igual forma la prevalencia sobre el consumo de drogas ilegales aumentó de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016. Por otra parte al consultar la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, se observa para los problemas depresivos (episodio mayor y menor) una prevalencia de alguna vez en la vida de: 4.8%; 2.6% en hombres y de 6.8% en mujeres (González et al., 2012), estas cifras confirman la creciente prevalencia de estos padecimientos, aunado a las características incapacitantes propias de la depresión, el elevado costo social que trae consigo el consumo de drogas, las repercusiones que dichos padecimientos acarrearán para la salud pública del mundo, además de las consecuencias en la salud del individuo, particularmente sobre los adultos jóvenes de nuestro país, destacan la importancia de investigaciones orientadas a estos temas en esta población.

Este documento ofrece al lector información relevante de estos dos padecimientos, brevemente se exponen criterios diagnósticos, tasas de prevalencia, factores de riesgo

asociados y tratamientos para posteriormente proceder al análisis del grupo etario, la etapa del desarrollo por la cual atraviesan los adultos jóvenes, características físicas y psicológicas propias de esta edad, y la relevancia social que tiene este sector de la población en una sociedad como la nuestra. Posteriormente se exponen los resultados que se obtuvieron en esta investigación, así como las conclusiones a las que llegaron los investigadores, recalcando la importancia de esta investigación al aportar conocimiento acerca de estos padecimientos en estudiantes universitarios.

## **CAPÍTULO 1. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

En este capítulo, se revisa principalmente la definición de drogas o sustancias psicoactivas, los diferentes tipos de drogas que existen conforme a la clasificación farmacológica (sugerida por la OMS), algunos factores de riesgo y factores protectores asociados a su consumo; tal consumo es un problema de salud mundial, ya que se estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013, además, precisamente los hombres son tres veces más propensos que las mujeres a consumir cannabis, cocaína y anfetaminas, mientras que las mujeres son más propensas a abusar de los opioides y los tranquilizantes con prescripción médica (UNODC, 2015). Posteriormente, una vez que se ha definido lo que es una droga-sustancia psicoactiva y lo que implica el hablar de adicciones, se aborda el tema de la prevención y tratamiento del consumo de sustancias, para concluir con el análisis de la comorbilidad con otros padecimientos que afectan la salud tanto física como psicológica del individuo.

### **Definiendo el problema de las Drogas**

De acuerdo con el Informe Mundial Sobre las Drogas (2015) la magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente, si se tiene en cuenta que más de 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático y que al mismo tiempo sufre trastornos ocasionados por el consumo de drogas o drogodependencia, lo que supone una pesada carga para los sistemas de salud pública en lo que respecta a la prevención,

el tratamiento y la atención de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud, por lo que es importante definir las sustancias que son consideradas como drogas. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) define *droga* como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga; “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada”. Al hablar de *drogas con efectos psicoactivos* Leza, Ladero, y Lizasoain (2003) sugieren cuatro condiciones para referirse a estas sustancias como *drogas psicoactivas*:

-Sustancias que introducidas en el organismo alteran o modifican una o varias funciones psíquicas de este (carácter psicoactivo).

-Inducen a las personas que las toman a repetir su administración, por el placer que le generan (acción reforzadora positiva).

-El cese de su consumo puede dar lugar a un malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).

-No tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

## **Clasificación de las sustancias psicoactivas**

En la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) se abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Sin embargo, una de las clasificaciones más empleadas es la que cataloga a las sustancias en: estimulantes, depresoras y alucinógenas, debido a los efectos que producen en el organismo, los cuales se describen a continuación:

-Las drogas estimulantes son aquellas que aumentan la actividad del SNC y el nivel de excitación en el organismo. Tiburcio, Carreños, Martínez Echeverría y Ruiz (2009) indican que “incrementan la actividad del sistema nervioso central, generan estados de exaltación, una sensación de bienestar y euforia, así como un estado de activación y el incremento del ritmo cardiaco y la respiración”. Dentro de este grupo se encuentran la cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, nicotina, éxtasis y las drogas de diseño, entre otras.

-Las drogas depresoras producen lentitud y reducción de las funciones corporales y la actividad nerviosa. Dentro de este grupo se encuentra el alcohol, la heroína, las benzodíacepinas, los solventes, inhalantes, hipnóticos, sedantes y opioides.

-Por último, las drogas alucinógenas, que producen una distorsión de las funciones sensoriales, la percepción y la conciencia; estas drogas reemplazan la realidad con

elementos de ilusión e inducen alucinaciones definidas, como percepciones alteradas en presencia de objetos reales. Aquí se encuentran el cannabis, la mezcalina, las drogas de diseño, el LSD, el peyote y hongos, entre otros.

Una vez comentado esto, se explicará brevemente algunas características propias de las sustancias.

## **Tabaco**

El tabaco es una planta originaria de América y se considera dentro de la clasificación de los estimulantes; su principio activo es la nicotina, que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces, impredecibles tanto en la mente como en el cuerpo; es la responsable de la adicción al tabaco. Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene alquitrán, que provoca cáncer de pulmón y de otros órganos. En el humo del cigarrillo se han identificado más de 4 mil sustancias tóxicas entre las que se encuentran monóxido de carbono, amonio, plutonio, etc. La gente puede fumar, masticar o aspirar tabaco. Los productos de tabaco ahumado incluyen cigarrillos, cigarros, bidis y kreteks. Se puede fumar en pipa, inhalar y masticar, en esta última forma se incluye tabaco de mascar, rapé, inmersión y snus (NIH,2015).

La nicotina causa una descarga de dopamina en las áreas del cerebro que controlan el placer y la motivación. En contraste, también puede producir efectos sedantes,

dependiendo de la dosis consumida y del nivel de excitación del sistema nervioso del fumador (CONADIC, 2010).

En México el 20.1% de la población de 18 a 65 años fuma tabaco actualmente. Esto corresponde a 14.2 millones de fumadores mexicanos, entre los cuales 9.8% son mujeres y el 31.3% son hombres (ENCODAT, 2016). A continuación se mencionan brevemente algunos de sus efectos en la salud, así como opciones de tratamiento.

Tabla 1  
*Consumo de Tabaco (NIH, 2015).*

<b>Posibles efectos para la salud</b>	
Término corto	Aumento de la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardíaca.
A largo plazo	Aumento del riesgo de cáncer, especialmente cáncer de pulmón cuando se fuma y cánceres orales cuando se mastica, Bronquitis crónica, Enfisema, Enfermedad del corazón, Leucemia, Cataratas, Neumonía.
Otros problemas relacionados con la salud	Embarazo: aborto espontáneo, bajo peso al nacer, parto prematuro, muerte fetal intrauterina, problemas de aprendizaje y conducta.
En combinación con alcohol	Desconocido.
Síntomas de abstinencia	Irritabilidad, atención y problemas para dormir, aumento del apetito.
<b>Opciones de tratamiento</b>	
Medicamentos	Bupropion (Zyban)
	Vareniclina (Chantix)
	Reemplazo de nicotina (goma, parche, pastilla)
Terapias conductuales	Terapia cognitivo-conductual (TCC)
	Materiales de autoayuda
	Recursos de correo, teléfono e Internet para dejar de fumar



## **Alcohol**

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, es la droga legal de más alto consumo y cuenta con un mayor número de adictos, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado en la cultura mexicana, por lo que se ubica dentro de la clasificación de depresores. Los efectos se presentan en una secuencia de cinco etapas, siempre que el individuo continúe bebiendo y de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida ingerida, así como el volumen de alimentos que se encuentran en el estómago, el sexo, el peso corporal de la persona y las circunstancias en que se bebe:

Primera: el sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido debido a que el alcohol deprime primero los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera y el individuo parece excitado.

Segunda: su conducta es esencialmente emocional, presenta problemas de juicio y de coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.

Tercera: el individuo experimenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, además de serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que oye.

Cuarta: no puede sostenerse en pie; sufre vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia.

Quinta: inconsciencia, ausencia de reflejos; el individuo puede entrar en estado de coma que puede llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria (CONADIC, 2008).

La prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida es del 77.3% en población mexicana adulta, del cual para los hombres es el 88.3% y para las mujeres el 67.3%. En el último mes, la prevalencia de consumo de esta sustancia es del 39.9%; siendo para hombres el 54.8% y para mujeres el 26.2% (ENCODAT, 2016).

Tabla 2  
*Consumo de Alcohol (NIH, 2015).*

<b>Posibles efectos para la salud</b>	
A corto plazo	Habla confusa, Somnolencia, Vómitos, Diarrea, Molestias estomacales, Dolores de cabeza, Dificultades respiratorias, Distorsiones visuales y auditivas, Capacidad de juicio deteriorado, Disminuye la percepción y la coordinación, Pérdida del conocimiento, Periodos de inconsciencia, Anemia (pérdida de glóbulos rojos) entre otros.
A largo plazo	Problemas familiares, Ruptura de relaciones, Intoxicación por alcohol, Alta presión arterial, derrame cerebral, y otras enfermedades relacionadas con el corazón, Enfermedades hepáticas, Daños a los nervios, Problemas de tipo sexual, Daños cerebrales permanentes, Úlceras, Gastritis, Desnutrición, Cáncer de boca y garganta.
Otros problemas relacionados con la salud	Cirrosis hepática, padecimientos cardíacos, Consecuencias sociales, como por ejemplo Accidentes de tránsito, Peleas, Ausentismo laboral/escolar, Accidentes laborales, Violencia y Maltrato intrafamiliar, Disolución del núcleo familiar, entre otras.
Síntomas de abstinencia	Depresión, Ansiedad, Cansancio.
<b>Opciones de tratamiento</b>	
Medicamentos	Naltrexona, Acamprosato, Disulfiram
Terapias conductuales	Terapia cognitivo-conductual (TCC) Terapia familiar multidimensional, Manejo de contingencias Entrevistas Motivacionales Terapia de facilitación de 12 pasos

## Marihuana

El término marihuana se refiere a las hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta *Cannabis sativa* o *Cannabis*. La planta contiene tetrahidrocanabidol (THC), además de otros compuestos similares. Existen diversas resinas con alto contenido de THC extraídas de la planta de marihuana, como por ejemplo: Aceite de hachís o aceite de miel, cera o "budder y "shatter". El THC actúa sobre ciertas células receptoras específicas a sustancias químicas naturales similares al THC en el cerebro, sobrestimulando las áreas del cerebro que contienen la mayor cantidad de estos receptores, lo que genera la euforia o "high" que experimenta la persona (NIH, 2015).

En México de acuerdo a la ENCODAT (2016) la prevalencia de consumo de Marihuana alguna vez en la vida para población adulta es del 12.8%, para los hombres se estima en 20% y para las mujeres el 6.1%. En el último año 3.5% indicó haber consumido marihuana, 5.9% reportado por hombres y 1.3% por mujeres.

Tabla 3  
*Consumo de Marihuana (NIH, 2015).*

<b>Posibles efectos para la salud</b>	
A corto plazo	Percepción sensorial mejorada y euforia seguida de somnolencia / relajación, Tiempo de reacción ralentizado, Problemas con el equilibrio y la coordinación, Aumento de la frecuencia cardíaca y el apetito, Problemas con el aprendizaje y la memoria, Alucinaciones, Ansiedad, Ataques de pánico, Psicosis.
A largo plazo	Problemas de salud mental, Tos crónica, Infecciones respiratorias frecuentes. Juventud: posible pérdida de puntos de CI, cuando el uso repetido comienza en la adolescencia.
Otros problemas relacionados con la salud	Embarazo: bebés que nacen con problemas de atención, memoria y resolución de problemas.
En combinación con alcohol	Aumento de la frecuencia cardíaca, Presión arterial, Ralentización adicional del procesamiento mental y el tiempo de reacción.
Síntomas de abstinencia	Irritabilidad, Problemas para dormir, Disminución del apetito, Ansiedad.

### Opciones de tratamiento

---

Medicamentos	No hay medicamentos aprobados por la FDA para tratar la adicción a la marihuana.
Terapias conductuales	Terapia cognitivo-conductual (TCC)
	Manejo de contingencia o incentivos motivacionales
	Terapia de mejora motivacional (MET)
	Tratamientos conductuales dirigidos a adolescentes

---

## Cocaína

La cocaína es una droga estimulante poderosamente adictiva hecha de las hojas de la planta de coca, nativa de Sudamérica. Aunque los proveedores del cuidado de salud la pueden usar para propósitos válidos medicamente, como anestesia local para algunas cirugías, la cocaína es una droga ilegal. Como una droga de la calle, la cocaína se parece a un polvo fino blanco cristalino. Las personas inhalan la cocaína polvorizada por la nariz, o se la restriegan en las encías. Otros disuelven el polvo en agua y se lo inyectan al torrente sanguíneo. Algunas personas encuentran que la cocaína les ayuda a realizar tareas físicas y mentales simples más rápidamente, aunque otros experimentan el efecto opuesto. Cantidades grandes de cocaína puede llevar a comportamiento extraño, impredecible y violento (NIH ,2015).

En México conforme a la ENCODAT (2016) la prevalencia de consumo de Cocaína, de alguna vez en la vida en población adulta es de 5.2%, en el caso de los hombres se estima en 8.9% y para las mujeres en 1.7%. A su vez el consumo de cocaína en el último año presento 1.5%, del cual 2.6% corresponde a hombres y .4% a mujeres.

Tabla 4  
*Consumo de Cocaína (NIH, 2015).*

<b>Posibles efectos para la salud</b>	
Término corto	Vasos sanguíneos estrechados, Pupilas agrandadas, Aumento de la temperatura corporal, frecuencia cardíaca y presión arterial, Dolor de cabeza, abdominal y náuseas, Euforia, Aumento de energía, Estado de alerta, Insomnio, Inquietud, Ansiedad, Comportamiento errático y violento, Ataques de pánico, Paranoia, Psicosis, Problemas del ritmo cardíaco, Ataque al corazón, Convulsión, Coma.
A largo plazo	Pérdida del sentido del olfato, Hemorragias nasales, Daño nasal y problemas para tragar al inhalar, Infección y muerte del tejido intestinal por disminución del flujo sanguíneo, Mala nutrición y pérdida de peso por disminución del apetito.
Otros problemas relacionados con la salud	Embarazo: parto prematuro, bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia neonatal. Riesgo de VIH, Hepatitis y otras enfermedades infecciosas causadas por agujas compartidas.
En combinación con alcohol	Mayor riesgo de sobredosis y muerte súbita que cualquiera de los dos fármacos por sí solo.
Síntomas de abstinencia	Depresión, Cansancio, Aumento del apetito, Insomnio, Sueños desagradables vívidos, Pensamiento y movimiento ralentizado, Inquietud.
<b>Opciones de tratamiento</b>	
Medicamentos	No hay medicamentos aprobados por la FDA para tratar la adicción a la cocaína.
Terapias conductuales	Terapia cognitivo-conductual (TCC)
	Enfoque de refuerzo comunitario más comprobantes
	Manejo de contingencia o incentivos motivacionales
	El modelo matricial
	Terapia de facilitación de 12 pasos

## **Anfetaminas y metanfetaminas**

La metanfetamina es una droga estimulante que generalmente se consume en forma de polvo blanco o en píldoras. Otros nombres comunes de la metanfetamina son tiza, meta, cristal, hielo, met y anfeta (chalk, crank, crystal, ice, meth y speed en inglés). La metanfetamina se puede inhalar o fumar, ingerir, aspirar o inyectar y aumenta la cantidad de dopamina en el cerebro, la cual participa en las funciones de movimiento corporal, motivación, placer y satisfacción. Dado que el colocón o "high" de la droga empieza y

termina rápidamente, las personas a menudo toman dosis repetidas en una modalidad de "exceso y derrumbe" (NIH, 2015).

En cuanto a la prevalencia de consumo de metanfetaminas en México va del 1.5% para el consumo de alguna vez en la vida en población adulta; concretamente para los hombres 2.5% y para las mujeres .6%. Y en cuanto al consumo en el último año de metanfetaminas oscila en .4%; ocupando .7% el sexo masculino y .2% las mujeres (ENCODAT, 2016).

**Tabla 5**  
***Consumo de Anfetaminas (NIH, 2015).***

<b>Posibles efectos para la salud</b>	
Término corto	Aumento de la vigilia y la actividad física, Disminución del apetito, Aumento de la respiración, Frecuencia cardíaca, Presión arterial, Temperatura, Latido del corazón irregular.
A largo plazo	Ansiedad, Confusión, Insomnio, Problemas del estado de ánimo, Comportamiento violento, Paranoia, Alucinaciones, Delirios, Pérdida de peso, Problemas dentales graves ("boca de metanfetamina"), Picazón intensa que causa llagas en la piel por rascarse.
Otros problemas relacionados con la salud	Embarazo: Parto prematuro, separación de la placenta del útero, bajo peso al nacer, letargo, problemas cardíacos y cerebrales. Riesgo de VIH, Hepatitis y otras enfermedades infecciosas causadas por agujas compartidas.
En combinación con alcohol	Enmascara el efecto depresor del alcohol, aumentando el riesgo de sobredosis de alcohol; puede aumentar la presión arterial y el nerviosismo.
Síntomas de abstinencia	Depresión, Ansiedad, Cansancio.
<b>Opciones de tratamiento</b>	
Medicamentos	No hay medicamentos aprobados por la FDA para tratar la adicción a la metanfetamina. Terapia cognitivo-conductual (TCC)
Terapias conductuales	Gestión de contingencias o incentivos motivacionales El modelo matricial Terapia de facilitación de 12 pasos

## **Inhalables**

Si bien se puede abusar de muchas drogas por medio de la inhalación, el término inhalantes se refiere a las varias sustancias que las personas usualmente consumen solo por inhalación. Estas sustancias incluyen: Solventes (líquidos que se convierten en gas a temperatura ambiente); Aerosoles; Gases; Nitritos (medicamentos de venta con receta para el dolor de pecho). Incluso varios productos que se encuentran normalmente en el hogar y en el lugar de trabajo son inhalantes: pinturas en aerosol, marcadores, pegamentos y líquidos de limpieza. Estos productos contienen sustancias peligrosas que, cuando se inhalan, tienen propiedades psicoactivas, es decir, alteran la mente. Generalmente, las personas no ven estos productos como drogas porque no están destinados a generar un estado de euforia o colocón o "high", pero hay gente que los usa con ese fin. Cuando estas sustancias se emplean para lograr un estado de euforia, se las llama "inhalantes". Si bien el colocón que producen los inhalantes normalmente dura unos pocos minutos, las personas a menudo tratan de hacerlo durar inhalando una y otra vez durante varias horas. La mayoría de los inhalantes afectan el sistema nervioso central y enlentecen la actividad cerebral por lo que se encuentran dentro de las sustancias depresoras (NIH, 2015).

La prevalencia de inhalables consumidos alguna vez en la vida en población mexicana adulta es del 1.6%; para los hombres oscila entre 2.6% y para las mujeres .7%. En cuanto al consumo de inhalables en el último año, su prevalencia es de .3%, del cual .6% es para hombres y .1% para las mujeres (ENCODAT, 2016).

Tabla 6  
*Consumo de Inhalantes (NIH, 2015).*

<b>Posibles efectos para la salud</b>	
Término corto	Confusión, Náusea, Habla arrastrada, Euforia, Mareo, Somnolencia, Falta de coordinación, Desinhibición, Aturdimiento, Alucinaciones/delirios, Dolores de cabeza, Muerte por olfateo repentino debido a insuficiencia cardíaca (de butano, propano y otras sustancias químicas en aerosoles), Muerte por asfixia, Sofocación, Convulsiones, Coma o ahogo. Vasos sanguíneos agrandados, Placer sexual mejorado, Aumento del ritmo cardíaco, Breve sensación de calor y excitación, Mareos, Dolor de cabeza.
A largo plazo	Daño hepático y renal, Daño a la médula ósea, Espasmos de las extremidades debido a daño a los nervios, Daño cerebral por falta de oxígeno que puede causar problemas con el pensamiento, movimiento, visión y audición, Aumento del riesgo de neumonía.
Otros problemas relacionados con la salud	Embarazo: bajo peso al nacer, Problemas óseos, Retraso en el desarrollo del comportamiento debido a problemas cerebrales, Metabolismo alterado y composición corporal.
En combinación con alcohol	Presión arterial peligrosamente baja.
Síntomas de abstinencia	Náuseas, Pérdida de apetito, Sudoración, Tics, Problemas para dormir y cambios de humor.
<b>Opciones de tratamiento</b>	
Medicamentos	No hay medicamentos aprobados por la FDA para tratar la adicción a inhalantes.
Terapias conductuales	Se necesita más investigación para averiguar si las terapias conductuales pueden usarse para tratar la adicción a las inhalaciones.

### **Tranquilizantes/Sedantes (pastas, roche, pastillas, rufis)**

A pesar de sus muchos efectos beneficiosos, las benzodiazepinas y los barbitúricos tienen el potencial de ser abusados y deben ser usados únicamente como fueron recetados. Durante los primeros días después de tomar un depresor de prescripción del SNC, la persona generalmente se siente somnolienta y sin coordinación, pero a medida que el cuerpo se acostumbra a los efectos de la droga y se desarrolla una tolerancia, estos efectos secundarios empiezan a desaparecer. Si se utilizan estos fármacos a largo plazo, puede ser necesario aumentar la dosis para lograr los efectos terapéuticos, además su uso continuado puede producir dependencia física y pueden verse síntomas del síndrome de abstinencia cuando el uso se reduce o se detiene bruscamente. Debido



a que todos los depresores del SNC trabajan disminuyendo la actividad del cerebro, cuando una persona deja de tomarlos, puede haber un efecto de rebote, dando lugar a convulsiones u otras consecuencias dañinas (NIH, 2015).

La prevalencia en México de consumo de alguna vez en la vida de cualquier droga se reporta en 15%; del cual 22.8% es para los hombres y 7.6% para las mujeres. Además, en cuanto al consumo de cualquier droga en el último año es del 5%; 8.2% para los hombres y 2% para las mujeres (ENCODAT, 2016).

**Tabla 7**  
***Consumo de Sedantes-Tranquilizantes (NIH, 2015).***

<b>Posibles efectos para la salud</b>	
Término corto	Somnolencia, Dificultad para hablar, Falta de concentración, Confusión, Mareos, Problemas de movimiento y memoria, Disminución de la presión arterial, Disminución de la respiración, Pupilas dilatadas, aumento de la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca y la presión arterial, sudoración profusa, pérdida de apetito, dificultad para dormir, sequedad bucal y temblores.
A largo plazo	Desconocido.
Otros problemas relacionados con la salud	Los medicamentos para dormir a veces se usan como drogas para violación en citas. Riesgo de VIH, hepatitis y otras enfermedades infecciosas causadas por agujas compartidas.
En combinación con alcohol	Ralentiza la frecuencia cardíaca y la respiración, lo que puede provocar la muerte.
Síntomas de abstinencia	La abstinencia de barbitúricos puede causar un síndrome de abstinencia grave que incluso puede incluir convulsiones.
<b>Opciones de tratamiento</b>	
Medicamentos	No existen medicamentos aprobados por la FDA para tratar la adicción a los sedantes recetados, la reducción de la dosis a lo largo del tiempo se debe hacer con la ayuda de un proveedor de atención médica.
Terapias conductuales	Se necesita más investigación para determinar si las terapias conductuales pueden usarse para tratar la adicción a los sedantes recetados.

## **Dietilamida del ácido lisérgico**

La LSD (Dietilamida del ácido lisérgico), es la droga que se identifica más comúnmente con el término "alucinógeno" y la más ampliamente usada en este tipo de drogas. Es una de las sustancias químicas más potentes que alteran el estado de ánimo. Se vende en tabletas, cápsulas y ocasionalmente en forma líquida, por lo que generalmente se toma por vía oral. Las experiencias, con frecuencia conocidas como "viajes", son de larga duración y típicamente terminan después de unas 12 horas, por lo que es posible que el usuario sienta varias emociones diferentes al mismo tiempo o que pase rápidamente de una emoción a otra, si se toma en una dosis suficientemente alta, la droga produce delirio y alucinaciones visuales, alteración en el sentido del tiempo y de la identidad, las sensaciones parecen "entrecruzarse", dando al usuario la impresión de oír los colores y ver los sonidos. Los usuarios también pueden tener "flashbacks", sensaciones de "déjà vu" o reviviscencias, es decir, recurrencias alucinatorias de ciertos aspectos de sus experiencias con la droga. Un "flashback" sucede repentinamente, por lo general sin previo aviso, y puede ocurrir desde unos días hasta un año después de haber consumido LSD. La LSD no se considera una droga adictiva ya que no produce un comportamiento caracterizado por la búsqueda compulsiva de la droga, sin embargo, sí produce tolerancia (NIH, 2015).

En relación a los alucinógenos consumidos alguna vez en la vida, la prevalencia en México es del 1.2%, específicamente 1.6% para los hombres y .7% para las mujeres, por

lo que se refiere al consumo de alucinógenos en el último año, se reportó .3%, siendo .4% hombres y .2% a mujeres (ENCODAT, 2016).

Tabla 8  
*Consumo de Alucinógenos (NIH, 2015).*

<b>Posibles efectos para la salud</b>	
Término corto	Rápidos cambios emocionales, Distorsión de la capacidad de una persona para reconocer la realidad, pensar racionalmente o comunicarse con los demás, Aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, Temperatura corporal, Mareos e insomnio, Pérdida de apetito, Boca seca, Transpiración, Entumecimiento, Debilidad, Temblores, Pupilas agrandadas.
A largo plazo	Flashbacks (llamado trastorno de percepción persistente de alucinógenos [HPPD]), Disturbios visuales continuos, Pensamiento desorganizado, Paranoia y cambios de humor.
Otros problemas relacionados con la salud	Desconocido.
En combinación con alcohol	Puede disminuir los efectos percibidos del alcohol.
Síntomas de abstinencia	Desconocido.
<b>Opciones de tratamiento</b>	
Medicamentos	No existen medicamentos aprobados por la FDA para tratar la adicción al LSD u otros alucinógenos.
Terapias conductuales	Se necesita más investigación para determinar si las terapias conductuales pueden usarse para tratar la adicción a los alucinógenos.

### **Derivados del opio/Opiáceos (morfina, heroína y codeína)**

Estas sustancias también llamados estupefacientes, reina, jinete del Apocalipsis, azúcar morena, dama blanca, nieve, poderosa o H (hache), se elaboran a partir de la goma de opio, que a su vez se extrae de una flor llamada adormidera o amapola, sus efectos y repercusiones son muy semejantes. Se les encuentra en forma de polvo blanco muy fino o, cuando su fabricación es imperfecta, de color amarillento, rosado o café, de consistencia áspera. También se pueden presentar en forma de tabletas, pequeños bloques o en jarabe y se ubican dentro de la clasificación de depresores (NIH, 2015). Al

referirse al consumo de drogas ilegales en México el consumo de alguna vez en la vida tiene prevalencias del 14.5% siendo 22.6% para los hombres y 7% para las mujeres. En cuanto al consumo en el último año de drogas ilegales se encuentra en 4.6% ocupando el 7.8% los hombres y las mujeres el 1.6% (ENCODAT, 2016).

Tabla 9  
*Consumo de Opiáceos (NIH, 2015).*

<b>Posibles efectos para la salud</b>	
Término corto	Alivio del dolor, Somnolencia, Náuseas, Estreñimiento, Euforia, Confusión, Respiración lenta, Muerte.
A largo plazo	Desconocido.  Embarazo: Aborto espontáneo, Bajo peso al nacer, Síndrome de abstinencia neonatal.
Otros problemas relacionados con la salud	Adultos mayores: Mayor riesgo de uso indebido o abuso accidental porque muchos adultos mayores tienen varias recetas, lo que aumenta el riesgo de interacciones entre medicamentos y drogas, además, muchos adultos mayores son tratados con medicamentos recetados para el dolor.
En combinación con alcohol	Riesgo de VIH, hepatitis y otras enfermedades infecciosas causadas por agujas compartidas.  Peligroso enlentecimiento de la frecuencia cardíaca y la respiración que conduce al coma o la muerte.
Síntomas de abstinencia	Inquietud, Dolor muscular y óseo, Insomnio, Diarrea, Vómitos, Bochornos con la piel de gallina ("pavo frío"), Movimientos involuntarios de las piernas.
<b>Opciones de tratamiento</b>	
Medicamentos	Metadona Buprenorfina Naltrexona (de acción corta y larga)
Terapias conductuales	Las terapias conductuales que han ayudado a tratar la adicción a la heroína pueden ser útiles en el tratamiento de la adicción a los opioides recetados.

Ahora, por lo que se refiere al continuo que implica el consumo de las sustancias psicoactivas, como tal la *adicción* se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque

las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados, tales cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas (NIDA 2015).

Para el DSM-V (2014) la palabra *adicción* no se utiliza como término diagnóstico, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias, en cambio utiliza la expresión más neutra *trastorno por consumo de sustancias*, y lo clasifica desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Por lo que en cuanto a gravedad su clasificación se estructura en: *Leve*: Presencia de 2–3 síntomas, *Moderado*: Presencia de 4–5 síntomas y *Grave*: Presencia de 6 o más síntomas.

Una vez comentado lo anterior, la distinción entre uso y abuso es dada en gran medida por el carácter legal de la producción, adquisición y uso de las diferentes sustancias con fines de intoxicación. En el caso de las drogas ilegales, es común considerar que cualquier uso es abuso de la sustancia. Sin embargo, el *abuso* se caracteriza por:

El consumo continuo de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por él y el recurrente consumo de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente arriesgado. Además las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores

tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etcétera), (CONADIC, 2008).

Al referirse a las condiciones sociales que tiene México en relación con las drogas, algunas son particulares de su población, entre ellas las características de la producción y la exportación de drogas, ya que México es un importante proveedor de marihuana y cocaína al mercado estadounidense. De acuerdo con el Informe sobre la Estrategia de Control Internacional de Narcóticos 2012 del Departamento de Estado de E.U.A., alrededor del 95% de la cocaína que entra a los Estados Unidos transita por México. Con base en estadísticas de incautaciones de drogas ilícitas en Estados Unidos para 2010, el Centro Nacional de Inteligencia sobre Drogas (NDIC) estima que 64% de la cocaína y 96% de la marihuana que entra al territorio estadounidense, pasa por la frontera con México por vía terrestre. México también es un productor importante de metanfetaminas, y una fuente creciente de goma de opio y heroína. El NDIC estima que 80% de las metanfetaminas y 58% de la heroína que se envía al mercado estadounidense, entra desde México (Godínez, Ominami, Burns, Ahumad y Vidal, 2013).

Cabe añadir que en México, conforme a Blazquez, Pavón, Gogeochea y Beverido (2012) el consumo de drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública. Los estudios recientes refieren tendencias que apuntan hacia dos vertientes: por un lado, se observa que la edad de inicio en el consumo es cada vez menor; por otro, se registra un aumento en la disponibilidad de drogas lícitas como la venta de cigarrillos por pieza y la obtención de bebidas alcohólicas, incluso adulteradas; así como en la facilidad

de conseguir drogas ilícitas entre la población estudiantil. El uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, así como sus consecuencias, son fenómenos crecientes en el mundo debido a que tanto los países productores de drogas como los de tránsito se convierten en consumidores, lo que genera mayores problemas de salud, de gobernabilidad, de cumplimiento de las leyes, de convivencia y de paz social, desgraciadamente, México no ha estado exento de estos fenómenos. El uso, abuso y dependencia de estas sustancias tiene un alto costo en vida saludable y productividad laboral y escolar, así como en la armonía familiar, lo que tiene como consecuencia la sobreutilización de los servicios de salud (Godínez et al., 2013).

Para dimensionar la magnitud del problema, se han realizado encuestas dirigidas de manera especial a estudiantes de secundaria y de bachillerato; encuestas que han permitido mantener un monitoreo del consumo en esta población. También se han establecido sistemas de vigilancia y reportes consistentes, tales como los observatorios de drogas (Blazquez et al., 2012), en ellas se observa que mientras el uso de inhalables disminuye, el de la cocaína se estabiliza, lo mismo que el de la marihuana, en relación con el incremento del consumo de las anfetaminas; de ello se deriva no sólo el aumento de consumidores, sino también la ingestión de otras drogas con efectos más potentes, como la heroína (Godínez et al., 2013).

De acuerdo a la ENCODAT (2016) se mantiene un crecimiento sostenido, en particular cuando se analiza el consumo en el último año y el consumo de la población de los 12 a los 17 años, y de 18 a 34 años. Por otra parte el consumo de otras drogas (inhalables, cocaína, alucinógenos y estimulantes tipo anfetiminico) se mantiene en comparación con

la ENA 2011, aunque el consumo muestra un aumento constante desde 2002, principalmente el de marihuana y cocaína. Además en la población femenina se observaron menores prevalencias. Sin embargo, el consumo de drogas tiene un inicio temprano 17.7 años en los hombre y 18.2 en las mujeres. En México, el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida aumentó significativamente con respecto al 2011, en la población total en las regiones Occidental (de 10.3% al 14.4%), Norcentral (de 8.4% a 11.5%), Sur (de 5.3% a 9.6%) y Centro (de 6.6% a 9.4%. A nivel Nacional se observa que el consumo de cualquier droga paso del 7.8% al 10.3% y el de drogas ilegales del 7.2% al .9%. En la ciudad de México el consumo de drogas ilegales paso del 7.9% al 10.3%, así como el consumo de cualquier droga de 8.8% al 10.6% (ENCODAT, 2016).

Los costos sociales y económicos del problema de las drogas en México parecen estar sometida a una doble lógica. Una parte de los costos se derivan de los problemas relacionados con el mercado mexicano por drogas ilícitas, la otra parte de los costos está vinculada con el esfuerzo necesario para controlar las actividades delincuenciales y la violencia que se asocian con la producción y el tráfico de drogas ilegales para servir el lucrativo mercado estadounidense, por lo que aproximadamente 70% del costo total del problema de drogas en México es atribuible al objetivo de controlar o combatir a las organizaciones delictivas dedicadas al tráfico de drogas hacia Estados Unidos, y que solamente 30% se orienta a la atención de los problemas generados localmente (Godínez et al., 2013).



Como parte del programa piloto de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) sobre costos económicos y sociales del problema de las drogas en América Latina, México presentó en 2005 un documento de 12 páginas intitulado “Informe consolidado sobre los costos del problema de las sustancias ilegales en México: 1998-2003”. Conforme a los resultados de este informe, el costo total del problema de drogas en México creció de 352 millones de dólares (0.09% del PIB) en 1998 a 660 millones (0.11%) en 2002, para luego caer en 2003 a 618 millones (0.1%). En 2003, el rubro de costos más importante fue la reducción de la oferta (66.0% del total), seguido por pérdidas de productividad (23.4%), salud y prevención (9.1%) y daños a la propiedad (1.6%), destacando los costos que generan el problema del consumo de las drogas (Godínez et al., 2013).

### **Factores de riesgo y protectores del consumo de sustancias psicoactivas**

El consumo de sustancias psicoactivas obedece a múltiples factores, los cuales pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona abuse de las drogas. Los *factores de riesgo* son aquellos agentes interpersonales, sociales o individuales que están presentes en los ambientes en los que se desarrollan las personas y que pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo; mientras que los *factores de protección* pueden reducir, neutralizar o bien, eliminar este riesgo. Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras, mientras más son los riesgos a los que se está expuesto, mayor es la probabilidad de que una persona abuse de las drogas. En ciertas etapas del desarrollo, algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros, como la presión de los compañeros durante la adolescencia. De

igual forma, ciertos factores de protección, como el fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en la reducción de los riesgos durante los primeros años de la niñez (CONADIC, 2008). Cabe aclarar que el consumo de drogas no dependerá exclusivamente de que existan factores de riesgo, sino también del individuo y de su entorno. De igual forma, ninguno de los factores, tanto de riesgo como de protección, está por encima de los otros ni son la única causa del consumo; se puede hablar de probabilidad, pero no de determinación. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (NIDA 2015).

Milanés, Arrieta, Bayuelo y Martínez (2011), refieren que, entre los factores psicosociales relacionados con el consumo y adicción de las sustancias psicoactivas, se encuentra el pertenecer a familias disfuncionales, el bajo rendimiento escolar, la baja autoestima, entre otros, lo que influye en su salud dando lugar a conductas antisociales o autodestructivas. Algunas investigaciones han mostrado también relación entre las variables familiares y el posterior uso y abuso de sustancias psicoactivas, de modo que una estructura familiar poco sólida, (padres solteros, separados o viudos) está relacionado con el comienzo temprano de consumo de alcohol (Pons y Berjano, 2006).

Pérez (2011), ha confirmado hallazgos previos, encontrando tres factores asociados que explican los patrones de uso de sustancias psicoactivas en la población normal: reducción de la tensión, efecto de la droga y reacción con los pares. El primero se refiere al alivio de la ansiedad o la tensión; alejarse de los problemas o la frustración. El efecto de las drogas se relaciona con la curiosidad por la experiencia, en términos de novedad

y esto se encuentra vinculado con la búsqueda de sensaciones. Además, se ha encontrado que altos niveles de depresión, ansiedad y baja autoestima están relacionados a una actitud positiva hacia las drogas y la voluntad de hacer, (Otero et al., 2001). Además, el consumo de drogas se encuentra asociado al fenómeno de grupo, dando como resultado que la relación entre consumidor y los grupos a los cuales pertenece (en particular, la familia y los pares), sean considerados como variables críticas para el estudio del consumo de drogas (Otero, Miron, y Luengo, 2001).

Al igual que la familia, los amigos o pares pueden constituir un factor de riesgo para el consumo de alcohol. Valera, Salazar, Cáceres y Tovar (2007) reportan que cuanto mayor sea el contacto entre compañeros que inciten el consumo, mayor es la probabilidad, para que ellos también lo hagan, Asimismo, en población universitaria que consumen alcohol hasta llegar a la embriaguez, tienen amigos que presentan el mismo comportamiento. A través de una extensa revisión de investigaciones Cáceres, Salazar, Varela y Tovar (2006), comparten algunos de los factores que se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas:

Tabla 10  
*Factores Relacionados al Consumo (Cáceres et al., 2006).*

<i>Características</i>	
<i>Autoestima</i>	-Una autoestima alta puede aumentar la capacidad de la persona para negarse a consumir drogas. Sin embargo, también se asocia con el consumo de drogas porque las personas se sienten confiadas y asumen conductas de riesgo como probarlas.
<i>Alteraciones psicológicas</i>	-La ansiedad, depresión y estrés están asociados al consumo de drogas, puesto que constituyen una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, mitigar la tensión, el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno.

<i>Comportamientos perturbadores</i>	-Este tipo de conductas predisponen a la persona hacia la inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío a las figuras de autoridad y normas y oposición generalizada.
<i>Bajo autocontrol</i>	-Incapacidad para controlar el comportamiento por consecuencias a largo plazo y su tendencia a realizar poco esfuerzo personal y obtener satisfacciones inmediatas y placenteras.
<i>Déficit en habilidades sociales</i>	-Ocasiona en la persona dificultad para defender sus opiniones y enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se trata de rechazar una oferta de consumo de drogas.
<i>Habilidades emocionales</i>	-Disminuyen la probabilidad de consumir drogas ya que permiten resolver los conflictos interpersonales de manera positiva. Incluyen el autoconocimiento, la identificación, la expresión y el manejo de los sentimientos, el control de los impulsos y las gratificaciones demoradas, el manejo del estrés y la ansiedad.
<i>Las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento inadecuadas</i>	-Implican dificultad en enfrentar la decisión de consumir, o no, la sustancia. De igual manera, el consumo de drogas puede ser asumido como una estrategia de afrontamiento del malestar emocional.
<i>Los preconceptos y la valoración de las drogas</i>	-Lleva al consumo cuando existe una baja percepción del riesgo, de sus efectos y sus consecuencias
<i>La espiritualidad</i>	-Ha sido relacionada como factor de protección frente al consumo de drogas, previniendo el consumo inicial y facilitando la abstinencia en el proceso de recuperación de la adicción.
<i>El maltrato</i>	-Incluye la violencia física, sexual y psicológica, la negligencia y el abandono. Ha sido ampliamente reconocido como un predictor importante del consumo de drogas y sus consecuencias negativas a largo plazo.
<i>La disfunción familiar</i>	-Está caracterizada por patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, sistema familiar en crisis o un escenario disfuncional enmarcado por el abuso de alcohol y otras drogas en el hogar.
<i>La relación con personas consumidoras</i>	-El grado de presión social que ejercen los consumidores está asociado con el inicio del consumo en los jóvenes, debido a que los consumidores tienen sus propias percepciones riesgosas sobre las drogas y mediante los procesos de aprendizaje social influyen en los otros.
<i>Insatisfacción con las relaciones interpersonales</i>	-Algunos jóvenes atribuyen un alto valor al consumo porque constituye un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados por sus iguales.

---

## **Componente Genético en la adicción / Factores Biológicos**

De manera global, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 4% de la carga de enfermedades y 3.2% de las muertes se atribuyen al consumo de alcohol. En el Estudio de Valoración del Riesgo Comparativo de la OMS del 2004, se estimó que el alcohol es el quinto factor de riesgo en la carga global de enfermedades, después del tabaco (OMS, 2004).

En estudios realizados con gemelos y personas adoptadas se estima el peso de los factores genéticos y ambientales en la etiología de las adicciones. Debido a que los gemelos monocigotos resultan de una sola fecundación, su ADN genómico es idéntico (González, Díaz y Díaz, 2008), en ellos se ha encontrado que a mayor similitud genética (gemelos monocigóticos) hay mayor concordancia para las adicciones entre un gemelo y otro, es decir, que a más genes compartidos con una persona afectada (gemelo 1) aumenta el riesgo para que su hermano (gemelo 2) también consuma excesivamente. Por otro lado, los estudios en personas que fueron dadas en adopción a temprana edad contribuyen a facilitar la identificación tanto de factores genéticos como de factores ambientales en la etiología de las adicciones. Se ha observado que la familia biológica está en mayor riesgo a las adicciones que la familia adoptiva por ejemplo en hombres adoptados que tenían un progenitor biológico alcohólicos estimó un riesgo de 60% de que presentan la misma adicción independientemente de que hubieran sido educados en un ambiente de no bebedores (Cloninger, Bohman, Sigvardsson & Knorrning, 1985).

Gracias a los estudios en gemelos y en personas adoptadas se ha podido calcular la heredabilidad, la cual estima que del 36% al 70% de la varianza observada en el fenotipo del alcoholismo está afectada por los genes. Aunque de manera más precisa la mayoría de los estudios señalan una heredabilidad del 50% al 60%. Sin embargo, muchos estudios se han realizado en hombres y los hallazgos reportados en mujeres han mostrado menor consistencia. Por otro lado, la heredabilidad calculada para la adicción a marihuana es del 41% al 44% (algunos estudios indican hasta 80%) la de cocaína en cambio del 30% al 50% (Prescott & Kendler, 1999).

El hecho de que haya mayor similitud entre gemelos monocigóticos que entre dicigóticos en cuanto a patrones de consumo muestra la importancia de los factores genéticos (Rhee et al., 2003). Entre los genes que se han encontrado asociados con la dependencia destacan algunos involucrados en la adhesión celular, actividades enzimáticas, la traducción de proteínas a partir del RNA mensajero, degradación regulación de la transcripción de DNA a RNA, actividad de receptores o canales iónicos, estructura celular, entre otras funciones (Welzl & Stork, 2003). La mayoría de los genes que se han asociado con las adicciones y que codifican las moléculas de adhesión celular se expresan en regiones cerebrales involucradas con la memoria; como el hipocampo y la corteza cerebral (Uhl et al., 2008).

Los estudios genéticos podrían contribuir a identificar vías metabólicas relacionadas con las dependencias, a proponer tratamientos más efectivos y específicos, a la validación de diagnósticos psiquiátricos más precisos y a formular estrategias preventivas más efectivas (Díaz, 2012).

## **Comorbilidad**

Una vez revisadas las consecuencias del consumo de algunas sustancias psicoactivas y algunos factores de riesgo, es claro que el consumo de sustancias posee causas multifactoriales entre ellas el tema de la comorbilidad o patología dual entendida como la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS) psicoactivas con otros

diagnósticos psiquiátricos, que más comúnmente se conoce como «diagnóstico dual o patología dual». Sin embargo, este término ha adquirido múltiples connotaciones, pudiendo significar en su sentido más puro que ambos diagnósticos son independientes y ocurren de forma simultánea y también que el síndrome psiquiátrico puede haber sido inducido por sustancias o que el TUS es secundario a un trastorno psiquiátrico (San y Arranz, 2016).

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno que ha cobrado relevancia en las últimas décadas, debido al impacto en la calidad de vida del paciente y su familia. Como se ha mencionado anteriormente en México los jóvenes y los adultos jóvenes son los más afectados por el uso de drogas, pues se ha identificado que las generaciones actuales se encuentran más expuestas a ellas. Aunado a lo anterior, la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales reportan una creciente ocurrencia. Los resultados de estudios realizados en sedes de tratamiento (hospitales psiquiátricos, clínicas de desintoxicación y de tratamiento para las adicciones) muestran que a mayor gravedad de la adicción, mayor comorbilidad psiquiátrica, de igual forma en su gran mayoría los trastornos psiquiátricos se manifiestan a etapas más precoces en relación con los trastornos adictivos, en el caso de individuos que reciben atención psicológica (Marín et al., 2013).

### **Prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas**

En este capítulo se abordarán algunos datos relevantes de prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas.

Al hablar de prevención de adicciones, nos referimos al conjunto de acciones que permiten evitar el consumo de drogas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños que ocasiona el uso de estas sustancias. Gracias a que muchos países han trabajado en la prevención del consumo de drogas, se ha reconocido la necesidad de partir de teorías y modelos internacionales para explicar los factores relacionados con las conductas de consumo y definir los procedimientos más adecuados para influir y modificar tales conductas.

Los cuatro modelos que en materia de prevención para el uso de drogas propone la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) son: Modelo Psicosocial, Sociocultural, Médico Sanitario y Ético jurídico. El modelo psicosocial, concibe a las adicciones como un problema de personas que no cuentan con las capacidades individuales y sociales para enfrentarlo, considera a la familia o al grupo de compañeros como agentes básicos que de alguna manera pueden influir en el desarrollo y en la prevención de las adicciones. Por lo que la adicción se presenta como una forma de satisfacer alguna necesidad del individuo o de resolver un conflicto (CONADIC, 2008).

La Secretaria de Educación Pública (2008) menciona que en México se promueven los siguientes niveles de atención:

Tabla 11  
*Niveles de atención*

<b>Nivel de intervención</b>	<b>Nivel de consumo</b>
<b>Prevención universal</b>	<i>No consumo</i>
<b>Prevención universal</b>	<i>Uso experimental</i>



	Uso mínimo de sustancias psicoactivas, asociado con actividades recreativas; limitado al consumo de tabaco, alcohol o una sola droga <i>Abuso temprano</i>
<b>Prevención selectiva</b>	Consumo de más de una droga, mayor frecuencia, aparición de consecuencias negativas <i>Abuso</i>
<b>Prevención indicada</b>	Uso frecuente y regular de una droga durante un periodo extenso, mayor número de problemas <i>Dependencia</i>
<b>Tratamiento</b>	Uso regular y continuo, tolerancia y búsqueda obsesiva de actividades asociadas al consumo <i>Recuperación</i>
<b>Mantenimiento y prevención de recaídas</b>	Regreso a la abstinencia; posibilidad de recaídas.

---

Además, el Modelo Integral de Prevención de Adicciones es promovido por la Secretaría de Salud, en cumplimiento de los compromisos intersectoriales de las estrategias “Limpiemos México” y “Alianza para Vivir Mejor”, con el ánimo de contrarrestar en el corto y mediano plazo este problema de salud pública. A través de 311 Unidades de Especialidad Médica (UNEME)-Centros para la Atención de las Adicciones (CAPA) Nueva Vida, actualmente se adopta un modelo de intervención, de acuerdo con la frecuencia de consumo, que enfatiza la prevención y promoción de la salud, además de ofrecer un tratamiento ambulatorio de calidad. Las UNEMES-CAPA combaten las adicciones con un esquema único que ubica la detección temprana, tanto de personas con mayor vulnerabilidad como de consumidores experimentales y sus familias, en forma oportuna, a través de una alta especialización, atención psicológica y un programa médico de servicios ambulatorios para disminuir la demanda de drogas (SEP, 2008).

El consumo temprano de drogas aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle una adicción, ya que las drogas modifican el cerebro y esto puede llevar a la adicción y causar otros problemas graves. Por lo tanto, la prevención del consumo temprano de drogas o alcohol puede marcar una gran diferencia en la reducción de estos

riesgos. Si podemos evitar que los jóvenes experimenten con drogas, podemos prevenir la drogadicción (NIDA, 2015).

En México, específicamente en los Centros de Integración Juvenil, donde se brinda atención especializada para el consumo de sustancias, la prevención se lleva a cabo con base en los siguientes supuestos:

A mayor nivel de riesgo, mayor intensidad de la intervención. Mediante la detección temprana de factores de riesgo (individuales y ambientales), se establece una línea base para el desarrollo de estrategias y proyectos preventivos. Al aumentar el riesgo, se incrementa la intensidad de la intervención, con objetivos focalizados en el desarrollo de competencias para el afrontamiento de riesgos asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

En los CIJ se definen tres categorías de intervención: prioritaria, temprana y de apoyo, en función del nivel de riesgo, la edad y la etapa de desarrollo en el ciclo vital. Debido a las condiciones de vulnerabilidad, se priorizan las intervenciones preventivas con personas de 10 a 24 años de edad. También se busca anticiparse a la aparición de problemas de uso de drogas, desde etapas tempranas de la vida, mediante la implementación de proyectos preventivos, como:

-La movilización comunitaria como elemento clave para involucrar a la sociedad civil en acciones preventivas y de promoción de la salud, incorporando la perspectiva de género,

con lo que se toman en consideración las características y necesidades de cada persona, desde las diferencias biológicas y las construcciones sociales y culturales del ser hombre y el ser mujer.

-Los derechos humanos que se expresan en los servicios institucionales en el marco de la atención a la salud, mediante un trato digno, igualitario y profesional a los usuarios, sin distinción alguna por nacionalidad, sexo u origen, entre otros aspectos.

-Intervenciones preventivas en y con la comunidad. A partir de la detección de factores de riesgo y protección, las estrategias y proyectos se dirigen al desarrollo de competencias personales, que consideran la interacción con el entorno familiar y comunitario (CIJ, 2015).

Los programas cognitivos-conductuales (fundamentalmente basados en el entrenamiento de habilidades) y, en particular, el modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y Gordon (1985), se pueden considerar hoy en día tratamientos de primera elección. La PR es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo conductuales: identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (lapses) y entrenamiento en solución de problemas (Secades y Fernández, 2001).

## **CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN**

A lo largo de este segundo capítulo se abordan temas como características importantes de la depresión, su definición y criterios diagnósticos, antecedentes de la depresión, su prevalencia y situación actual en México y en el mundo, para concluir con los factores que predisponen al individuo a este padecimiento. Posteriormente en este mismo capítulo se revisa la prevención y el tratamiento de la depresión, así como las alternativas de tratamiento psicológico más frecuentes.

### **Situación Actual en México y en el Mundo.**

De acuerdo con la OMS (2017) 322 millones de personas tuvieron desordenes asociados a la depresión en 2015, un 18% más de los que la padecían en 2005, incluso más del 4% de la población mundial padece depresión, y las mujeres, los jóvenes y los adultos mayores son los más proclives a sus efectos incapacitantes. En contraste la Agencia de la ONU estima que la depresión es una de las causas principales de discapacidad y que las pérdidas económicas que provoca exceden un billón de dólares cada año, producto de la apatía y la falta de energía que produce en sus víctimas. Además, concluye que la enfermedad es más frecuente en las mujeres que en los hombres y es más común en los países en desarrollo, donde se reporta un 80% de las enfermedades mentales y en el peor de los casos, el suicidio.

La información referente a la prevalencia de depresión en México indica que 2% de la población general en México ha padecido depresión en algún momento de su infancia o

adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida, durante los cuales no recibe tratamiento (Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004). Por otra parte, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica estableció una prevalencia de problemas depresivos (episodio mayor y menor) de alguna vez en la vida de 4.8%: 2.6% en hombres y de 6.8% en mujeres (González, et. al, 2012).

En cuanto a población estudiantil mexicana, los factores individuales (sexo, consumo de alcohol, tabaco o droga, violencia intrafamiliar y baja autoestima) y familiares (nivel socioeconómico y la comunicación entre padres e hijos) se asocian con la depresión, incluso la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes se estima entre 14.78 y 16.8%, siendo más elevada en mujeres que en hombres. Ahora bien, en relación con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, dicho consumo incrementa casi dos veces las posibilidades de presentar sintomatología depresiva. Existen dos puntos de vista que intentan explicar esta asociación. Por un lado, dichas sustancias son utilizadas por los jóvenes para atenuar la sintomatología depresiva. Por el otro, estudios longitudinales establecen que el consumo de sustancias, efectivamente, desarrolla la sintomatología depresiva (Rivera, Rivera, Pérez, Leyva y Filipa, 2015).

### **Definición y estudio de la Depresión**

El Trastorno depresivo mayor, se caracteriza por la presencia de un episodio de depresión. Durante este episodio, se manifiesta: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una

disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica (OMS, 2017).

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones (OMS, 2017).

Para esta investigación se consideran los criterios del DSM-5 (2014), que conforman el trastorno de depresión mayor como: un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día o casi todos los días, cierta disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, dificultad para tomar decisiones y pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes o intento de suicidio.

## **Factores de Predisposición**

Al hablar de los factores que pueden predisponer a la depresión, algunos autores como: Sanabria, Díaz, Varela y Braña (2002) indican que los pacientes con sintomatología depresiva tienen un ambiente familiar más problemático y conflictivo, diferenciándose de manera significativa de aquellos otros carentes de dichos síntomas; lo cual parece añadir más complicaciones a su recuperación. La adicción a sustancias psicoactivas representa junto a la problemática depresiva un doble hándicap para la integración de estos pacientes en un clima familiar adecuado que facilite su recuperación. Así como que más de la mitad de la población adicta tiene algún tipo de sintomatología psiquiátrica, aunque en ciertos casos se trata de alteraciones leves que se manifiestan como cambios en el estado de humor, estrés o ansiedad y que en buena medida se ven solapados por el consumo de las drogas.

El trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes representa un factor de riesgo ya que se asocia a la frecuencia de aparición de episodios depresivos, suicidios y con otros comportamientos autodestructivos que se pueden prolongar hasta la edad adulta. También se sabe que la depresión se relaciona con diversos factores que dificultan su atención, que empeoran su pronóstico y que aumentan el riesgo de otras conductas problemáticas. Entre ellos están el nivel socioeconómico, algún familiar con problemas de depresión y de consumo de alcohol, las experiencias con la violencia, el abuso físico o sexual y el consumo de tabaco y de drogas ilegales (Tapia, Wagner, Rivera & Gonzalez, 2005).

De igual manera entre los estudiantes universitarios, el uso y el abuso de sustancias psicoactivas, son indicadores de riesgo para el desarrollo de dependencia, lesiones físicas, actos ilegales, bajo rendimiento académico, conducta sexual de riesgo y altos costos para el resto de la comunidad, incluso la presencia de sintomatología depresiva elevada es un elemento que podría potenciar el riesgo (González, et. al 2012).

### **Prevención y tratamiento de la Depresión**

La depresión puede tener comorbilidad con otros trastornos como: la ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas, la diabetes y las enfermedades cardíacas, además los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales, y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura como mencionan Berenzon, Lara, Robles y Medina (2013). Por otra parte el tratamiento que recomiendan más adecuado para la depresión es aquel que combina el uso de fármacos antidepresivos con psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal; las cuales pueden ser reproducidas con efectividad por parte de personal que labora en el primer nivel de atención a la salud, además de intervenciones psicoeducativas grupales, considerar a los trastornos mentales como enfermedades crónicas con derecho a tratamiento, adoptar políticas públicas que incorporen de manera equilibrada acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, la implementación de tratamientos psicológicos combinados con tratamiento farmacológico, así como desarrollar y fortalecer programas para atender a grupos vulnerables (niños comunidades rurales, etc.).



En la misma línea la OMS (2017), en su nota “Depresión” indica que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos y que aquellas personas quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión, aunado a la relación entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa. Y ya que está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión; entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre grupos vulnerables, las intervenciones dirigidas a los familiares de personas con este padecimiento y los programas de ejercicio pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

Existen tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual, la psicoterapia interpersonal, medicamentos antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos, además deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo,

dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados. Cabe mencionar que los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela (OMS, 2017).

De acuerdo con Puerta y Padilla (2011) a través de la revisión de múltiples investigaciones, concluyen que la terapia cognitiva es eficaz en el tratamiento de la depresión, incluso, los resultados de la terapia cognitiva son superiores a los tratamientos con fármacos tricíclicos en casos de depresión unipolar. La Terapia Cognitiva-Conductual es un modelo que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir la depresión. Este modelo está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente, y que tiene en cuenta el visto bueno, compromiso y colaboración del mismo y sus allegados. Este modelo de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema. El tratamiento dura normalmente entre 10 y 20 sesiones, y los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento.

### **CAPÍTULO 3. ADULTEZ EMERGENTE**

Este tercer capítulo está dedicado a la etapa del desarrollo en la que se ubica la población universitaria: “La Adulthood Emergente”, donde se abordan las principales características propias de esta etapa como son la fecundidad, las características económicas, el estado de salud de los jóvenes y el consumo de tabaco y alcohol esperado para esta etapa, esto con la finalidad de tener una visión de las dificultades por las que pueden atravesar y que los podrían llevar a sufrir alguno de los padecimientos de interés en la presente investigación.

Al dirigir la investigación a un tipo de población ubicada al fin de la adolescencia e inicio de la adultez, algunos científicos del desarrollo sugieren que, para la mayoría de la gente joven en las sociedades industrializadas, el periodo entre los 18 o 19 años hasta los 25 o 29 años se ha convertido en una etapa distinta del curso de la vida. La adultez emergente; se trata de una etapa exploratoria, una época de posibilidades, una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida. En esencia, es un periodo durante el cual la gente joven ya no es adolescente, pero todavía no se han asentado en los roles adultos, aunque la incertidumbre y la confusión que puede marcar este proceso puede ser muy angustiante, la mayoría de las personas jóvenes tienen una visión positiva de su futuro y esperan su vida adulta (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

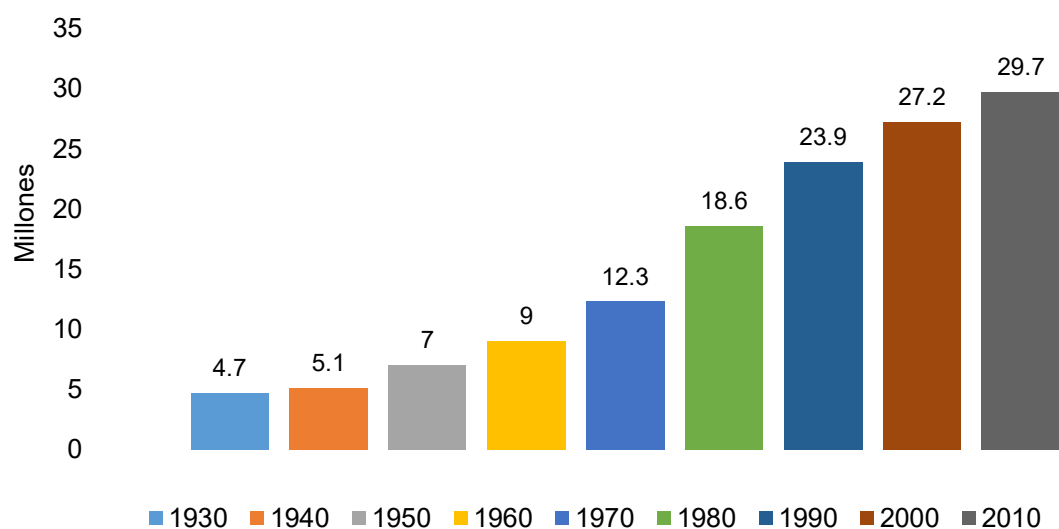
La edad adulta temprana abarca un espacio de tiempo prolongado, posterior a la adolescencia, ubicándose entre los 20 y 40 años, se considera, por lo tanto, una de las

etapas de mayor plenitud en el ser humano. Una vez superada las crisis de la adolescencia, en los aspectos físicos, con la aceptación de la imagen corporal; lo sexual, con la identidad y orientación; lo social, al asimilar el rol en la comunidad, y lo vocacional, al elegir un oficio o carrera. La presencia de los aspectos anteriores se manifiesta en un estado de bienestar integral que hace del adulto joven un miembro de la sociedad activo y productivo, en lo que al trabajo se refiere, así como en las relaciones sociales y amorosas, en el deporte, en la economía personal y familiar. En la edad adulta temprana, el pensamiento se ha tornado más flexible, abierto, adaptable e individualista como consecuencia de la capacidad de abstraer, analizar y confrontar los nuevos contenidos cognoscitivos (Jiménez, 2012).

La madurez alcanzada gracias al desarrollo cognoscitivo y moral, faculta al adulto joven para experimentar relaciones sociales basadas cada vez más en el compromiso y responsabilidad. Estas relaciones parten de una aceptación y reconocimiento en primer lugar de un “yo” sano y diferenciado, capaz de abrir sus fronteras en búsqueda de nuevas y diferentes experiencias. Se destaca la vivencia de amor universal, hacia los amigos; el conyugal, hacia la pareja; el filial, hacia los hijos, y en general hacia todo lo que merezca ser amado: la naturaleza, el trabajo, Dios, etc., (Jiménez, 2012).

De acuerdo con Jiménez (2012), una situación cada vez más común entre los adultos jóvenes, es el uso de fármacos para conciliar el sueño, controlar el apetito o el estrés, así como el consumo de alguna droga. La dependencia o adicción a ciertas sustancias, consiste en una serie de signos y síntomas cognoscitivos, comportamentales y

fisiológicos que muestran que el individuo sigue consumiendo la sustancia incluso con la aparición de problemas significativos relacionados con ésta y con las consecuencias en otras áreas de la vida, como son la familiar, social o laboral. En cuanto a la situación de este sector de la población en nuestro país, debemos decir que México es un país de jóvenes, ya que este segmento de la población comprendido entre los 15 y 29 años de edad constituye una importante fuerza social, económica, política y cultural. Desde el punto de vista demográfico, el tamaño de este grupo poblacional ha crecido sostenidamente, de tal suerte que el momento actual registra el mayor número de jóvenes en el territorio nacional (INEGI, 2010), (Ver Figura 1).



Población de 15 a 29 años y tasa de crecimiento promedio anual, 1930-2010

Figura 1. Tasa de crecimiento (INEGI, 2010).

En 1930, el monto de la población nacional alcanzaba los 16.6 millones de habitantes, desde entonces, el incremento poblacional ha ocurrido de manera sostenida. Prácticamente, en ocho décadas el tamaño de la población se septuplicó, ya que, en el

año 2010, el censo de población y vivienda contabilizó 112.3 millones de habitantes. En este mismo sentido, el tamaño de la población de 15 a 29 años ha ido en aumento. En 1930, la población joven alcanzaba 4.7 millones, esto es, 28.5% de la población total. México es un país de jóvenes, la transición demográfica presenta al momento actual con el mayor número de ellos. El Censo de Población y Vivienda (2010), contabilizó 29.7 millones de jóvenes lo que representa 26.4% de la población total. La evolución responde a los cambios ocurridos en la fecundidad durante las décadas pasadas que provocaron la reducción de la población menor de 15 años y, con ello, el aumento del peso relativo de los jóvenes en el total de la población.

En las décadas de los sesenta y setenta, una cuarta parte de la población total del país tenía entre 15 y 29 años de edad. En 1990 se observa la mayor proporción donde 3 de cada 10 habitantes eran jóvenes, debido a que alcanzaron esta etapa las generaciones más numerosas de niños que nacieron décadas atrás (INEGI, 2010).

El Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2010), contabilizó 29.7 millones de jóvenes lo que representa 26.4% de la población total. La evolución responde a los cambios ocurridos en la fecundidad durante las décadas pasadas que provocaron la reducción de la población menor de 15 años y, con ello, el aumento del peso relativo de los jóvenes en el total de la población.

El grupo quinquenal de 20 a 24 años de edad, para el año 2010 concentra a casi 10 millones de personas (INEGI, 2010).

En el año 2010, las entidades federativas con los mayores volúmenes de población de 15 a 29 años de edad del país son el estado de México, Distrito Federal, Jalisco y Veracruz con un monto que va de casi 2 a poco más de 4 millones de habitantes (INEGI, 2010).

La población económicamente activa se compone por la población ocupada y la desocupada; la primera es aquella que en la semana de referencia tenía un vínculo laboral con una empresa, negocio o institución, mientras que la segunda, es la que en el mismo periodo se encontraba en busca de empleo. En el año 2010 la población de 15 a 29 años se encontraba ocupada en un 93.4% y desocupada en un 6.6% (INEGI, 2010).

En 2015, la población que se encuentra en el grupo de 15 a 64 años constituye 65.4% de la población total de nuestro país. En ese mismo año, la población menor de 15 años representa 27.4% del total, mientras que la que se encuentra en el grupo de 15 a 64 años, constituye 65.4% y la población en edad avanzada representa el 7.2 por ciento. En contraste, en el año 2010 la participación de estos grupos de edad era 29.3, 64.4 y 6.2%, respectivamente. Esta transformación en la estructura por edad, muestra que el país se encuentra en una etapa donde el volumen de la población en edades laborales alcanza su mayor peso relativo con relación a la población en edades dependientes (INEGI, 2015).

De acuerdo con la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015), la población en México continúa siendo predominantemente joven; 25.7% (30.6 millones) de la población total son

jóvenes de 15 a 29 años. En cuanto a las estadísticas de mortalidad, en 2015 fallecieron aproximadamente 34 mil jóvenes de 15 a 29 años, lo que representa 5.2% de las defunciones totales en el país.

La población en México continúa siendo predominantemente joven. Sin embargo, aspectos demográficos como la disminución de la mortalidad, el descenso de la fecundidad y la migración predominantemente joven, han propiciado un incremento paulatino en la edad mediana de su población, pasando de 22 a 27 años. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2015) 15 millones de jóvenes de 15 a 29 años en el primer trimestre de 2017 se encuentran ocupados; 60.6% (9 millones) de ellos lo está en el sector informal.

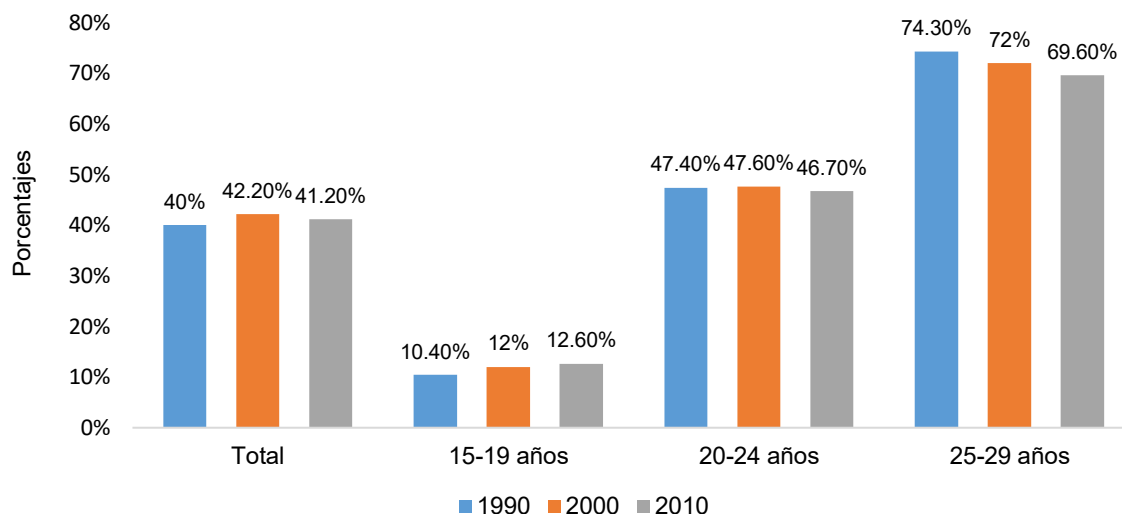
Dentro de los grupos etarios de la población en México, el perteneciente a la juventud reúne una importante proporción de la población. De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI, en el país habitan 30.6 millones de jóvenes de 15 a 29 años que representan el 25.7% de la población total.

## **La fecundidad**

Para los censos mexicanos, la fecundidad alude a la procreación humana efectiva, es decir, los hijos nacidos vivos en el seno de la población del país. Desde el censo de 1940, la fecundidad se ha captado mediante la variable de hijos nacidos vivos, refiriéndose al monto de hijas e hijos nacidos vivos que hayan tenido las mujeres de 12 y más años de



edad a lo largo de su vida reproductiva, independientemente de que al momento de la entrevista censal estén vivos o ya hayan fallecido (INEGI, 2010), (Ver Figura 2).



Porcentaje de las Mujeres de 15 a 29 años con al menos un hijo nacido vivo por gupos de edad, 1990, 2000, 2010

Figura 2. Porcentaje de mujeres con al menos un hijo (INEGI, 2010).

Entre 1990 y 2010 el porcentaje de mujeres de 15 a 29 años de edad que han tenido por lo menos un hijo nacido vivo no ha variado significativamente. En términos absolutos la cifra se incrementó en 26.5% hacia el último año, pasando de 4.9 a 6.3 millones. Además los resultados censales de 2010 indican que 6.3 millones de mujeres de 15 a 29 años de edad han tenido al menos un hijo nacido vivo, esto es, 41.2% de las mujeres de dichas edades. Ese monto es mayor al registrado en los censos de 1990 y 2000, con valores de 5.0 millones (40.0%) y de 6.0 millones (42.2% de las mujeres) correspondientemente. Respecto a 1990, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años se incrementó 2.2 puntos para 2010, pasando de 10.4% (512 mil) a 12.6% (693 mil) mujeres en dicha condición (INEGI, 2010).

El caso de las mujeres de 20 a 24 años mantiene porcentajes prácticamente constantes, aunque en términos absolutos las mujeres en dicha condición pasaron de 2.0 millones en 1990 a 2.4 millones en 2010. El porcentaje de las mujeres de 25 a 29 años muestra una tendencia a la baja. Respecto a 1990 el indicador se reduce 4.7 puntos para 2010, sin embargo, en montos, las mujeres en dicha condición sumaron 2.5 millones en 1990 y 3.2 millones en 2010 (INEGI, 2010).

### Características económicas

La población joven, considerada en edad apta para el trabajo, se encuentra representada por razones metodológicas en esta temática por las personas de 15 a 29 años; su dinámica económica como residentes habituales en las viviendas particulares expresa una diversidad de escenarios. En teoría, los jóvenes están en edad de ejercer su derecho a la educación o al de tener un trabajo digno (INEGI, 2010) (Ver Figura 3).

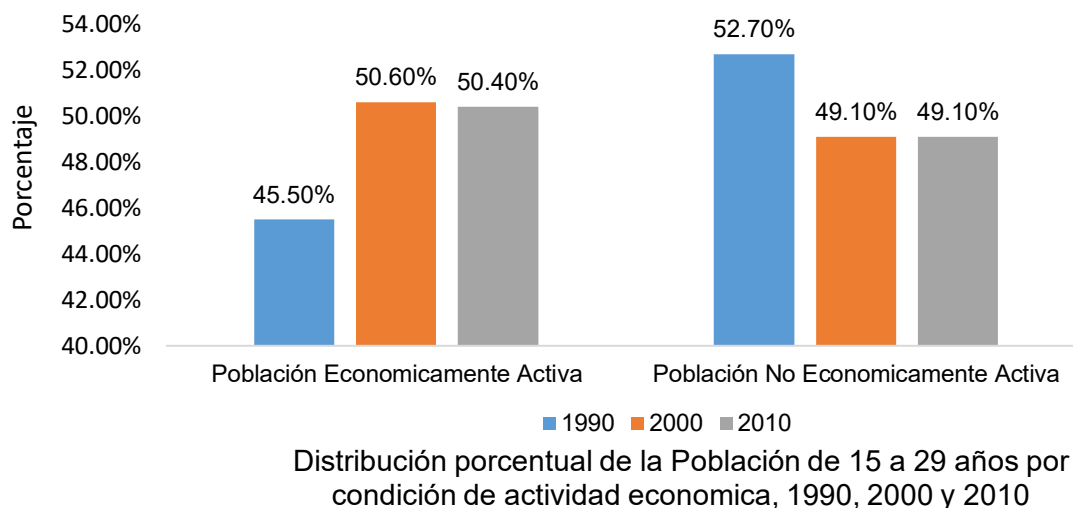


Figura 3. Distribución porcentual de población económica activa (INEGI, 2010).

Al ser los jóvenes, un grupo que concentra a un sector de la población en edad apta para el trabajo, no es de extrañar que un mayor porcentaje de activos se incorporen a la

actividad laboral. La condición de actividad analizada en los tres eventos censales más recientes expresa un ligero equilibrio en su comportamiento, principalmente en los dos últimos, donde se observa que para cada persona activa le corresponde una inactiva; excepto en el año 1990 donde la población económicamente activa (PEA) fue 7.2 puntos porcentuales más alta que su contraparte (INEGI, 2010).

### **La salud de los jóvenes**

La juventud se caracteriza por ser un periodo particularmente favorable en cuanto al estado de salud de la población; es una fase de particular vigor y entereza física. Paradójicamente, es también una de las etapas de la vida en la que existe una mayor exposición a diversos riesgos que se derivan de la naturaleza curiosa, ávida de experimentación y afirmación entre los adolescentes y jóvenes, pero que también son reflejo de los estilos de vida que predominan en una época y una sociedad determinadas. La población joven en la actualidad goza de mejores condiciones de salud que sus pares de generaciones previas. En buena medida, el hecho de contar con una población joven tan voluminosa tiene parte de su origen en la notable disminución de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, fenómeno que años atrás se asociaba predominantemente con padecimientos evitables a bajo costo (INEGI, 2010).

Aunque se espera que sean eventos poco frecuentes entre los jóvenes, la enfermedad y la muerte existen en esta etapa de la vida y muestran perfiles específicos que es necesario comprender para encontrar la mejor manera de incidir sobre ellos (Consejo Nacional de Población, 2010).

## **Consumo de tabaco y de alcohol**

El inicio de los jóvenes en el consumo de tabaco y alcohol puede obedecer a diversas causas, entre ellas la búsqueda de experiencias nuevas, la necesidad de identificarse y obtener la aprobación de los pares, el uso que se le asigna como vehículo de socialización —particularmente en los mensajes de los medios de comunicación—, e incluso, conforme se hace más frecuente su uso, la satisfacción de una adicción. La ingesta de estas sustancias representa un riesgo severo a la salud, tanto de forma directa como indirecta, particularmente en el caso del alcohol, el cual disminuye la capacidad de las personas para dimensionar de manera adecuada su exposición a situaciones que ponen en peligro su vida o la de los demás.

En este apartado se presenta información sobre el consumo de tabaco y alcohol entre la población joven, a nivel nacional y desagregada por edad y sexo. Los indicadores que se toman en cuenta se refieren al porcentaje de fumadores o bebedores de alcohol, el volumen ingerido de este tipo de sustancias y la periodicidad con la que lo hacen, además de la edad media en la que tales productos se consumen por primera vez (Consejo Nacional de Población, 2010).

De acuerdo con la ENSANUT realizada en 2006, la estimación de la edad media al inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes es de 20.1 años de edad, es decir, en la adultez temprana. La vulnerabilidad de la población adolescente y joven ante las estrategias publicitarias emprendidas por las compañías tabacaleras se materializa en sus patrones de consumo desde edades tempranas. En México la edad oficial en la que un joven puede adquirir tabaco es de 18 años, sin embargo, esto no ha sido un impedimento para

que su consumo llegue a individuos de menor edad (Consejo Nacional de Población, 2010).

También el consumo de alcohol entre los adolescentes está presente desde edades tempranas. Ya a los 15 años 13% de los varones y 8% de la población femenina ha ingerido alcohol. La edad media estimada para el inicio de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15 a 24 años es de 19.9 años. En ambos grupos de edad —adolescentes y adultos jóvenes— los varones son los que tienen mayor tendencia a consumir bebidas alcohólicas, y en el grupo de 20 a 24 años, esta tendencia es el doble respecto a sus contrapartes femeninas. Entre los adolescentes, sólo cuatro de cada diez mujeres y tres de cada diez hombres refieren nunca haber ingerido alcohol. El análisis de la frecuencia con la que beben quienes sí dicen hacerlo entre las y los adolescentes indica que la periodicidad más recurrente es de una a tres veces por semana, ocasiones en las que toman cinco o más copas (Consejo Nacional de Población, 2010).

A diferencia de los adolescentes, las proporciones de adultos jóvenes que nunca han tomado alcohol cambian, en particular entre los varones, pues mientras una proporción de mujeres similar a la de las adolescentes declara nunca haber probado el alcohol (cuatro de cada diez), entre los hombres apenas poco más de uno refiere estar en la misma situación entre los jóvenes de mayor edad. En cuanto a la periodicidad del consumo, casi 60 por ciento de los jóvenes adultos que beben declaró hacerlo de forma ocasional. Entre ellos, 76.4 por ciento consume entre una y cinco copas en cada ocasión,

uno de cada diez ingiere entre seis y nueve bebidas con alcohol y 12 por ciento toma entre diez y 15 copas (Consejo Nacional de Población, 2010).

A continuación, se presenta la metodología de este trabajo.

## **MÉTODO**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **JUSTIFICACIÓN**

El consumo de sustancias psicoactivas (drogas) y la depresión son padecimientos que han cobrado relevancia en las últimas décadas para México y el mundo. Diversos estudios han reportado un incremento en el uso de drogas, así como en la prevalencia de depresión, por lo que son problemáticas sociales en las que se destacan la magnitud y severidad que ambos problemas representan para la salud pública, específicamente al hablar de población estudiantil universitaria en general, la cual además de cumplir con sus obligaciones académicas como exposiciones, clases y evaluaciones, se encuentran en la inserción al mundo laboral, y la búsqueda de la independencia personal, lo cual puede situarlos en una condición de riesgo porque en nuestro país y otros lugares del mundo, el consumo de drogas se presenta con mayor frecuencia en jóvenes, siendo consumidas drogas cada vez más dañinas, incluso la edad de inicio en el consumo es cada vez menor y se registra un aumento en la disponibilidad de drogas lícitas como la venta de cigarrillos por pieza y la obtención de bebidas alcohólicas, incluso adulteradas; así como en la facilidad de conseguir drogas ilícitas entre la población estudiantil (Marín et al., 2013, Blazquez et al., 2012, González et al 2015), por ello es importante indagar acerca de la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y sintomatología depresiva, de manera cuantitativa y obtener información cualitativa acerca de algunos aspectos detonadores de la conducta del consumo.

La presente investigación busca identificar la relación entre el consumo de sustancias y los síntomas de depresión en una muestra de jóvenes estudiantes activos de pregrado. El presente trabajo de tesis, ofrece además un análisis de los hábitos y riesgos que conllevan el consumo de sustancias, desglosados sustancias por sustancia a fin de identificar aquellas que representan un mayor riesgo para los adultos jóvenes encuestados. Este estudio, tiene una importancia particular ya que los datos que proporciona, destacan el nivel de riesgo de consumo presente en esta muestra, además de preguntas abiertas seleccionadas por los autores para proporcionar información acerca de las causas que motivaron al consumo, en qué lugares se realiza este consumo y la percepción acerca de las amistades y círculos sociales que consumen sustancias psicoactivas, así como su impacto en sus hábitos de consumo; estas preguntas abiertas, ofrecen al lector el punto de vista personal del encuestado, su percepción de los problemas abordados y representan un apartado que complementario a los resultados de los cuestionarios da como resultado una investigación muy completa y difícil de encontrar en otros trabajos que abordan temas similares, incluso dichos resultados se presentan detalladamente desglosados por sustancia, sexo, carrera, semestre y sintomatología depresiva, además propone el uso de dos instrumentos (ASSIST y CESD-R) poco utilizados en México y particularmente en este tipo de muestra; así como su aplicación vía electrónica, que una vez demostrados su validez y confiabilidad podrán ser utilizados en otros trabajos de investigación.

La información contenida en esta investigación es de suma importancia para la sociedad mexicana; es útil para las universidades (e instituciones de educación de diversos niveles en general), ya que brinda un panorama claro y actual de los riesgos en los que se



encuentran los estudiantes, además de que proporciona literatura (que incluye grupos etarios de distintas licenciaturas) de la situación actual en México y el mundo del consumo de sustancias y la depresión, lo que permitirá a las diversas instituciones de educación y salud implementar programas de apoyo, prevención y tratamiento más eficientes. A la población en general que tengan algún integrante entre los 18 y 24 años que estudie la universidad, les brindará un panorama no solo de los riesgos a los que están expuestos de consumir alguna sustancia psicoactiva o presentar síntomas depresivos, sino además identifica los problemas por los cuales atraviesan los adultos jóvenes, sus principales preocupaciones, y posibles motivos que los orillan a consumir. También tal investigación brinda cifras acerca de los elevados costos para la salud pública y el impacto en la productividad laboral de los adultos jóvenes (uno de los grupos etarios más importantes en el sector productivo de nuestro país) que acarrear tanto el consumo de sustancias psicoactivas como la depresión.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación que existe entre las manifestaciones sintomáticas depresivas y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de las diferentes carreras de una Universidad Pública en la Zona Oriente de la Ciudad de México?

## **OBJETIVO GENERAL**

Relacionar las manifestaciones sintomáticas depresivas y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de las diferentes carreras de una Universidad Pública de la Ciudad de México, ya que encuestas a Nivel Nacional indican que el consumo de

cualquier droga ilegal ha ido en aumento, incluso se señalan como las de mayor consumo la marihuana, siguiendo los inhalables, y la cocaína (ENA 2011, ENCODAT, 2016, Blazquez et al 2012). Por su parte la depresión en el caso de estudiantes, tiene mayor prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres, incluso el consumo de drogas incrementa casi dos veces las posibilidades de presentar sintomatología depresiva (Rivera et al., 2015).

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los síntomas depresivos que reportan los estudiantes, mediante la CESD-R.
- Identificar el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes, conforme al ASSIST.
- Relacionar los síntomas depresivos con el consumo de sustancias psicoactivas en la muestra.
- Identificar la sustancia de mayor consumo por carreras.
- Identificar la validez de los instrumentos.

## **HIPÓTESIS**

De Trabajo:

Existe relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la sintomatología depresiva.

Estadística:

Hi.= Existe relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la sintomatología depresiva.

H0.= No existe relación entre consumo de sustancias psicoactivas y sintomatología depresiva.

## **VARIABLES**

### **INDEPENDIENTES**

Debido a que los investigadores no controlarán ninguna de las variables de interés, no se trabajarán con este tipo de variables.

### **DEPENDIENTES**

Manifestaciones sintomáticas depresivas: definidas conceptualmente a través de seis dimensiones: Inseguridad emocional y problemas interpersonales, Somatización, Bienestar emocional, Actividad retardada, Afecto deprimido y Afecto positivo y operacionalmente conforme al instrumento CESD-R que incluye los criterios diagnósticos del DSM IV.

Consumo de sustancias psicoactivas: definidas conceptualmente a través del uso o abuso de nueve tipos de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opiáceos), que se puede categorizar en tres niveles de riesgo: “bajo”, “moderado” y “alto” y operacionalmente conforme a los criterios que incluye el Instrumento ASSIST.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

Una muestra de 250 estudiantes de una Universidad Pública de la zona Oriente de la Ciudad de México, entre los 18 y los 24 años.

## **TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico intencional

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Aceptar participar en el estudio.

Consumir alguna sustancia psicoactiva.

Ser estudiante de alguna de las licenciaturas que se imparten en la Universidad.

Contestar todo el instrumento.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Aquellas personas que rechacen su participación o nieguen su consentimiento para formar parte de esta investigación, así como personas mayores a 25 años, ya que se pueden considerar estudiantes egresados. Asimismo, tampoco podrán participar personas que consuman alguna sustancia por prescripción médica.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

No se consideró ningún criterio de eliminación ya que solo se consideraron los cuestionarios que se resolvieron en su totalidad.

## TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Transversal-Correlacional con un grupo ya que el objetivo es identificar la relación entre las variables de interés en un momento determinado y con solo un tipo de muestra.

## INSTRUMENTOS

La presente investigación implemento un cuadernillo para su llenado con lápiz y una versión electrónica del mismo (Google forms) con dos instrumentos tipo Likert, además de otras interrogantes que se describen a continuación:

1ª. Parte, incluye el consentimiento informado para participar en el estudio.

2ª. Parte, incluyó datos sociodemográficos, estado civil, sexo, edad, carrera, turno, semestre.

3ª. Parte, contiene *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST V3.0 (OMS 2011)* que permite identificar a los sujetos que presentan uso o abuso de alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas, o incluso dependencia. Está conformado por 8 preguntas: las primeras siete sondean diferentes aspectos en relación al consumo de 9 tipos de sustancias (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opiáceos) tabaco ( $\alpha= 0,83$ ), alcohol ( $\alpha= 0,76$ ) y marihuana ( $\alpha= 0,73$ ). Las puntuaciones por sustancia se obtienen sumando cada respuesta de la pregunta 2 a la pregunta 7, en total se obtienen 9 puntuaciones de involucramiento; uno por cada sustancia psicoactiva. La puntuación máxima por categoría puede ser 39 puntos y la más baja 0. Con base en lo anterior, el ASSIST determina una puntuación de riesgo

por sustancia que se puede categorizar en tres niveles de riesgo: “bajo”, “moderado” y “alto” (Sainz, et al., 2016), además se agregó preguntas referentes al consumo de sustancias psicoactivas -¿a qué edad comenzaste a consumir sustancias?, ¿cuántos años llevas consumiendo sustancias?, ¿cuál consideras que fue la causa que te motivó a consumir?, ¿en qué lugares realizas tu consumo?, ¿tus amigos son consumidores?, ¿qué actividades realizas en tu tiempo libre?, ¿qué tipo de personas dentro de tu escuela crees que están en riesgo de consumir sustancias?, ¿qué piensas que es lo que más influye para que una persona consuma drogas?.

4ª. Parte incluye *La Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológicos CESD-R* (González, Jiménez, Ramos y Wagner, 2008). La escala está conformada por 34 reactivos ( $\alpha = 0.947$ ), dividida en seis dimensiones: Inseguridad emocional y problemas interpersonales (10 reactivos,  $\alpha = 0.918$ ), Somatización (7 reactivos,  $\alpha = 0.885$ ), Bienestar emocional (3 reactivos,  $\alpha = 0.712$ ), Actividad retardada (6 reactivos,  $\alpha = 0.889$ ), Afecto deprimido (5 reactivos,  $\alpha = 0.900$ ) y Afecto positivo (3 reactivos,  $\alpha = 0.853$ ). Las opciones de respuesta fueron: 0 días, 1-2 días, 3-4 días, 5-7 días y 8-14 días para evaluar sintomatología depresiva durante las dos últimas semanas (González et al., 2008).

5ª. Y última parte, se agregó un formato agradeciendo la participación, y opcionalmente se pedía un correo para compartir los resultados de esta investigación.

## **PROCEDIMIENTO**

Se diseñó un cuadernillo y una versión electrónica (Google forms) con los instrumentos ya descritos. En una primer instancia se difundió la versión electrónica del cuestionario vía correo electrónico y redes sociales en grupos de difusión académica pertenecientes a la casa de estudios del interés de los investigadores, para asegurar el obtener únicamente respuestas de miembros activos de la comunidad estudiantil y que se cumpliera el requisito de edad (estar entre los 18 y 24 años) antes de iniciar las preguntas se pidió seleccionar la carrera y el semestre que se cursaba al momento de responder, además de solicitar la edad del encuestado. En caso de no responder estos rubros el participante no podía continuar respondiendo el cuestionario y por tanto sus respuestas no fueron tomadas en cuenta.

Con la finalidad de recabar los datos se procedió a realizar el mismo cuestionario en papel y lápiz recabando así los datos de manera presencial, para esto se incluyeron exactamente las mismas preguntas que en el cuestionario electrónico y en la primer página de este cuestionario (además del consentimiento informado) se incluyeron los reactivos para carrera, semestre y edad para asegurar que todos los participantes estuvieran dentro de los criterios de inclusión que requiere la investigación. En esta fase de la recolección de datos, los investigadores se acercaron a diferentes personas en el interior de la casa de estudios y se les preguntó si querían participar en una investigación. Al inicio de cada aplicación física se realizó una breve reseña del proyecto “Esta investigación está relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios”, se indicó además que la información proporcionada era confidencial,

anónima y solo con fines de investigación, también que leyeran las instrucciones completas y que respondieran todas las preguntas y si tenían alguna duda podían consultar a los investigadores para aclararla; para la aplicación vía electrónica se compartió la liga vía internet, la cual contenía las mismas instrucciones, no se afectó su persona y autonomía ya que su participación fue libre.



## **RESULTADOS**

Los datos del presente trabajo fueron analizados con un Análisis Producto Momento de Pearson para determinar la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y sintomatología depresiva medidas en un nivel por intervalos o de razón.

A continuación, se presentan los resultados los cuales fueron agrupados en:

1. Características Sociodemográficas.
2. Consumo de Sustancias psicoactivas.
3. Sintomatología depresiva.
4. Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y sintomatología depresiva.

### **1. Características sociodemográficas.**

En este estudio participaron 250 estudiantes de pregrado, representando el 56% de la muestra el sexo femenino y el 44% al sexo masculino; con una media de edad de 21 años (DE 1.8).

Con respecto a datos escolares, el 71% pertenecía al turno matutino y el 29% al turno vespertino de una Escuela Pública de Nivel Superior en la Ciudad de México y reportaron estar inscritos: 32% en primer año, 18% en segundo año, 17% en tercer año, 26% en cuarto año y 7% en quinto año. En cuanto a la información referente a las diferentes carreras que estudian los participantes de esta investigación, se puede observar que la

carrera de Psicología presentó el equivalente al 30%, Biología ocupa el 21% de los participantes, Médico Cirujano obtuvo 15%, la carrera de Químico Farmacéutico Biólogo alcanzó un 12% de las respuestas, de Ingeniería Química un 11%, la de Cirujano Dentista conforma un 8%; y finalmente de la carrera de Enfermería el 3%.

En cuanto al estado civil, el 94% refirió ser soltero, 2% estar casado y 5% vivir en unión libre, (Ver Tabla 12).

Tabla 12  
*Características Sociodemográficas de la muestra (n= 250)*

	(%)	N
<b>Sexo</b>		
Mujeres	56%	(139)
Hombres	44%	(111)
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	94%	(234)
Unión Libre	4%	(11)
Casado	2%	(5)
<b>Turno</b>		
Matutino	71%	(177)
Vespertino	29%	(73)
<b>Semestre</b>		
Primer Año	32%	(79)
Segundo Año	18%	(46)
Tercer año	17%	(42)
Cuarto Año	26%	(65)
Quinto Año	7%	(18)
<b>Edad</b>		
18-20	44%	(111)
21-23	46%	(114)
24-25	10%	(25)
<b>Carrera</b>		
Psicología	30%	(76)
Biología	21%	(52)
Médico Cirujano	15%	(36)
Químico Farmacéutico Biólogo	12%	(31)

Ingeniería Química	11% (27)
Cirujano Dentista	8% (20)
Enfermería	3% (8)

## 2. Consumo de sustancias psicoactivas.

En este apartado se describen las respuestas referentes al consumo de sustancias psicoactivas iniciando con el reactivo número 1 del ASSIST: ¿Cuáles sustancias has consumido a lo largo de tu vida?, en el cual se encontró que las de mayor consumo en orden descendiente son: Alcohol (98%), Tabaco (80%), Cannabis (57%), Alucinógenos (20%), Cocaína (18%), Sedantes (17%), Estimulantes (14%), Inhalantes (7%) y por último los Opiáceos (5%), (Ver Figura 4).

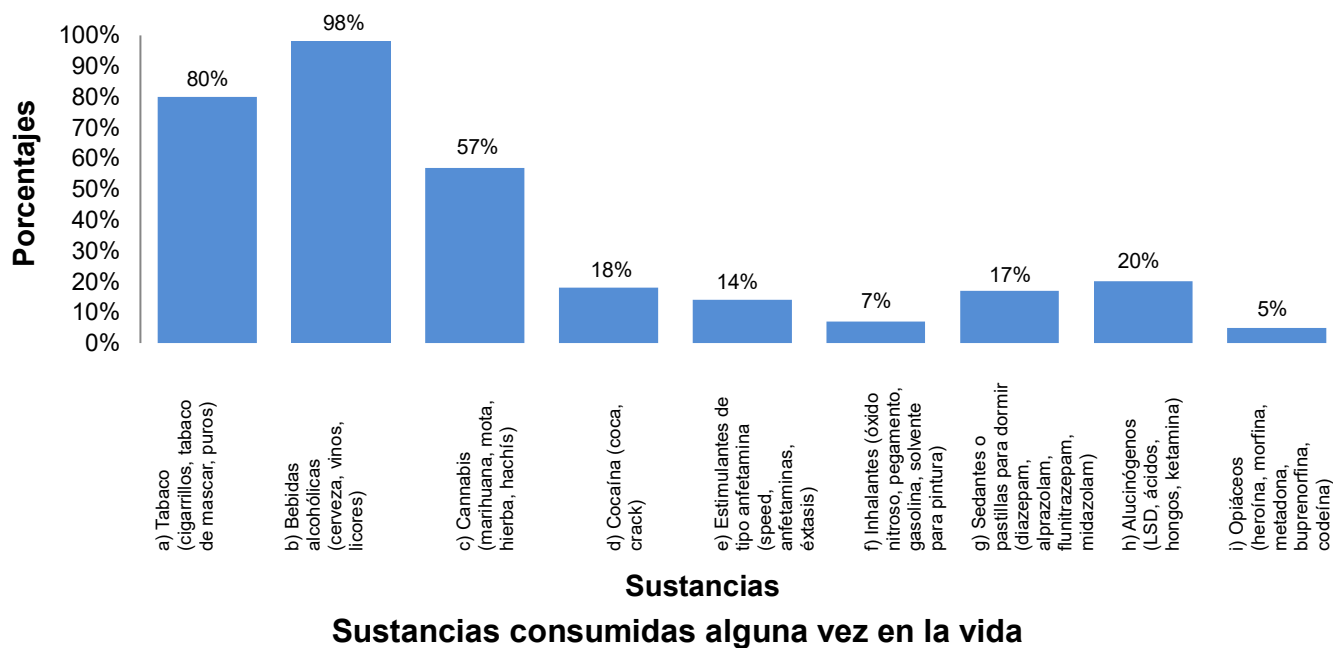


Figura 4. Distribución de sustancias consumidas alguna vez en la vida.

Una vez que se ha identificado el tipo de sustancia consumida alguna vez en la vida, se procede a identificar el riesgo de desarrollar adicción, que presenta la muestra. Este riesgo es en un nivel “moderado” para sustancias como: el tabaco (46%), el alcohol (42%) y la marihuana (27%). Afortunadamente pocas personas se encuentran en niveles de riesgo “alto” por el consumo de Alcohol (4%), Tabaco (3%), y Marihuana (3%), siendo que para las demás sustancias el mismo nivel de riesgo representa menos del 2% de la muestra. No obstante, hay que mencionar que las personas que se encuentran en algún riesgo para el consumo de sustancias, son en su mayoría los consumidores de Tabaco, Alcohol, Marihuana, Sedantes, Cocaína y Alucinógenos (Ver Figura 5).

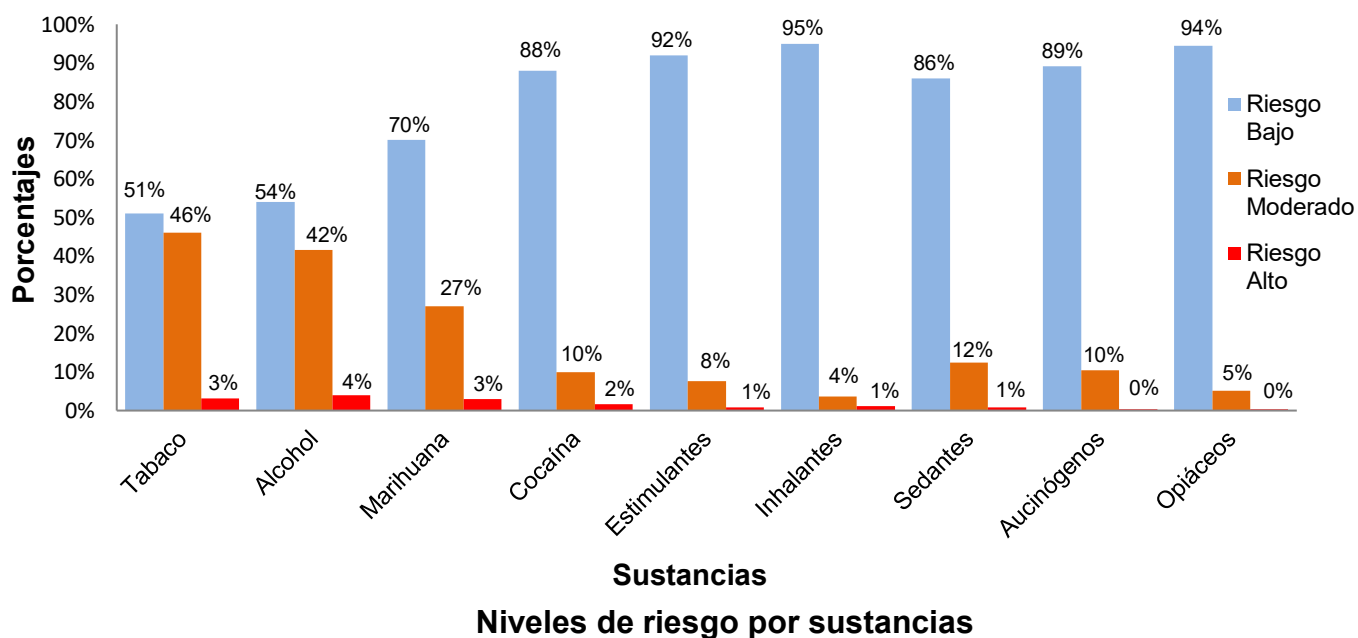


Figura 5. Niveles de riesgo para el consumo de sustancias.

Por otra parte, al comparar el consumo de sustancias por sexo, se observa que, en todas las sustancias, gran parte de mujeres presentan niveles de “riesgo bajo”, específicamente en Cocaína, Estimulantes, Inhalantes, Sedantes, Alucinógenos y

Opiáceos alcanzando el 50% de la muestra. En “riesgo medio” podemos observar que ligeramente se ubica un porcentaje mayor por parte de las mujeres para el consumo de tabaco y alcohol, en comparación con los hombres, en contraste menos del 10% de la muestra sin importar el sexo se ubican en este nivel por el consumo de sustancias ilegales. No obstante, el consumo en “riesgo alto” para el caso de los hombres es más elevado en porcentaje al compararlos con las mujeres en todas las sustancias (Ver Tabla 13).

Tabla 13  
*Niveles de riesgo por sustancia según el Sexo*

<b>Tabaco %</b>			
N=250	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<b>Hombre</b>	21	21	2
<b>Mujer</b>	30	25	1
<b>Alcohol %</b>			
N=250	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<b>Hombre</b>	22	19	3
<b>Mujer</b>	32	23	1
<b>Marihuana %</b>			
N=250	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<b>Hombre</b>	28	15	2
<b>Mujer</b>	42	12	1
<b>Cocaína %</b>			
N=250	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<b>Hombre</b>	38	5	1
<b>Mujer</b>	50	5	0
<b>Estimulantes %</b>			
N=250	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<b>Hombre</b>	40	4	0
<b>Mujer</b>	52	3	0
<b>Inhalantes %</b>			
N=250	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<b>Hombre</b>	42	2	1
<b>Mujer</b>	53	2	0
<b>Sedantes %</b>			
N=250	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto

<b>Hombre</b>	38	7	0
<b>Mujer</b>	49	6	1
<b>Alucinógenos %</b>			
N=250	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<b>Hombre</b>	39	5	0
<b>Mujer</b>	50	5	0
<b>Opiáceos %</b>			
N=250	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<b>Hombre</b>	42	2	0
<b>Mujer</b>	52	3	0

En cuanto a las sustancias más consumidas por carrera se reportó alcohol para la mayoría de las carreras, sin embargo, tabaco se obtuvo para la carrera de Biología, tales sustancias se ubicaron en riesgo moderado y alto de presentar problemas por su consumo (Ver Tabla 14).

Tabla 14  
*Sustancias más consumidas en cada carrera.*

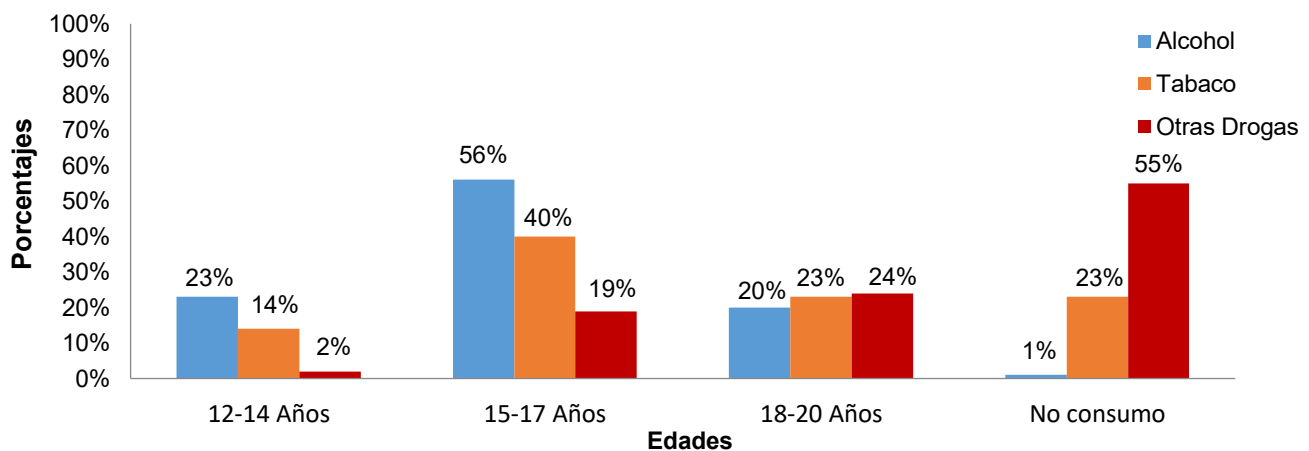
<b>Carreras</b>	<b>Sustancia</b>
Biología	Tabaco
Cirujano Dentista	Alcohol
Enfermería	Alcohol
Ingeniería Química	Alcohol
Médico Cirujano	Alcohol
Psicología	Alcohol
Químico Farmacéutico Biólogo	Alcohol

Posteriormente, se realizó una prueba estadística para evaluar la validez del ASSIST, se obtuvieron coeficientes de fiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco (alfa = 0,79), alcohol (alfa = 0,70), marihuana (alfa = 0,81), cocaína (alfa = 0,78), estimulantes (alfa = 0,72), Inhalantes (alfa = 0,82) y sedantes (alfa = 0,72), (Ver Tabla 15).

Tabla 15  
*Alfas de Instrumento ASSIST*

Sustancia	Alfa de Cronbach
ASSIST-Tabaco	0.797
ASSIST-Alcohol	0.701
ASSIST-Marihuana	0.814
ASSIST-Cocaína	0.785
ASSIST-Estimulantes	0.724
ASSIST-Inhalantes	0.822
ASSIST-Sedantes	0.723
ASSIST-Alucinógenos	0.666
ASSIST-Opiáceos	0.585

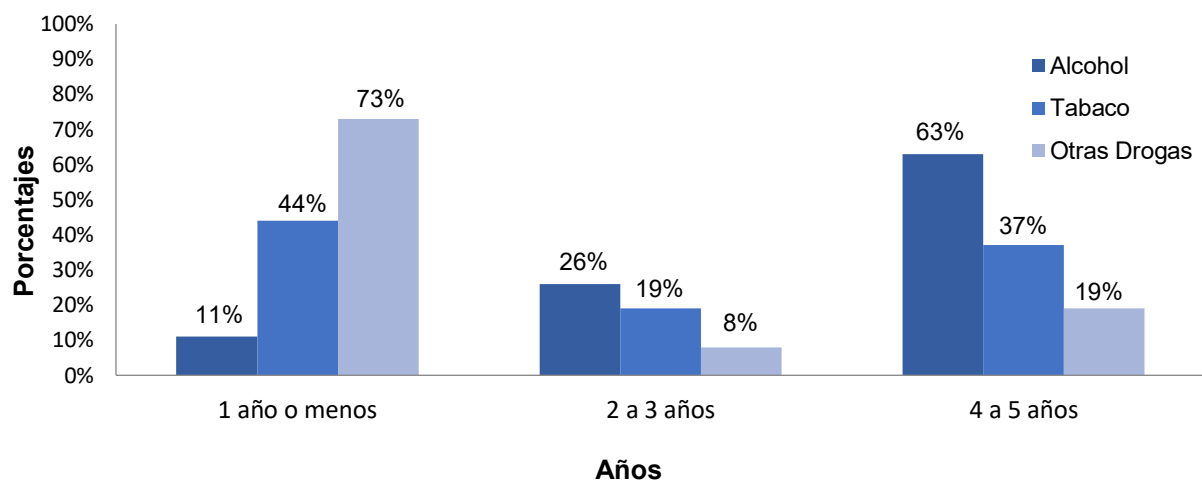
Con referencia a la edad en que se inició el consumo, en esta muestra se observa que para la mayoría de las sustancias se encuentra entre los 15 y los 17 años, sin embargo, se destaca que en este tipo de población una cantidad representativa ha iniciado su consumo desde los 12 a los 14 años, así como que un porcentaje representativo de la muestra llega a consumir drogas ilegales después de cumplir la mayoría de edad (Cocaína, Estimulantes, Inhalantes, Sedantes, Alucinógenos, y Opiáceos), (Ver Figura 6).



**¿A qué edad comenzaste a consumir las siguientes sustancias?**

Figura 6. Edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.

Por lo que al indagar sobre el tiempo que se lleva consumiendo sustancias psicoactivas, el consumo de alcohol ha sido más prolongado (cerca de 4 a 5 años), en comparación con el consumo de drogas ilegales (Cocaína, Estimulantes, Inhalantes, Sedantes, Alucinógenos, y Opiáceos) las cuales presentan un menor número de años de consumo; específicamente menos de un año, sin embargo, en general gran cantidad de los encuestados se encuentran consumiendo alrededor de 4 o 5 años (Ver Figura 7).



### ¿Cuántos años llevas consumiendo sustancias?

Figura 7. Número de años que llevan consumiendo sustancias.

Para las figuras 8, 9, 10 11,12 y 13, se utilizó la tabla de Categorías para asignar las respuestas a cada una de sus categorías, (Ver Tabla 16).



**Tabla 16**  
**Categorías de preguntas abiertas**

<b>1.- ¿Cuál consideras que fue la causa que te motivo a consumir?</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo de respuesta más representativa</b>
<b>Aspectos Psicológicos</b>	Condiciones relacionadas a diversos trastornos psicológicos como lo son: la Ansiedad y la depresión.	“Ansiedad, depresión, estrés, dolor y problemas psicóticos”
<b>Hábito</b>	Decisión propia tomada con fines de recreación en busca de obtener algún placer. Este consumo se realiza posteriormente al primer consumo.	“Por gusto, me gusta cómo me siento”, “Se me antojo”
<b>Influencia Social</b>	Empuje o influencia que las relaciones sociales ejercen sobre un individuo, se incluye la persuasión, la conformidad social, aceptación social y obediencia social.	“Por amigos”, “Solo las probé por influencia de amigos, por compañeros, influencia del círculo social”
<b>Problemas Personales</b>	Dificultades que una persona experimenta en su vida, pueden darse en el ámbito familiar o académico/profesional; estos afectan principalmente en el ámbito emocional de la persona.	“Evadir problemas personales”
<b>Sin Causa Aparente</b>	La respuesta no proporciona elementos suficientes para poder ser incluida en alguna categoría.	“No sé”, “Ignorancia”

## 2.- ¿En qué lugar(es) usualmente realizas tu consumo?

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo de respuesta más representativa</b>
<b>Bares</b>	Local en el que se venden bebidas alcohólicas.	“Bares”
<b>Calle</b>	Vía pública de libre tránsito.	“Calle, Banqueta”
<b>Casa</b>	Hogar, inmueble diseñado para habitar de acceso privado.	“En casa”
<b>Escuela/Facultad</b>	Institución donde se dan o se reciben ciertos tipos de instrucción.	“En la FES” “En la Escuela”
<b>Fiestas</b>	Reunión para celebrar algo o divertirse.	“En fiestas”
<b>En cualquier lado</b>	Lugar indefinido.	“Lugares donde se pueda consumir” “Lugares abiertos”
<b>Sin consumo</b>	Consumo referido a alguna vez en la vida y no a la actualidad	“Actualmente no consumo”

## 3.- ¿Qué actividades realizas durante tu tiempo libre?

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo de respuesta más representativa</b>
<b>Dormir</b>	Hallarse en el estado de reposo o inacción en el que se interrumpen las relaciones sensoriales y todo movimiento voluntario quedando el individuo desvinculado de su ambiente.	“Dormir”
<b>Ejercicio</b>	Ejecución repetida de una actividad física o mental con miras a un adiestramiento.	“Hacer ejercicio”
<b>Estudiar</b>	Ejercitar el entendimiento de algún tema para comprenderlo.	“Estudiar”
<b>Leer</b>	Pasar la vista por lo escrito o impreso, comprendiendo la significación de los caracteres empleados.	“Leer”

**Ocio o esparcimiento**      Actividades realizadas durante el tiempo libre de una persona.      “Ver series, leer, estar en las redes sociales”

**4.- ¿Qué tipo de personas dentro de tu escuela crees que están en riesgo de consumir drogas?**

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo de respuesta más representativa</b>
<b>Amistades.</b>	Personas con quien se relaciona el individuo y que pertenecen a su círculo social con quienes comparte intereses y gustos.	“Mis amigos”
<b>Estudiantes.</b>	Persona que cursa estudios en un establecimiento de enseñanza.	“Algunos estudiantes, sean de nuevo ingreso o irregulares”
<b>Personas con problemas</b>	Personas con cualquier tipo de dificultad en las diferentes áreas de su vida, como puede ser familiar, profesional, académico, etc.	“Aquellos que atraviesan un periodo difícil principalmente emocional”
<b>Cualquier persona.</b>	Persona indeterminada.	“Todos estamos expuestos dentro o fuera de la escuela”
<b>Nadie</b>	Ninguna persona.	“Nadie”, “No sé”, “No conozco a ninguna”.

**5.- ¿Qué piensas que es lo que más influye para que una persona consuma drogas?**

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo de respuesta más representativa</b>
<b>Búsqueda de sensaciones</b>	Inquietud por el descubrimiento de nuevas experiencias. Experimentar la sensación que produce, curiosidad a sus efectos o al hecho de probar las sustancias.	“Que tenga curiosidad por probar”
<b>Causas Personales</b>	Causas internas del propio individuo, relacionadas con cualquier esfera de su	“Su historia de vida y su círculo social”

	vida ya sea laboral, familiar, académica, etc.	
<b>Disponibilidad</b>	Cualidad o condición de disponible.	“El acceso que tenga a ellas” “La facilidad de adquisición”
<b>Entorno</b>	Ambiente, lo que rodea.	“Su alrededor “. “El contexto donde viva y la gente con la que se relaciona”.
<b>Influencia Social</b>	Empuje o influencia que las relaciones sociales ejercen sobre un individuo, se incluye la persuasión, la conformidad social, aceptación social y obediencia social.	“La repercusión social” “Presión social y depresión”. “Amigos, ambiente social”

**6.- ¿Crees que existen drogas asociadas a determinadas carreras o grupos en específico?, Si, ¿Cómo cuáles?**

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo de respuesta más representativa</b>
<b>Si</b>	Consumo de alguna sustancia psicoactiva asociado a algún sector de la población.	“A QFB, marihuana y alcohol Biología con la marihuana, QFB cosas más sintéticas, Medicina con la cocaína”
<b>No</b>	Respuestas sin relación alguna.	“Es un prejuicio. No creo que haya relación”

Con respecto a las causas que motivan el consumo de sustancias en dichos participantes, se encontró entre las principales: en primer lugar, las razones debidas a la búsqueda de sensaciones (44%), en segundo lugar, la influencia social (34%), en tercer lugar, el hábito (10%) y en cuarto lugar aspectos psicológicos, (5%), (Ver Figura 8).

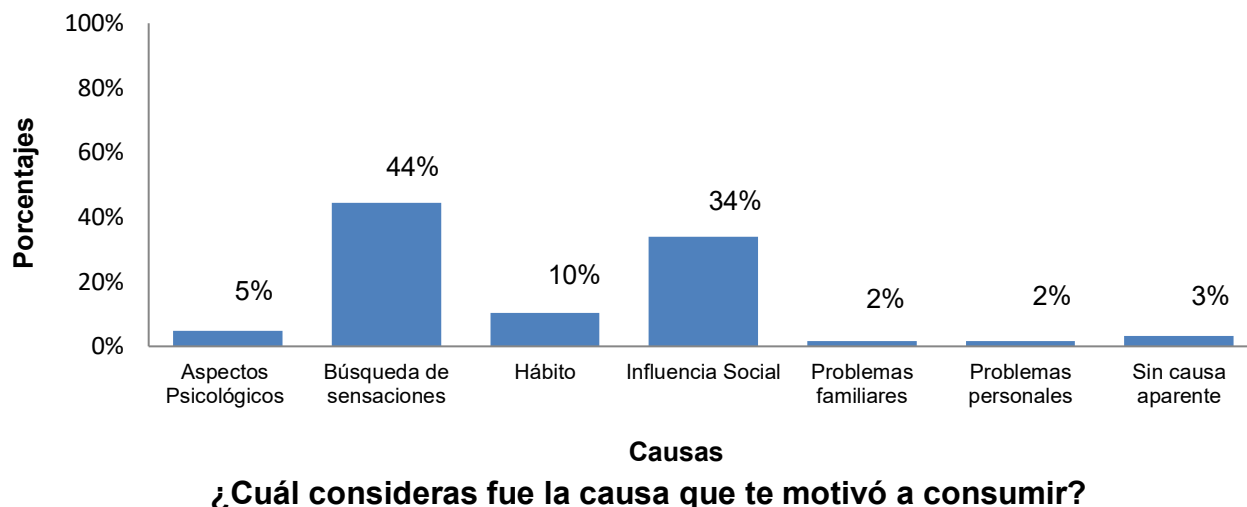


Figura 8. Causas que motivaron al Consumo

Además, referente a los lugares en los que los participantes realizan su consumo se encontró principalmente las opciones: fiestas (40%), su casa (25%), bares (16%), y en la escuela (9%), (Ver Figura 9).

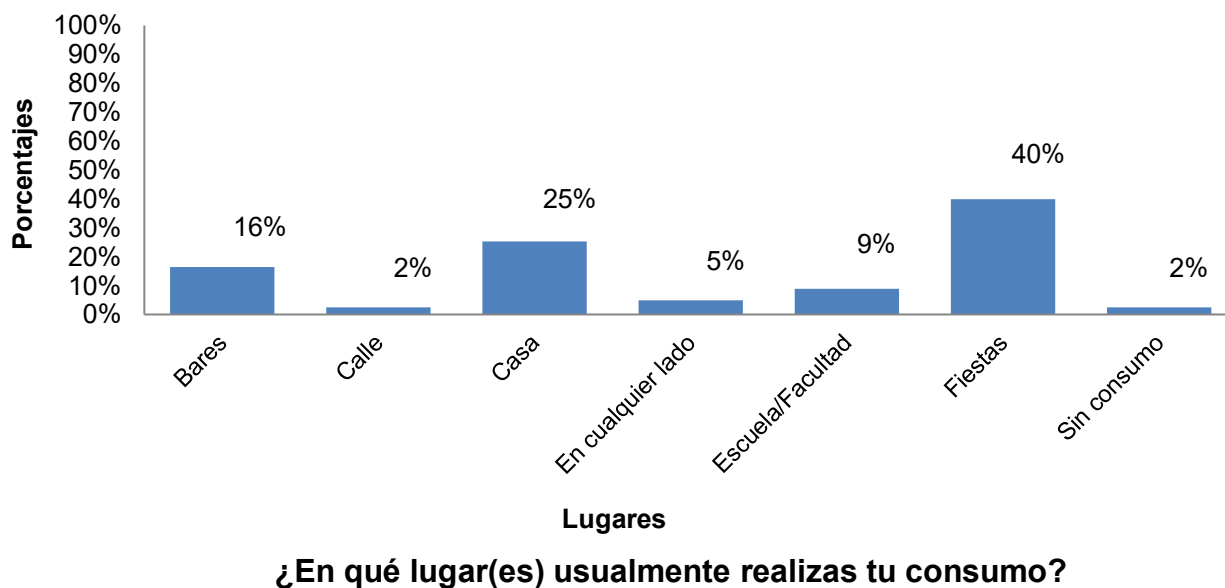
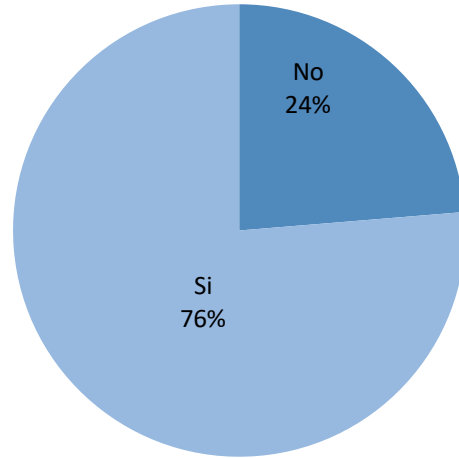


Figura 9. Lugares donde se realiza el consumo.

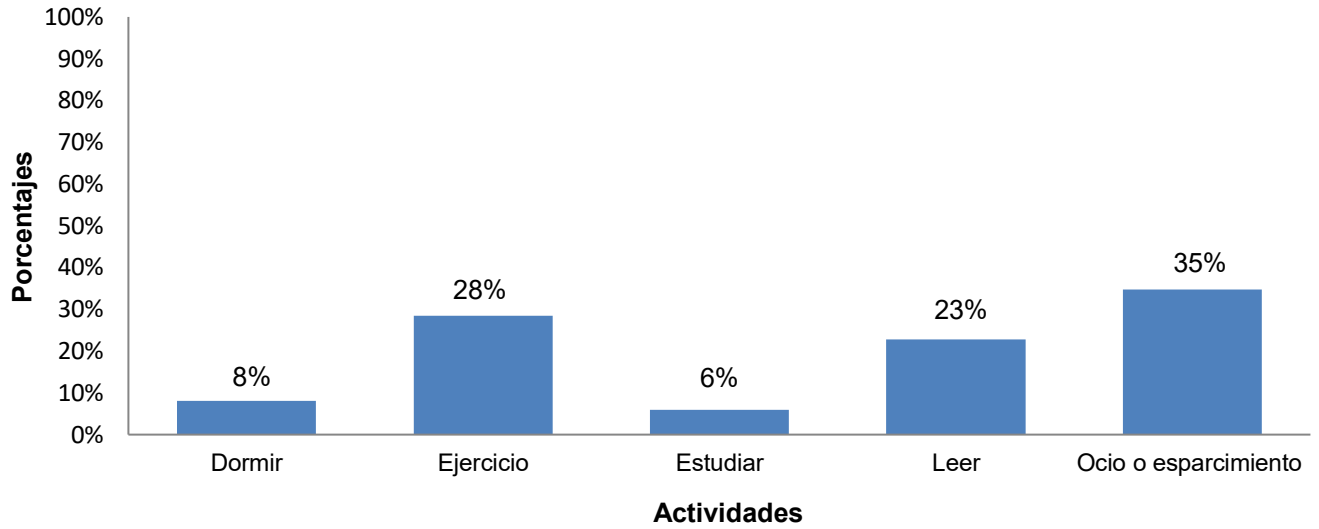
La siguiente gráfica muestra que, en su mayoría, los amigos de los consumidores también son personas que consumen alguna sustancia (Ver Figura 10).



**Amigos que consumen**

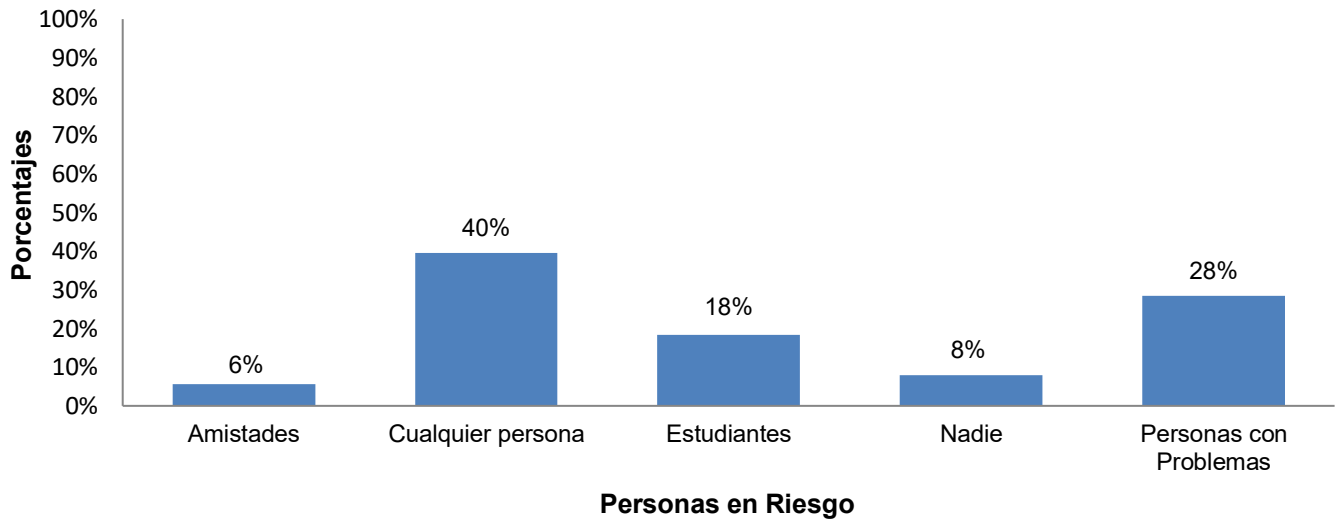
*Figura 10. Tener amistades que consumen alguna sustancia.*

Respecto a las principales actividades que realizan los consumidores en su tiempo libre, se identificó: Ocio (35%) (Bailar, estar en internet, escuchar música, tocar instrumentos, ir al cine, cantar, dibujar y leer, ver series o videos) realizar ejercicio (28%), dormir (8%) y estudiar (6%), (Ver Figura 11). Prosiguiendo, los resultados arrojaron que en opinión de los encuestados que conforman la muestra, las personas que pueden estar en riesgo de consumir sustancias son: cualquier persona (40%), personas con problemas (28%) y estudiantes (18%) (Ver Figura 12). Además, que entre las razones que más influyen en el consumo de los participantes se encuentran: Causas personales *“El deseo propio que la persona tiene por hacerlo”, “el aburrimiento”, “el exceso de tiempo libre”* (34%), Influencia social *“las condiciones de grupos de amigos”* (34%), Entorno *“El ambiente en el que se desarrolla, su entorno familiar, sus problemas sociales, por querer encajar”* (15%) y búsqueda de sensaciones *“Curiosidad, ocio, problemas familiares y sociales”, “Ganas de conocer”* (15%), (Ver Figura 13).



**¿Qué actividades realizas durante tu tiempo libre?**

Figura 11. Actividades que se realizan en el tiempo libre.



**¿Qué tipo de personas dentro de tu escuela crees que están en riesgo de consumir drogas?**

Figura 12. Personas que pueden estar en riesgo según los consumidores.

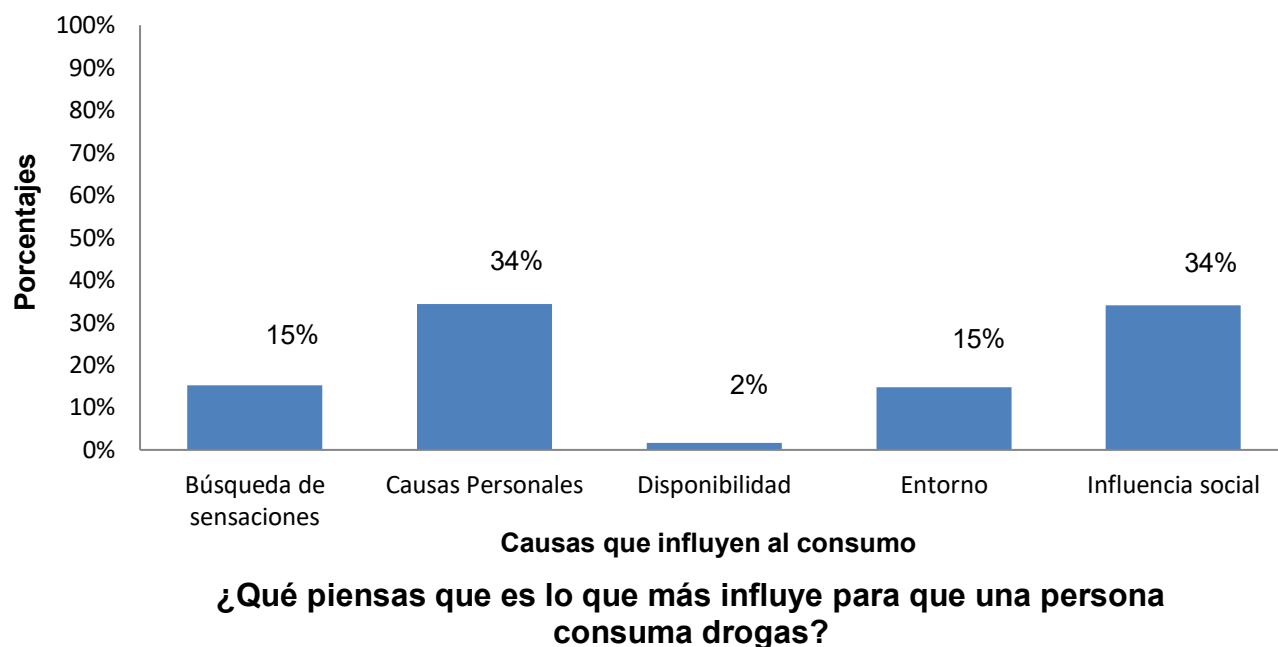


Figura 13. Lo que más influye para que una persona consuma drogas.

### Indicadores de depresión.

Continuando con el análisis de los resultados del estudio, para el caso de depresión se puede observar que alrededor del 80% de la muestra se encuentra sin síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor y en sintomatología depresiva elevada se encuentra solo el 18%, (la definición operacional de la sintomatología depresiva elevada se definió con el punto de corte (PC) de la CESD-R con base en la media más una desviación estándar ( $PC \geq 24$ ), (Ver Tabla 17).

Tabla 17  
*Presencia de sintomatología depresiva*

	Hombre	Mujer	Total
Sin Sintomatología	36.8% (92)	45.6% (114)	82% (206)
Sintomatología depresiva elevada	7.6% (19)	10% (25)	18% (44)

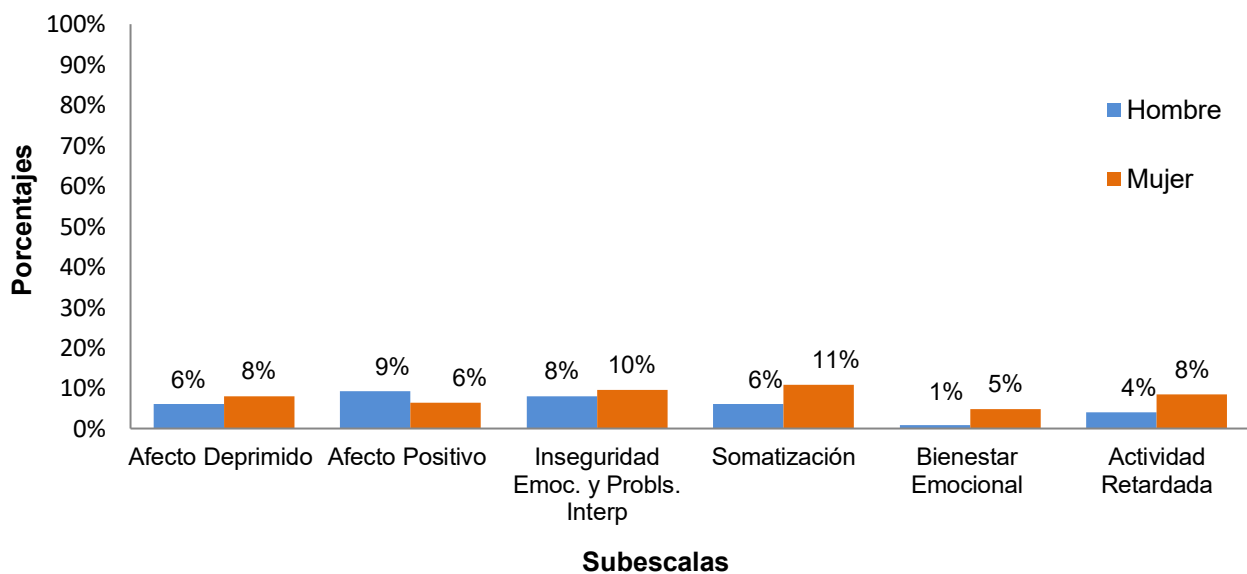


Además, se realizó una prueba Alpha de Cronbach, la cual muestra una alta validez del instrumento, (Ver Tabla 18).

Tabla 18  
*Alfas de Instrumento CESD-R*

Instrumento	Alfa de Cronbach
CESD-R	0.947

Por último, al separar los factores de la escala de depresión (CESD-R), se observa que, en el caso de mujeres, en orden descendente se presentan las escalas “Somatización” (11%), “Inseguridad emocional y problemas interpersonales” (10%), “Afecto Deprimido” y “Actividad Retardada” (8%), “Afecto Positivo” (6%) y “Bienestar emocional” (5%). En el caso de los hombres, en orden descendente se sitúan: “Afecto positivo” (9%), “Inseguridad emocional y problemas interpersonales” (8%) “Afecto deprimido” y “Somatización” (6%) “Actividad Retardada” (4%) y por último “Bienestar emocional” (1%), (Ver Figura 14).



**Sub-escalas de Depresión- Sexo**

Figura 14: Distribución de factores del cuestionario de Depresión por sexo.

## Relación entre el consumo de sustancias y los indicadores de depresión

Al realizar el análisis de correlación de Pearson, se encontró relación entre el consumo de Tabaco, Alcohol y Sedantes con la Sintomatología depresiva (Ver tabla 19). Además al aplicar la misma prueba estadística entre las sub-escalas de la CESD-R y el consumo de alguna sustancia, se enfatiza la relación entre: las escalas de Afecto deprimido, Inseguridad emocional y Actividad retardada con el consumo de Alcohol, Tabaco y Sedantes, incluso la escala de Somatización también se relacionó con el consumo de estas sustancias (Ver tabla 20).

Estos resultados comprueban que para las sustancias psicoactivas Marihuana, Cocaína, Estimulantes, Inhalantes, Alucinógenos y Opiáceos se acepta la hipótesis nula de que no hay relación con la Sintomatología depresiva ( $r = \alpha > .05$ ) y que para las sustancias psicoactivas: Tabaco, Alcohol y Sedantes se acepta la hipótesis de investigación, indicando que existe relación entre las variables ( $r = \alpha < .05$ ).

Tabla 19  
*Correlaciones entre Sustancias y Sintomatología depresiva*

	<b>CESD-R</b>
<b>Tabaco</b>	.199**
<b>Alcohol</b>	.183**
<b>Marihuana</b>	0.07
<b>Cocaína</b>	0.063
<b>Estimulantes</b>	0.034
<b>Inhalantes</b>	-0.005
<b>Sedantes</b>	.196**
<b>Alucinógenos</b>	0.062
<b>Opiáceos</b>	-0.053

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 20

*Correlaciones del Consumo de sustancias y Factores de la escala de depresión*

	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Estimulantes	Inhalantes	Sedantes	Alucinógenos	Opiáceos
<b>Afecto Deprimido</b>	.202**	.172**	0.081	0.091	0.033	0.001	.204**	0.082	-0.037
<b>Afecto Positivo</b>	0.006	0.001	0.011	-0.044	-0.035	-0.067	0.035	-0.038	-0.103
<b>Inseguridad emocional y problemas interpersonales</b>	.260**	.224**	0.083	0.055	0.007	-0.005	.174**	0.059	-0.017
<b>Somatización</b>	.157*	.151*	0.003	0.055	0.035	-0.025	.157*	0.038	-0.071
<b>Bienestar emocional</b>	-0.01	0.031	0.055	-0.001	0.031	0.025	0.071	0.031	-0.03
<b>Actividad retardada</b>	.165**	.167**	0.092	0.095	0.093	0.05	.222**	0.099	-0.014

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue el identificar la relación entre la sintomatología depresiva y el consumo de sustancias en una muestra conformada por población universitaria, los resultados indican que existe relación entre sintomatología depresiva y el consumo de Tabaco, Alcohol y Sedantes, pero no existe dicha relación para Marihuana, Cocaína, Estimulantes, Inhalantes, Alucinógenos y Opiáceos. Una de las contribuciones de este estudio es el aporte de las propiedades psicométricas del ASSIST y la CESD-R ya que se confirma que cuentan con propiedades psicométricas apropiadas para la población mexicana y son de aplicación sencilla, para obtener información sobre el consumo de sustancias y síntomas depresivos (Rivera, Martínez y Obregón, 2013).

Además, al identificar en un mayor consumo a las sustancias alcohol, tabaco y marihuana para la población estudiantil universitaria, se confirman estudios previos similares (Villatoro, et al., 2012; Rivadeneyra y Gómez, 2013; Quiroga et al., 2003) en población mexicana. Incluso la prevalencia del riesgo de consumo en tabaco y alcohol confirman los datos obtenidos en Encuestas Nacionales (ENCODAT, 2016; ENA, 2011). Esto puede explicarse debido a que los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa vital de elevado estrés, durante la cual tienen mayor riesgo de uso de sustancias psicoactivas, conforme a Quiroga et al. (2003), Villatoro et al. (2012) y Tiburcio et al. (2016).

Con relación al consumo de sustancias se identificó que es una conducta que empieza, por lo regular, en la adolescencia (15-17 años), lo cual coincide con encuestas a nivel nacional (ENCODAT, 2016; Diego, Field & Sanders, 2003; Villatoro et al., 2012), además al identificar el consumo de sustancias ilegales después de cumplir la mayoría de edad (Cocaína, Estimulantes, Inhalantes, Sedantes, Alucinógenos, y Opiáceos), hace creer que se deba a factores de riesgo como: dificultades en las relaciones con los docentes, con compañeros de estudio, con las directivas universitarias, las evaluaciones y responsabilidades académicas, lo que resalta las vulnerabilidades biológicas o psicosociales, que pueden expresarse al estar el estudiante expuesto a las características propias de la vida universitaria, como podrían ser: exigencias académicas, sobrecarga de asignaturas, los horarios, etc. (Amézquita, González y Zuluaga, 2003), por lo que se recomienda considerar en los programas de prevención o tratamiento (González, Landero y García, 2009). Como mencionan Cubillas, Román, Abril y Galaviz (2012) es una etapa muy similar a la adolescencia, la cual conlleva una carga estereotípica caracterizada por ambivalencia, cambios biológicos y sociales, contradicciones, debilitamiento de valores tradicionales, indecisión ante las responsabilidades que ha de asumir, egocentrismo, hedonismo y la búsqueda y redefinición de identidad.

De igual forma las drogas de aceptación social, alcohol y tabaco se consumieron más, en la edad en la que se inició el consumo y se llevan consumiendo más tiempo (4 a 5 años), asimismo entre las causas que se reportaron en este estudio como las que motivaron el consumo se encuentran la curiosidad y presión social, condiciones de riesgo

que han sido identificadas para el consumo, ya que para los jóvenes es muy importante la relación con sus pares en su desarrollo personal y social (Amézquita et al., 2003; Hidalgo, 2017), lo cual se ve reflejado al considerar que cualquier persona está en riesgo, incluyéndose.

También los datos obtenidos en cuanto el consumo de sedantes son equiparables a los resultados obtenidos por Jiménez (2012), que sostiene como una situación cada vez más común entre los adultos jóvenes, el uso de fármacos para conciliar el sueño y controlar el apetito o el estrés.

La prevalencia de depresión de este estudio es congruente con las asociaciones ya informadas con diversos instrumentos en universitarios, la cual oscila entre 20 y 30% (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2004; Joffre, Martínez, García y Sánchez, 2007; Amézquita et al., 2003; Gaviria, Rodríguez y Álvarez, 2002; Osornio, García, Méndez y Garcés, 2009). Cabe destacar que en estudiantes de universidades a nivel Nacional se ha relacionado a la depresión con ansiedad, síntomas somáticos (González, et al., 2009); dificultades académicas, ocurrencia de eventos críticos, planeación y/o intento suicida (Arrivillaga, et al., 2004); bajo rendimiento académico (Coffin, Álvarez y Marín, 2011); pérdidas afectivas, académicas, económicas y de salud; insatisfacción con la carrera; dificultades en las relaciones con compañeros y docentes; responsabilidades académicas (Amézquita et al., 2003), entre otras, lo cual para esta población resalta la importancia de programas de prevención dentro de las instituciones educativas. Sin embargo al comparar estos resultados con estudios previos realizados en población universitaria, se observan puntuaciones altas de sintomatología depresiva (Arrivillaga,

Cortés, Goicochea y Lozano, 2004; Osornio y Palomino, 2009; Joffre, Martínez, García y Sánchez, 2007) lo que podría explicarse por la “Deseabilidad Social”, la cual se ha concebido como un sesgo en la tendencia de respuesta cuyo objetivo es dar una imagen positiva de uno mismo, producto del proceso de socialización, en el que la persona que está respondiendo en forma socialmente deseable, está intentando responder de manera apropiada y de modo aceptable a su propia cultura, dicho proceso se compone de los factores “atribución” y “negación”. El primero se refiere a la tendencia a adjudicarse conductas socialmente deseables y el segundo, a negar que se tengan conductas indeseables (Domínguez, Aguilera, Acosta, Navarro y Navarro, 2012).

Otro hallazgo característico es la mayor presencia de síntomas de depresión en las mujeres, lo cual se ajusta a resultados de diversos estudios, que demuestran que es más frecuente en el sexo femenino (Arrivillaga et al., 2004; Coffin et al., 2011; Gaviria et al., 2002; Moral y Ovejero, 2004; Osornio et al., 2009; Rivera et al., 2013). Esta prevalencia puede atribuirse a factores sociales o psicológicos ya que las mujeres generalmente buscan ayuda o tratamiento clínico y están más dispuestas a reportar su depresión, dificultades para manejar la tristeza y el enojo o incluso pueden estar más propensas por causas situacionales biológicas como por ejemplo síndrome premenstrual, cambios hormonales, estrés, entre otros (Arrivillaga et al., 2004; Rivera et al., 2013; Osornio et al., 2009). Incluso podría explicar el que las mujeres obtuvieran puntuaciones más altas en las subescalas de Afecto deprimido, Inseguridad emocional, problemas interpersonales y Actividad retardada en comparación con los hombres, datos que concuerdan con otros estudios (González et al., 2008; González et al., 2011). También dada la edad de los

encuestados, los factores hormonales aun participan de manera importante en la determinación de la conducta, que en la mujer pudiesen contribuir a que algunos estresores académicos tuviesen mayor impacto en ellas, ya que su mayor demanda puede ser de tipo académico (Gaviria et al., 2002).

Con base en lo anterior, se destaca que la población universitaria está expuesta a una misma carga hormonal, sociocultural y académica que en la mayoría de los casos, si no se cuenta con factores adecuados de protección, se elevaría potencialmente el riesgo de padecer trastornos mentales, por lo cual se retoman algunas acciones de Olmedo, Torres, Velasco, Mora y Blas (2006) que se pueden llegar a realizar: a) crear redes de apoyo entre los mismos estudiantes y docentes, b) realizar cursos o talleres impartidos por personal experto para capacitar a profesores y padres en la identificación temprana de la depresión, c) canalizar los casos de depresión con profesionales psicólogos que favorezcan en el alumno el desarrollo de habilidades y destrezas para el afrontamiento a situaciones estresantes y d) contar con más expertos en la Institución para el manejo integral de los casos severos en donde se cuente con el apoyo de médicos psiquiatras. La importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz es imprescindible para evitar su cronificación.

En cuanto a la relación consumo de sustancias y síntomas depresivos, los resultados son similares a otras investigaciones (Arrivillaga et al., 2004; Galaz, Olivas y Luzania, 2012; Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004; Hidalgo, 2017), ya que en universitarios que reportan sintomatología depresiva se observa relación con el consumo de alcohol, tabaco



y marihuana, incluso a mayor frecuencia de consumo, mayor la severidad del estado depresivo (Diego et al., 2003) y si bien no existió una relación significativa, se confirma el nivel de riesgo en el que se encuentra esta población.

Una vez mencionado lo anterior se destaca que es indispensable que esta población acceda a tratamientos y se evalúe su impacto en la reducción de éste problema, por lo que se propone el Community Reinforcement Approach (CRA), que ha demostrado ser un programa eficiente de intervención para lograr la abstinencia en usuarios con consumo crónico de drogas legales o ilegales en los Estados Unidos. En México, se estructuró el Programa de Satisfactorios Cotidianos (PSC) que favorece la reducción significativa en el patrón de consumo en los usuarios y el incremento en la satisfacción con su funcionamiento cotidiano. Involucra la habilidad para rechazar la presión social al consumo ya que provee al usuario, de las estrategias necesarias para negarse ante situaciones de ofrecimiento e insistencia en las invitaciones y en momentos en los que sus pensamientos precipitadores le activan la conducta de consumo, entre ellas se encuentran: negarse asertivamente, sugerir alternativas, cambiar el tema de la plática, ofrecer justificación, interrumpir la interacción, confrontar al otro y su lenguaje corporal (Flores y Barragán, 2010). Puesto que dichas acciones pueden reducir el impacto de los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes, en lo que se refiere al contexto, los cuales han sido exhaustivamente definidos en el Macroproyecto MP-6 “Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas en la UNAM”, por mencionar algunos: el fácil acceso y disponibilidad a las sustancias, falta de seguridad y costos de las sustancias, además de la baja percepción

de riesgo y prácticas que promueven el consumo y el exceso (González, Betancourt y Reidl, 2010).

Entre las limitaciones presentes en este estudio, la principal radica en la forma de medir las variables, debido a que al ser un autoregistro existe una alta posibilidad de un sobre-reporte por un sesgo de deseabilidad social o la desconfianza ante la aplicación de instrumentos con temas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, por el miedo a las repercusiones en su situación escolar (Rivadeneira y Gómez, 2013).

Una segunda tiene que ver con el tipo de estudio, el cual no permite ver cómo se comportan estas variables a lo largo del tiempo.

Otra limitación tiene que ver con la capacidad del estudio para generalizar resultados por el tipo de muestreo, así como que la muestra no incluyó varios estudiantes de algunas carreras como enfermería y cirujano dentista, las cuales, por su plan de estudios y el tiempo de aplicación de los instrumentos, coincidieron en actividades fuera del campus escolar.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association., Kupfer, D., Regier, D., Arango, L., Ayuso, M., Vieta, P., & Bagnay, L. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.).
- Amézquita, M., González, P., y Zuluaga, M. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341–356.
- Arrivillaga, Q., Cortés, G., Goicochea, J., y Lozano, O. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España Y Portugal*, 3(1), 17–26.
- Benjet, Corina, Borges, Guilherme, Medina, Fleiz, Clara y Zambrano. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Berenzon, D., Lara, M., Robles, D. y Medina M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74–80.
- Blazquez, M., Pavón, L., Gogeoascoechea, T., y Beverido, S. (2012). Consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de secundaria del estado de Veracruz. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 12(1), 1–6.

- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 521-534.
- Centros de Integración Juvenil. (2015). Prevención del consumo de drogas en CIJ. *CIJ*, 1, 1–32.
- Cloninger, C., Bohman, M., Sigvardsson, S. & Von Knorring, A. (1985). Psychopathology in adopted-out children of alcoholics. The Stockholm Adoption Study. *National Center for Biotechnology Information*, 3, 37-5.
- Coffin, C., Álvarez, Z., y Marín, C. (2011). Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de la FESI: Un Estudio Piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 1–14.
- CONADIC. (2008). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. México, DF (Secretaría). *México: Secretaría de Salud*, 1, 1-144.
- CONADIC. (2010). Adicciones: Consecuencias a corto y largo plazo asociadas al consumo de sustancias adictivas. *CONADIC*, 1, 1-12.
- Consejo Nacional de Población. (2010). La situación actual de los jóvenes en México, Consejo Nacional de Población, Ed. Primera. *México*. Recuperado de: [https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=62a296bf46&view=att&th=15e03284540d3d34&attid=0.3&disp=inline&realattid=f\\_j6lounbv2&safe=1&zw](https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=62a296bf46&view=att&th=15e03284540d3d34&attid=0.3&disp=inline&realattid=f_j6lounbv2&safe=1&zw)

&saddbat=ANGjdJ\_NDke1q1MCtZpDL6JyBCj5Wrw9UHGzstjv9P2AnVAF5s4dHQJ  
RczmZZEQ692eldvqLc2vgVebZoSf

Cubillas, R., Román, P., Abril, V., y Galaviz B. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35(1), 45–50.

Diáz, A. (2012). Componente genético en la adicción a etanol, marihuana y cocaína, En: Reidl M. (2012) Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas, Universidad Nacional Autónoma de México, Migue Ángel Porrúa, México.

Diego, M., Field, T., & Sanders, C. (2003). Academic performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. *Adolescence*, 38 (149), 35- 49.

Domínguez, E., Aguilera, M., Acosta, C., Navarro, C., y Ruiz, P. (2012). La Deseabilidad Social Revalorada: Más Que Una Distorsión, Una Necesidad De Aprobación Social. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 808–824.

Flores, M., y Barragán, T. (2010). Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas: un estudio de casos. *Salud Mental*, 33(1), 47–55.

Galaz, S., Olivas, P., y Luzania, S. (2012). Factores de Riesgo y Niveles de Depresión en Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 29(2), 46–52.

- Gaviria, S., Rodríguez, M. de los Á., y Álvarez, T. (2002). Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(1), 41–46.
- Godínez, V., Ominami, C., Burns, R., Ahumada, A. y Vidal, C. (2013). Políticas de drogas en México y Chile : Estimación de costos económicos y sociales y de escenarios alternativos. *Sistema de Información Regional de México Y Fundación Chile* 21, 1-169.
- González, F., Jiménez, T., Ramos, L., y Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 50, 292-299.
- González, F., Juárez, L., Montejo, L., Oseguera, D., Wagner, E. y Jiménez, T. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche. *Acta Universitaria*, 25(2) 29-34.
- González, F., Solís, T., Jiménez, T., Hernández, F., González G., Juárez, G., Medina M. y Fernández V. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34, 53-59.
- González, F., Wagner, E. y Jiménez, T. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35, 13-20.

González, G., Betancourt, O., y Reidl, M. (2010). Espacios de venta y/o consumo de sustancias a los que asisten los estudiantes dentro y alrededor de la escuela.

*Anuario de Investigación en Adicciones*, 11(1), 1–12.

González, G., Juárez, G., Solís, T., González, F., Jiménez, T., Medina, M. y Fernández, V. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51–55.

González, R., Díaz M. y Díaz, A., (2008). La epigenética y los estudios en gemelos en el campo de la psiquiatría. *Salud Mental*, 31(3), 229–237.

González, R., Landero H. y García, C. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 141–145.

Hidalgo, S. (2017). Depresión en adolescentes institucionalizados en centros de atención residencial (Tesis de Licenciatura). Universidad científica del Perú facultad de ciencias de la salud. Recuperado de:

<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/175/HIDALGO-1-Trabajo-Depresión.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Instituto Nacional De Estadística Y Geografía. (2010). Perfil sociodemográfico de jóvenes. *INEGI*, 1,1-203.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. *INEGI*, 1, 1-122.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro, V., Reséndiz, E., Mujica, S., Bretón, C., Cañas, M., Soto, H., Fregoso, Ito, D., Fleiz, B., Medina, M., Gutiérrez, R., Franco, N., Romero, M. y Mendoza, A. Ciudad de México, México: *INPRFM*; 1 (1-190).

Jiménez, S. (2012). Teorías del desarrollo III. México: RED TERCER MILENIO S.C.

Joffre, V., Martínez, P., García, M. y Sánchez, G. (2007). Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(1), 86–93.

Leza, J., Ladero, J., Lizasoain, I. (2003). Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Marín, N., Benje,t C., Borges, G., Eliosa, H., Nanni, A., Ayala, L., Fernandez y Medina M. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 36(6), 471-479.

Milanés, Z., Arrieta, K., Bayuelo, S. y Martínez, L. (2011) Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública*, 13 (3), 470-479.



- Milenio. (2017). La depresión afecta al 3.3% de los mexicanos. *Grupo Milenio*.  
Revisado en Enero 12, 2018, En: [http://www.milenio.com/tendencias/depresion-mexico-estadisticas-milenio-noticias\\_0\\_883111939.html](http://www.milenio.com/tendencias/depresion-mexico-estadisticas-milenio-noticias_0_883111939.html)
- Moral, J. y Ovejero, B. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles Del Psicólogo*, 25(87), 72–79.
- National Institute on Drug Abuse. (2010). Los alucinógenos: LSD, Peyote, Psilocibina y PCP. *NIDA*, 1, 1–8.
- National Institute on Drug Abuse (NIH). (2017). Commonly Abused Drugs Charts.  
Revisado en Noviembre 2017, En: <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/commonly-abused-drugs-charts#cocaine>
- Olmedo, B., Torres, H., Velasco, R., Mora, B. y Blas V. (2006). Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de enfermería de la Universidad de Colima de enfermería de la Universidad de Colima. *Rev Enferm IMSS*, 14(1), 17–22.
- OMS. (2013). WHO | The world health report 2004 - changing history. Revisado en Octubre 2017. En: <http://www.who.int/whr/2004/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS | Depresión. Revisado en Agosto 2017.  
En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). La OMS informa sobre la prevalencia de la depresión en el mundo | Radio de las Naciones Unidas. Revisado en Septiembre, 2017. En: <http://www.unmultimedia.org/radio/spanish/2017/02/oms-informa-sobre-la-prevalencia-de-la-depresion-en-el-mundo/#.WYkmDNLy4Z>

Osornio, C., García, M., Méndez, C. y Garcés, D. (2009). Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos En Medicina Familiar*, 11(1), 11–15.

Osornio, C., y Palomino, G. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos En Medicina Familiar*, 11(1), 1–12.

Otero, J., Miron, L., y Luengo, M. (2001) Influencia de la familia y el grupo en el uso de las drogas en adolescentes. *The international Journal of the Adictions*, 24 (11), 1065-1082.

Papalia, E., Duskin, F. & Martorell, G. (2012). Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill, Ed.

Pardo, A., Sandoval, D., y Umbarila, Z. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(1), 17–32.

Pérez, C. (2011) Factores psicosociales asociados al uso de bebidas alcohólicas y tabaco en adolescentes tardíos de un Universidad privada en Lima. *Revista de Psicología*, 20(1), 139-167.

- Pons, X. (2008) Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 42, 157-186.
- Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (1999). Genetic and Environmental Contributions to Alcohol Abuse and Dependence in a Population-Based Sample of Male Twins. *Am J Psychiatry*, 156(1), 34–40. En:  
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.156.1.34>
- Puerta, P. y Padilla, D. (2011) Terapia Cognitiva-Conductual como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, 2(8), 1-7.
- Quiroga, H., Mata, A., Zepeda, H., Cabrera, T., Herrera, G., Reidl, L., y Villatoro, J. (2003). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios. *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*, 1, 85-89.
- Rhee, S., Hewitt, J., Young, S., Corley, R., Crowley, T. & Stallings, M, (2003) Genetic and Environmental Influences on Substance Initiation, Use, and Problem Use in Adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 60(12), 1256-1264.
- Rivadeneira, L., & Gómez, M. (2013). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Española de Drogodependencias*, 38(381), 37–51.

- Rivera, R., Rivera, H., Pérez, A., Leyva, L. y Filipa, C. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 219-226.
- Rivera, H., Martínez, S. y Obregón, V. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos: El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud mental*, 36(2), 109-113.
- San, L. y Arranz B. (2016) Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta, *Adicciones*, 28(1), 3-5.
- Sainz, M. T., Rosete, M., Rey, G., Vélez, N., García, S. y Cisneros, D. (2016). | Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitario. *Adicciones*, 28(1), 19–27.
- Sanabria, C., Díaz, O., Varela, J., y Braña, T. (2002). Relevancia para el tratamiento de la sintomatología depresiva de los pacientes adictos. *Adicciones*, 14(1), 25–31.
- Secades, V. y Fernández, H., (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365–380.
- Secretaría de Educación Pública. (2008). Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica Manual para profesores de Secundaria, *SEP*, 1, 1–212. En:  
[http://portal.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/transparencia/archivos\\_pdf/Ori](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/transparencia/archivos_pdf/Ori)

entaciones\_para\_la\_prevenixn\_de\_adicciones\_en\_escuelas\_de\_educacixn\_bxsic  
a\_Manual\_para\_Profesores\_de\_secundaria.pdf

Tapia, A., Wagner, F., Rivera, H., M., E., y González, F. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(22), 103–107.

Tiburcio, S., Rosete, M., Natera, R., Martínez, V., Carreño, G., y Pérez, C. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19-27.

Tiburcio, M., Carreño, S., Martínez, K., Echeverría, L., y Ruiz, E. (2009). Cómo reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Uhl, G., Drgon, T., Johnson, C., Fatusin, O., Liu, Q., Contoreggi, C., Li, C., Buck, K., & Crabbe, J. (2008) "Higher order" addiction molecular genetics: convergent data from genome-wide association in humans and mice, *Biochem Pharmacol.* (1), 98-111.

UNODC. (2015). Informe Mundial sobre las Drogas. *UNODC*, 1, 1–15. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_S.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf)

Valera, M., Salazar, I., Cáceres, D., Tovar, J. (2007) Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento psicológico*, 3(8), 31-45.

Villatoro, V., et al. (2011), "Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes de 2009". *Salud Mental* 34, 81- 94.

Villatoro, J., Medina M., Fleiz, C., Moreno, M., Oliva, N., Bustos, M., Fregoso, D., Gutiérrez, M. y Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447-457.

Villatoro, V., Mendoza, M., Moreno, L., Oliva, R., Fregoso, I., Bustos, G., Fleiz, B., Mujica, S., López, B., y Medina, M. (2012). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud Mental*, 37(5) 423-435.

Welzl, H. & Stork, O. (2003). Cell Adhesion Molecules: Key Players in Memory Consolidation. *News Physiol Sci*, 18, 147–150.