



**El Colegio  
de la Frontera  
Norte**

Salud mental en adolescentes indígenas y no indígenas en  
México. Prevalencia y factores asociados al consumo de  
alcohol, tabaco y sintomatología depresiva

Tesis presentada por

**Mónica Noemí Álvarez Aguilar**

para obtener el grado de

**MAESTRA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

Tijuana, B. C., México  
2022

# CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: Dra. Ietza Rocío Bojórquez Chapela

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. Dra. Silvia Elena Mejía Arango, lectora interna
2. Dra. Aremis Litaí Villalobos Hernández, lectora externa

## **AGRADECIMIENTOS**

Extiendo mi agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo brindado por medio del cual fue posible realizar este trabajo. Así mismo agradezco al Colegio de la Frontera Norte por brindarme un espacio para continuar con mi crecimiento académico.

Reconozco y agradezco la gran labor de todos mis profesores que, aunque este proceso de enseñanza transcurrió en un momento difícil debido a la pandemia por Covid-19, siempre buscaron la mejor manera de compartir su conocimiento y experiencia, siempre tuvieron disposición, empatía y tiempo para apoyarnos. Me llevo de cada uno un gran aprendizaje tanto académico como personal.

Agradezco a la Dra. Ietza Bojórquez por interesarse en mi proyecto, así como por su paciencia y acompañamiento. Toda mi admiración por su labor, fue una experiencia muy gratificante poder contar con su asesoría. A la Dra. Silvia Mejía y a la Dra. Aremis Villalobos por su tiempo, apoyo y observaciones para mejorar mi trabajo. A mis compañeras y compañeros, Gladis, María de Jesús, Marey, Edgar, Adán y Antonio con quienes compartí este camino. Les agradezco por su apoyo en momentos de estrés, así como por los momentos de risas y alegrías compartidas. Mis mejores deseos para cada uno de ustedes.

A mis padres, que siempre me han apoyado y me brindaron las herramientas para lograr cada uno de mis objetivos, además de acompañarme siempre son su cariño y consejos. Agradezco también a mi esposo por ayudarme, alentarme, escucharme, por siempre estar a mi lado en el camino y brindarme su paciencia, amor y confianza. Por alegrarse de mis logros y también por recordarme en momentos de estrés el tomar un respiro.

A mi sobrina y sobrinos con quienes compartí de nuevo la experiencia escolar y nos tocó adaptarnos juntos a la escuela en forma virtual con todos los retos que esto significó.

A mis amigas y amigos, por distraerme, por mandarme memes y preocuparse por mí. Por estar al pendiente, por escuchar mis quejas, por aplaudir mis logros, por siempre darme ánimos y estar presentes.

## RESUMEN

La adolescencia es una etapa de diversos cambios tanto físicos, como emocionales y sociales. Entre los principales problemas de salud mental presentes en la adolescencia se encuentran el consumo de sustancias como alcohol y tabaco, así como la sintomatología depresiva. La presente investigación tiene como objetivos: 1) identificar la prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol y tabaco, así como de sintomatología depresiva en adolescentes de 10 a 19 años en México; 2) analizar la asociación entre el ser indígena y estos problemas de salud mental; 3) evaluar si los factores asociados a estos problemas de salud mental son iguales entre adolescentes indígenas y no indígenas. Para lograr esto se realizó análisis multivariado de regresión logística, así como análisis estratificado de los factores asociados para cada grupo. Este análisis se realizó con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 en México. Se encontraron diferencias entre adolescentes indígenas y no indígenas en cuanto a la asociación de nivel socioeconómico y consumo de alcohol, mostrando una dirección distinta. En los adolescentes indígenas se observa que la probabilidad de consumo de alcohol aumenta en los estratos más bajos mientras que para los adolescentes no indígenas disminuye. Se requiere robustecer la información diferenciada entre estos dos grupos para atender las necesidades de acuerdo a contexto y cultura.

**Palabras clave:** salud mental, adolescentes, indígenas, alcohol, tabaco, sintomatología depresiva.

## ABSTRACT

Adolescence is a stage of diverse physical, emotional and social changes. Substance abuse such as alcohol and tobacco as well as depressive symptoms are among the main mental health problems existing during adolescence. The objectives of this research are: 1) identifying the prevalence and factors associated with alcohol and tobacco consumption as well as depressive symptomatology in adolescents 10 to 19 years old in Mexico; 2) analyzing the association between being indigenous and these mental health disorders; 3) evaluating if the associated factors of these mental health disorders are the same between indigenous and non-indigenous adolescents. In order to achieve this, multivariate logistic regression analysis was used as well as stratified analysis of the associated factors of each group. This analysis was done with data from the 2018 National Health and Nutrition Survey in Mexico. Differences between indigenous and non-indigenous adolescents were found, in terms of socioeconomic status and alcohol consumption, showing a different direction. In indigenous adolescents the probability of alcohol consumption increases in the lowest social class, meanwhile it decreases for non-indigenous adolescents. It is necessary to strengthen the differentiated information between these two groups to meet needs according to context and culture.

**Key words:** mental health, adolescents, indigenous people, alcohol, tobacco, depressive symptoms.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I : ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO .....	3
1.1 Estado del arte.....	3
1.1.1 Consumo de alcohol .....	3
1.1.2 Consumo de tabaco.....	4
1.1.3 Sintomatología depresiva.....	5
1.2 Marco teórico.....	7
1.2.1 Violencia estructural.....	7
1.2.2 Determinantes sociales de la salud .....	10
1.2.3 Salud mental y adolescencia .....	14
1.3 Adolescencia como constructo social .....	16
1.4 La población adolescente indígena en México .....	17
1.5 Mapa conceptual .....	19
CAPÍTULO II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	21
2.1 Diseño de investigación .....	22
2.2 Fuente de información: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 .....	22
2.3 Sujetos de estudio .....	24
2.4 Delimitación espacio-temporal.....	24
2.5 Definición y operacionalización de variables.....	24
2.5.1 Variables dependientes .....	24
2.5.2 Variables independientes .....	28
2.6 Análisis estadístico.....	30
2.6.1 Estadística descriptiva .....	30
2.6.2 Regresión logística .....	31
2.6.3 Análisis estratificado .....	32
CAPÍTULO III. RESULTADOS .....	33
3.1 Características sociodemográficas .....	33
3.2 Características sociodemográficas de acuerdo a etnicidad .....	35
3.2.1 Sexo .....	35
3.2.3 Edad .....	35
3.2.4 Nivel socioeconómico .....	35

3.2.5 Asistencia escolar .....	36
3.2.6 Tipo de localidad .....	36
3.2.7 Región.....	37
3.3 Análisis bivariado .....	37
3.3.1 Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva según etnicidad.....	37
3.3.2 Prevalencia de consumo de alcohol de acuerdo a características sociodemográficas .....	38
3.3.3 Prevalencia de consumo de tabaco de acuerdo a características sociodemográficas .....	39
3.3.4 Prevalencia de sintomatología depresiva de acuerdo a características sociodemográficas.....	39
3.4 Análisis multivariado .....	41
3.4.1 Consumo de alcohol .....	41
3.4.2 Consumo de tabaco.....	41
3.4.3 Sintomatología depresiva.....	44
3.5 Análisis estratificado.....	44
3.5.1 Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes indígenas y no indígenas .....	44
3.5.2 Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes indígenas y no indígenas .....	45
3.5.3 Factores asociados a la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas .....	46
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>50</b>
4.1 Principales hallazgos.....	50
4.2 Prevalencia del consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas.....	52
4.3 Factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva.....	57
4.4 Diferencias en factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva entre adolescentes indígenas y no indígenas .....	59
4.5 Fortalezas y limitaciones .....	60
4.6 Consideraciones finales.....	61
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>63</b>

## ÍNDICE DE FIGURA Y CUADROS

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. ....	13
Figura 2. Relación de violencia estructural y determinantes sociales sobre la presencia de problemas de salud mental en adolescentes indígenas y no indígenas en México. ....	20
Cuadro 1. Reactivos de ENSANUT 2018 sobre consumo de alcohol y tabaco. ....	26
Cuadro 2. Reactivos de Escala CESD-7 para medir sintomatología depresiva en adolescentes. ....	27
Cuadro 3. Operacionalización de variables independientes. ....	28
Cuadro 4. Características generales de los adolescentes de 10 a 19 años en México, ENSANUT 2018. ....	34
Cuadro 5. Características generales de adolescentes indígenas y no indígenas en México de acuerdo con datos de ENSANUT 2018. ....	36
Cuadro 6. Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas en México, 2018. ....	38
Cuadro 7. Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva de acuerdo a características sociodemográficas en adolescentes de 10 a 19 años en México. ....	40
Cuadro 8. Factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes en México, 2018. ....	43
Cuadro 9. Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes indígenas y no indígenas en México 2018. ....	47
Cuadro 10. Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes indígenas y no indígenas en México 2018. ....	48
Cuadro 11. Factores asociados a la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas en México 2018. ....	49
Cuadro 12. Factores asociados a consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva según etnicidad. ....	51

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. (Organización Mundial de la Salud, 2008). Señala también la importancia de la promoción de la salud, de la prevención, tratamiento y rehabilitación de afecciones. Por su parte, al referirse específicamente a la salud mental, se establece que “*es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad*” (OMS, 2022b). La salud mental es un elemento fundamental para el bienestar y pleno desarrollo, ya que interviene en la capacidad del individuo para interactuar con su entorno y le permite manejar adecuadamente las dificultades cotidianas a las que se pueda enfrentar (Ramírez et al., 2016; Rúa Martínez, 2003). La salud mental es un proceso complejo y cambiante, en el cual intervienen diferentes circunstancias a lo largo del ciclo de vida en las que interactúan distintos factores como los individuales, familiares, sociales y estructurales. La combinación de estos factores puede proveer protección al individuo o por el contrario afectar en la salud mental. El encontrarse expuesto a circunstancias desfavorables como la pobreza o desigualdad, conlleva mayor riesgo de sufrir afectaciones sobre salud mental (OMS, 2022a).

Dentro de los grupos sociales que se encuentran en mayor riesgo de sufrir un problema de salud mental se encuentran los adolescentes y las poblaciones indígenas (Organización Mundial de la Salud, 2013). A nivel mundial, aproximadamente uno de cada cinco adolescentes experimenta alguna condición relacionada con la salud mental. Entre los más comunes están los síntomas depresivos, así como conductas de riesgo, especialmente consumo de alcohol y tabaco, que tienen un impacto en los resultados de salud a lo largo de la vida (Antonio & Chung-Do, 2015; Kessler et al., 2005). Por su parte, diversas investigaciones que se han llevado a cabo en países de ingresos altos, sobre todo en Estados Unidos y Canadá, han documentado que los adolescentes indígenas se encuentran ante mayor vulnerabilidad de padecer una condición de salud mental en comparación con otros grupos de adolescentes no indígenas. En específico las condiciones de salud mental en las que la prevalencia e incidencia es elevada en comparación con otros grupos son el uso de sustancias como alcohol y tabaco, y



los trastornos del estado de ánimo (Antonio & Chung-Do, 2015; Gracey & King, 2009; Lowe et al., 2012).

En esta investigación, se evaluó la prevalencia de tres problemas de salud mental (síntomas depresivos, consumo de alcohol y consumo de tabaco), comparando esa prevalencia entre adolescentes indígenas y no indígenas, y analizando si los factores asociados a estos problemas de salud mental eran los mismos entre los dos grupos de adolescentes. El trabajo se divide en cuatro capítulos. En el primer capítulo se describe el conocimiento actual sobre la prevalencia de estos problemas de salud mental en adolescentes, sus factores de riesgo, y las diferencias entre indígenas y no indígenas. Después, se mencionan las teorías por medio de las cuales se analizaron los factores asociados a los problemas de salud mental: la teoría de la violencia estructural y de los determinantes sociales de la salud. De igual manera en este capítulo se presentan los conceptos de salud mental y su relación con la adolescencia, así como la situación de los adolescentes indígenas en México y los retos a los que se enfrentan en su entorno. Se presenta también el mapa conceptual en el que se planteó la asociación entre los conceptos teóricos y el análisis de las variables.

La metodología utilizada para esta investigación se muestra en el segundo capítulo. En este se presentan las preguntas de investigación, los objetivos generales y específicos, y las hipótesis para el análisis estadístico. Se describe información referente a la ENSANUT 2018, que fue la encuesta utilizada para responder a las interrogantes de esta investigación. Asimismo, se describen las variables utilizadas y los métodos estadísticos de análisis.

El capítulo tercero expone los resultados, incluyendo la descripción general de la población de estudio, la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas, los resultados de las regresiones logísticas que muestran los factores asociados a los problemas de salud mental señalados y por último las diferencias entre adolescentes indígenas y no indígenas en los factores asociados a través de un análisis estratificado.

Por último, en el capítulo cuarto se abordan los principales hallazgos de la investigación, se discuten estos resultados en relación con otros trabajos, y se presentan las conclusiones finales, así como las limitaciones y futuras líneas de investigación.

# CAPÍTULO I : ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

Existen diversos factores que intervienen en el desarrollo y prevalencia de condiciones de salud mental. En este capítulo se presentan resultados empíricos sobre la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes, y las diferencias entre indígenas y no indígenas a este respecto en comparación con sus pares no indígenas en México. De igual manera, se identifica el impacto de distintos factores que intervienen en el desarrollo de estas condiciones de salud mental. A continuación, se expone el marco teórico utilizado, que incluye dos conceptos: el de violencia estructural, y el de determinantes sociales. Como tercer punto se expone brevemente la importancia de la adolescencia como etapa de cambios y adquisición de hábitos y conductas que actuarán de manera positiva o negativa sobre la salud mental. Finalmente, se expone la situación actual de las condiciones de salud mental tratadas en este trabajo, enfatizando las diferencias entre adolescentes indígenas y no indígenas.

## 1.1 Estado del arte

A continuación, se describen brevemente los antecedentes empíricos sobre los temas de interés de esta tesis.

### 1.1.1 Consumo de alcohol

El consumo de alcohol se ha utilizado ampliamente en diversas culturas durante siglos, sin embargo, esta práctica se encuentra asociada a problemas de salud como trastornos mentales y comportamentales entre muchas otras enfermedades. De igual manera es un factor presente en traumatismos derivados de la violencia y accidentes de tránsito que tienden a afectar principalmente a los jóvenes (OMS, 2018). La prevalencia de consumo de alcohol a nivel mundial en adolescentes de 15 a 19 años se estima en 27% (WHO, 2018). En 2019 datos de la *Youth Risk Behavior Survey* reportaron que entre los adolescentes estudiantes de 14 a 18 años en Estados Unidos, el 29% consumía alcohol (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Concerniente a México, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2016-2017 el consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 17 años es de 28.8% (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017) y de acuerdo a la Encuesta de Estudiantes de

Nivel Medio y Medio Superior, realizada en estudiantes en la Ciudad de México, se encontró que la prevalencia de consumo fue de 31.3% en estudiantes de 14 años o menos, hasta 71.8% en estudiantes de 18 años o más (Villatoro Velázquez et al., 2005).

En cuanto a los factores asociados al consumo de alcohol se ha encontrado que existe mayor vulnerabilidad al daño por consumo de alcohol entre quienes tienen un nivel socioeconómico más bajo (WHO, 2021), sin embargo se ha establecido que el consumo de alcohol, es más frecuente en adolescentes en niveles socioeconómicos más altos, que incrementa con la edad (Hanson & Chen, 2007; Obradors-Rial et al., 2014; Richter et al., 2006) y que es más probable el consumo en hombres (Ozer & Fernald, 2008; WHO, 2018). En cuanto a la etnicidad, en Estados Unidos se ha documentado que el consumo de alcohol en adolescentes indígenas es más alto que las tasas nacionales. Stanley et al. (2014) realizaron una investigación en la cual aplicaron la Encuesta Americana de Drogas y Alcohol en escuelas ubicadas en o cerca de reservas indias a adolescentes de entre 13 y 18 años de edad. Compararon los resultados obtenidos con los datos nacionales encontrando que la prevalencia en adolescentes indígenas era significativamente más alta que las nacionales.

### 1.1.2 Consumo de tabaco

En los países de ingresos bajos y medios la prevalencia de consumo de tabaco ha mostrado una disminución más lenta en comparación con los países de ingresos altos. A nivel mundial existe una prevalencia de consumo de cigarrillos de 7% en adolescentes de 13 a 15 años y en la región de las Américas alrededor del 10% de los adolescentes de este rango de edad consumen cigarrillo (OPS, 2018). En Estados Unidos, *The National Youth Tobacco Survey* (NYTS) es una encuesta que se aplica anualmente en escuelas a estudiantes de entre 12 y 18 años y es representativa a nivel nacional. A través de esta encuesta se encontró que, en 2021, 1.5% de esta población consumió cigarrillo en el último mes al momento de la encuesta (Gentzke et al., 2022). En América latina la OMS desarrolló la Encuesta Mundial de Salud Escolar y se aplica en diversos países con la finalidad de controlar la prevalencia de conductas de riesgo para la salud de los adolescentes (OPS/OMS, 2012). Datos referentes a esta encuesta señalan la prevalencia de consumo de cigarrillo para los países de las Américas para adolescentes de 13 a 15 años como Chile con 27.6% en 2013, Argentina 20.4% en 2018. Para adolescentes de 13 a 17 años, 12.6%

en Honduras en el 2012 y 9.5% en 2009 para Costa Rica (PAHO, 2022). En lo que respecta a México, la prevalencia de consumo en adolescentes de 12 a 17 años, de acuerdo con la ENCODAT 2016-2017 fue de 4.9% (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017).

En cuanto a los factores asociados al consumo de tabaco se ha documentado que los hombres presentan mayor prevalencia de consumo de alcohol (Arillo-Santillan et al., 2005; Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017; Ozer & Fernald, 2008), de igual manera se encuentra en la literatura que a mayor edad mayor probabilidad de consumo (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Ozer & Fernald, 2008). En las investigaciones consultadas se sugiere que existe asociación entre la asistencia escolar, ya que reduce la probabilidad de consumo de tabaco, y que el consumo aumenta en los niveles socioeconómicos más altos (Arillo-Santillan et al., 2005; González-Bautista et al., 2019; van Gameren & Ortiz Fuentes, 2016). En cuanto a la etnicidad, un estudio realizado en Australia registró mayor consumo de tabaco en los adolescentes indígenas en comparación con los no indígenas. Este estudio se realizó con estudiantes a través de un análisis transversal de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas de Estudiantes Secundarios en Australia en 2017 de 12 a 17 años (Heris et al., 2021). Por otra parte, en Canadá se condujo una investigación dirigida a adolescentes de 12 a 15 años indígenas fuera de las reservas y jóvenes no indígenas que asisten a escuelas públicas y privadas de 10 provincias de Canadá. Los resultados mostraron que los adolescentes indígenas tenían mayor probabilidad de ser fumadores actuales comparado con los no indígenas. En lo que respecta a América Latina, en Chile se encontró que el consumo de tabaco fue mayor en indígenas de 10 a 19 años pertenecientes a un municipio de la Amazonia colombiana en comparación de las tasas nacionales.

### 1.1.3 Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva se encuentra entre los principales problemas de salud. Esta condición afecta no solo a población de países desarrollados en zonas urbanas, sino que representa una afectación importante en países pobres y poblaciones rurales (Bojorquez Chapela & Salgado de Snyder, 2009). Se calcula que a nivel mundial la depresión en adolescentes tiene prevalencia de 1.1% en adolescentes de 10 a 14 años y 2.8% en adolescentes de 15 a 19 años (OMS, 2021). Los datos otorgados por la OMS (2012) son datos concernientes

a un trastorno depresivo. La sintomatología depresiva no implica necesariamente la presencia de un trastorno, sin embargo, de no ser atendidos pueden ser un desencadenante de este problema de salud mental. En cuanto a la prevalencia de sintomatología depresiva encontrada en la literatura, se destaca que existen investigaciones que, a través de su metodología, identifican en la población trastornos del estado de ánimo. Por otra parte, algunas investigaciones se enfocan en realizar pruebas que arrojen datos sobre síntomas asociados a un trastorno del estado de ánimo, más no definen la presencia de un trastorno como tal. En cuanto al primer tipo de investigaciones se encuentra el trabajo realizado por Costello et al. (2003) en Estados Unidos enfocado en la prevalencia de problemas mentales en niños y adolescentes, en el cual se encontró que los adolescentes de 9 a 10 años presentaron prevalencia de 0.5% para cualquier trastorno depresivo y los adolescentes de 16 años presentaron 3.1%. En cuanto a México, Benjet et al. (2009) reportaron, con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental en Adolescentes de México, la presencia de 10.7% de algún trastorno afectivo, alguna vez en la vida en adolescentes de 12 a 17 años. En cuanto a las investigaciones realizadas para identificar la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes, se encuentra la de Jauregizar et al. (2015) realizada en España en la cual se examinó la prevalencia de sintomatología depresiva con muestra compuesta por estudiantes de 12 a 16 años a través del Cuestionario de Depresión para niños (CDS) y autoinforme de la personalidad, encontrando 3.8% de prevalencia de sintomatología grave. Por otra parte, Gellona V et al. (2005) llevaron a cabo una investigación en Chile, aplicando el Inventario de Beck, el cual es un autoinforme referido a sintomatología depresiva. Se aplicó a una muestra de estudiantes adolescentes de 12 a 18 años en dos escuelas en Santiago de Chile y se encontró una prevalencia de 13.8%. En lo que respecta a México, Rivera-Rivera et al. (2015) reportaron una prevalencia de sintomatología depresiva de 27% en adolescentes. Estos datos son resultado de un estudio realizado a adolescentes estudiantes de nivel medio superior de 14 a 19 años.

En cuanto a los factores asociados a la presencia de sintomatología depresiva, en diversos estudios revisados se identificó que el ser mujer se encuentra asociado con mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva (Costello et al., 2003; Gellona V et al., 2005; Jauregizar et al., 2015; Kubik et al., 2003; Rivera-Rivera et al., 2015; Thapar et al., 2012). De igual manera se encontraron trabajos que presentan asociación entre la presencia de sintomatología depresiva y la edad, siendo los grupos adolescentes de mayor edad los que más presentan la

sintomatología (Thapar et al., 2012). Por otra parte Mojs et al. (2012) y Probst et al. (2006) sugieren que la población en áreas rurales tiene más posibilidad de presentar trastornos del estado de ánimo en comparación de quienes viven en áreas urbanas. En cuanto a la asistencia escolar, se ha reportado que los adolescentes que se encuentran asistiendo a una institución educativa tienen menor probabilidad de presentar sintomatología depresiva (Benjet et al., 2012). Lo que concierne a las diferencias en la prevalencia de sintomatología depresiva entre adolescentes y no indígenas se encontraron trabajos de Estados Unidos en los que se ha documentado que la prevalencia de sintomatología depresiva es mayor entre adolescentes indígenas (Kubik et al., 2003; Saluja et al., 2004). En Canadá se realizó un estudio con datos de *ACHA National College Health Assessment* en el cual se identificó que un número mayor de adolescentes indígenas reportó haber sido diagnosticado con depresión en los últimos 12 meses (Hop Wo et al., 2020).

## 1.2 Marco teórico

### 1.2.1 Violencia estructural

De acuerdo con Galtung (1969), *“la violencia está presente cuando los seres humanos están siendo influenciados de modo que sus realizaciones somáticas y mentales reales están por debajo de su realización potencial”*. Galtung explica que, si existe la forma de evitar situaciones negativas, tanto sociales, de salud, entre otras, y estas no se aplican, entonces existe violencia. Por otra parte, explica que, cuando se habla de violencia no necesariamente existe una persona que directamente dañe a otra, si no que la violencia se encuentra incorporada a la estructura social y esta se manifiesta en la desigualdad de poder, y en consecuencia en la desigualdad de oportunidades (Galtung, 1969). Más allá de centrarse en lo que comúnmente se relaciona con la idea de violencia y, por lo tanto, de un ataque físico intencional, la violencia estructural se enfoca en lo que, de acuerdo con Whittington et al. (2020), *“son estructuras subyacentes dentro de la sociedad que crean condiciones en las que se producen lesiones, enfermedades y muertes evitables.”*

El concepto de *violencia estructural* fue introducido por el sociólogo Johan Galtung en 1969 quien buscó una definición más amplia sobre violencia utilizando lo que nombró “el triángulo de la violencia”. Este triángulo se encuentra compuesto por la violencia directa, la violencia

estructural y la violencia cultural o simbólica. A grandes rasgos la violencia directa se refiere a lo que comúnmente se reconoce como violencia en cuanto al maltrato físico, así como psicológico, entre otros. En el caso de la violencia estructural se hace referencia a las estructuras que promueven la injusticia social que impide la satisfacción de las necesidades básicas. Por otra parte, la violencia cultural tiene que ver con los aspectos culturales que buscan justificar la violencia directa y estructural (Galtung, 1969). En este apartado se ahondará en específico en los elementos que dan pie a la violencia estructural.

La violencia estructural alude a la opresión sistemática relacionada con el racismo, la pobreza y el sexismo (UNICEF & CIESAS, 2012). En la presencia de violencia estructural los recursos no son distribuidos de manera uniforme. El poder de distribución de los recursos se concentra en unos pocos, de tal modo los ingresos son desiguales, así como la educación y los servicios médicos son accesibles solo para algunos grupos. Estas dimensiones se encuentran fuertemente vinculadas en la estructura social.

El concepto de violencia estructural es de suma importancia para lograr comprender que no es solo la violencia directa la que afecta a las personas o sociedades, si no que existen mecanismos institucionales que ejercen violencia sobre las mismas. Busca explicar cómo es que la pobreza, la injusticia social, la desigualdad, y la exclusión, no se producen solo por las relaciones de tipo económicas, sino que intervienen de igual manera la opresión política, misma que es visible a través de discriminación institucional, políticas excluyentes, recorte de presupuestos a programas para ciertas poblaciones, entre otras acciones, que impiden el completo desarrollo de las capacidades de los individuos o sociedades (La Parra & Tortosa, 2003).

Por otra parte, el antropólogo médico Paul Farmer (1996) ha retomado el concepto de violencia estructural en sus trabajos. Farmer ha realizado investigaciones sobre epidemias transmisibles como VIH, tuberculosis y la violencia económica en Haití. A través de este concepto ha buscado comprender y abordar las inequidades de salud en sus estudios. De la misma manera establece que, para realizar un análisis tomando como marco la violencia estructural, este análisis debe ser geográficamente amplio y debe ser revisado tomando la relevancia que conlleva la historia de la población específica de análisis. En dichos estudios determinó que, estas epidemias, están fuertemente influenciadas por las estructuras socioeconómicas violentas (Farmer, 1996; Shannon et al., 2017). En este mismo orden, el modelo de análisis propuesto

por Farmer considera la influencia que tienen los aspectos sociales y estructurales sobre la salud. Así mismo, destaca la importancia de distintos ejes de análisis que permitan considerar la intersección de factores como el género, la pobreza y la etnia (Shannon et al., 2017). En cuanto al género, el autor sostiene que las mujeres se enfrentan a ideologías que las posicionan como inferiores a los hombres. Por otra parte, las clasificaciones raciales han sido utilizadas para privar de derechos básicos a ciertos grupos poblacionales (Farmer, 1996). Por lo tanto, al analizar los resultados de salud desde esta perspectiva se facilita la comprensión del fuerte vínculo que existe entre los aspectos históricos y estructurales que dan pie a las inequidades actuales.

En cuanto al factor social del género, se destaca que las mujeres se encuentran viviendo en una sociedad dominada política, legal y económicamente por hombres. Como resultado de esta posición jerárquica en la sociedad patriarcal, las mujeres son puestas en situaciones desfavorables en donde se vulneran sus derechos, propiciando la discriminación, desigualdad y violencia basadas en el género (IGNOU, 2017). Por otra parte, el factor económico alude a las desigualdades en la distribución de los ingresos, las cuales son consideradas como una de las formas más fatales de la violencia estructural. De acuerdo con IGNOU (2017) *“La pobreza es una privación económica extrema, estructural, sistémica y sostenida, que en primera instancia suele producir incapacidad”*. Estas privaciones van más allá de solo la falta de ingresos para satisfacer las necesidades básicas, sino también la carencia de capacidades para satisfacerlas. Por último, uno de los componentes de la violencia estructural es la desigualdad asociada a la clasificación de las personas en categorías de “raza” o “etnia”. De estas categorías, algunas son percibidas como más positivas o negativas por la sociedad y son impuestas a individuos o sociedades basadas en constructos relacionados a su etnia o raza. Estas categorías son establecidas por los grupos que mantienen el poder en la estructura social y que consideran que la población con rasgos “negativos” son muestra de la falta de asimilación o rechazo a la cultura dominante de la región, misma que ha sido impuesta colonialmente. Con base en esta segmentación, ciertos grupos son percibidos como inferiores o inasimilables, entre otras descalificaciones, de tal manera que se ven privados de sus derechos básicos como resultado de la violencia estructural (Farmer, 1996; IGNOU, 2017).



Como conclusión, podemos identificar los diferentes factores que intervienen en la violencia estructural y que posicionan a una parte de la población en riesgo de que sus derechos sean violentados. Al analizar dentro de las estructuras sociales, las desigualdades de género, ingreso, o distinción por raza o etnia, así como el contexto geográfico e histórico, es posible identificar que en poblaciones enteras los factores sociodemográficos juegan un papel importante en las inequidades sociales, y que a su vez desencadenan resultados negativos sobre la salud (Whittington et al., 2020). Sin embargo, en muchas ocasiones estas inequidades pueden no ser reconocidas como violencia, sino que son vistas como una forma natural de la composición social. Es por tanto importante enfatizar la dimensión social y sus distintos ejes de análisis para visibilizar las estructuras ocultas que ejercen y mantienen la violencia estructural, de tal manera que permitan encontrar soluciones para erradicar esta violencia, construyendo una sociedad más justa y con igualdad de oportunidades.

### 1.2.2 Determinantes sociales de la salud

En el año 2005 se creó y se puso en marcha, a través de la OMS, la Comisión sobre determinantes sociales de la salud (CDSS). Esta comisión es un órgano de cooperación internacional y tiene como objetivo el promover en los Estados Miembros y en los programas de la OMS la obtención de datos científicos en torno a los determinantes sociales de salud, así como orientar en la búsqueda de soluciones ante las inequidades sanitarias (CDSS, 2009). A través del informe titulado “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” la comisión sostiene que las inequidades y desigualdades en salud son resultado de las condiciones en las cuales se desarrolla la población. Estas condiciones se encuentran instituidas por estructuras políticas, sociales y económicas (CDSS, 2009). Por medio de este informe se proporcionan recomendaciones que permitan ejercer acciones para corregir las desigualdades sanitarias, estas recomendaciones están basadas en los tres principios de acción señalados por la comisión los cuales son mejorar las condiciones de vida, combatir la distribución desigual del poder, dinero y recursos y, por último, evaluar la magnitud de las inequidades sanitarias.

Por otra parte, este informe establece que las desigualdades que afectan la salud no son un fenómeno natural, sino que son consecuencia de políticas y programas sociales deficientes, así

como de acuerdos económicos injustos y mala gestión política. A su vez las condiciones de vida y los determinantes estructurales componen los determinantes sociales de la salud, mismos que son mayormente el origen de las desigualdades en materia de salud (CDSS, 2009). De igual manera la Comisión proporciona un marco conceptual realizado por Solar & Irwin (2007). Este marco conceptual a su vez está influenciado por las contribuciones del modelo de Diderichsen, el cual busca resaltar la importancia de cómo es que a través del contexto social se crean estratificaciones sociales y se asignan posiciones sociales a los individuos, de tal manera que esto determina sus resultados en salud (Caballero González et al., 2012; WHO, 2010).

Los determinantes sociales de la salud son definidos como las condiciones de nacimiento, crecimiento, trabajo, vivienda, edad, entre otras fuerzas y sistemas que van moldeando las condiciones de vida de las personas. Un aspecto muy importante dentro de los determinantes sociales de la salud es que estos también incluyen los sistemas y políticas económicas, así como las normas sociales y los sistemas políticos. La utilización de un marco conceptual como este, ofrece una importante base para el análisis de los resultados sobre la salud. Puede ser utilizado tanto para brindar una mejor comprensión de los determinantes y los mecanismos que intervienen en la salud, como para incorporar políticas útiles para el cierre de la brecha en cuanto a las inequidades en salud. Los componentes básicos de este marco conceptual son el contexto socioeconómico y político, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios.

Cuando se habla de contexto se hace referencia a *“mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen jerarquías sociales”* (WHO, 2010).

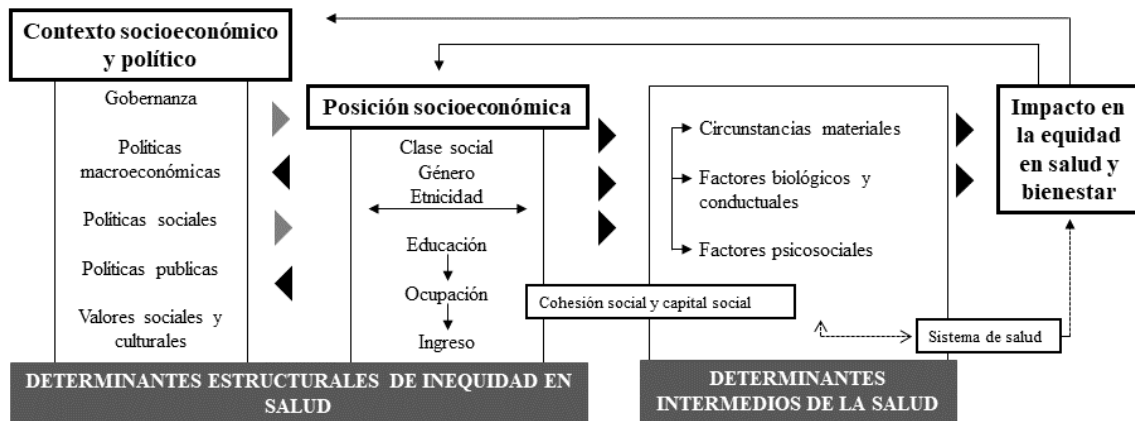
En cuanto los mecanismos estructurales, se reconocen como aquellos que generan o refuerzan la estratificación y división de clases, mismas que definen la posición socioeconómica de los individuos a través de la cual se hereda poder, prestigio y acceso a recursos. Las estratificaciones estructurales más importantes son: ingresos, educación, ocupación, posición social, género y etnia. De acuerdo con el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, los determinantes estructurales hacen referencia a la *“interacción entre contexto socioeconómico y político, los mecanismos estructurales que generan estratificación y la posición socioeconómica resultante de los individuos”* (WHO, 2010). De igual manera de

acuerdo con datos de WHO (2010), se ha recopilado evidencia que sostiene que la calidad de muchos determinantes sociales de la salud están fuertemente condicionadas por los enfoques de políticas públicas. Por tanto, en este aspecto, debe considerarse y analizarse la gobernanza y sus procesos, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como los valores culturales, sociales y los resultados epidemiológicos de la población (OPS, 2012; WHO, 2010). La desigualdad existente en la distribución de recursos en una sociedad configura un sistema de estratificación o jerarquía social. Es entonces que los individuos adquieren una posición social de acuerdo con el estatus establecido socialmente a su ocupación, educación y nivel de ingresos. El nivel educativo y conocimiento, generalmente se asocian con mayor probabilidad de estilos de vida saludables. Por otra parte, la posición de clase ocupacional está relacionada al estatus, poder y condiciones materiales relacionadas con el trabajo remunerado. En cuanto a los ingresos, estos proporcionan recursos materiales que determinan el poder adquisitivo y por consiguiente favorecen a obtener los recursos necesarios para mantener la salud. La suma de estos factores que posicionan a los individuos en el sistema de estratificación social es conocida como *nivel socioeconómico*. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social dependiendo de la jerarquía en que se ubiquen dentro del sistema ya que condiciona el acceso a recursos y genera inequidades sociales en cuanto a la salud (Graham, 2004; OPS, 2012; WHO, 2010).

Entre los determinantes estructurales, es importante destacar las diferencias notables en cuanto al estado de salud y el acceso a los servicios de salud de los grupos étnicos y raciales. Por una parte, la etnia se refiere según Torres-Parodi & Bolis (2007) a la *“identificación de una colectividad humana a partir de antecedentes históricos y un pasado común, así como de una lengua, símbolos y leyendas compartidos”*. En cuanto a la raza, las autoras sostienen que la clasificación racial de los seres humanos, desde el punto de vista científico, carece de fundamentos. Sin embargo, en sociedades con marcada discriminación hacia las personas que pertenecen a un grupo étnico que ha sido marginalizado, estos grupos se ven afectados a través de las inequidades en oportunidades a través de todo el curso de vida. Los resultados sobre la salud de grupos étnicos que han sido oprimidos sistemáticamente, han sido significativamente más negativos que quienes no pertenecen a estos (OPS, 2012; WHO, 2010). La discriminación hacia estos grupos impacta en diferentes determinantes asociados a las desventajas en la

posición social como lo son un ingreso bajo, falta de acceso a la educación y viviendas con restringido acceso a servicios básicos, entre otros, y por ende en los resultados de salud.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: basado en “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants” (Solar & Irwin, 2007).

Finalmente, los determinantes intermedios son los que se componen de las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales y circunstancias comportamentales y biológicas (OPS, 2012; WHO, 2010). Todos estos factores aunados al comportamiento individual, factores genéticos y acceso a los servicios de salud son una fuerte influencia en los resultados sobre la salud de los individuos. De acuerdo con WHO (2010), “*Los determinantes sociales de las inequidades en salud son un antecedente causal de estos determinantes intermedios, que están vinculados, por otro lado, a un conjunto de influencias a nivel individual, incluidos los comportamientos relacionados con la salud y los factores fisiológicos*”. Es así que, los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Los determinantes intermedios de la salud están divididos en diferentes categorías. Estas categorías son las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores conductuales y fisiológicos, cohesión social y el sistema de salud (OPS, 2012). Cada uno de sus factores y las interacciones en su conjunto dan pie a diversos resultados de salud en los individuos o poblaciones.

En resumen, los elementos del contexto socioeconómico y político junto con los determinantes estructurales se entretajan, dando como resultado distintos efectos sobre la salud. Es así que el marco conceptual de los determinantes sociales define a los determinantes estructurales como los que generan y refuerzan la estratificación y de esta manera se define la posición social. De tal manera que los determinantes estructurales que a la vez presentan un contexto político, económico e histórico específico sobre el que deben ser analizados.

A manera de resumen se recalca que los determinantes sociales de la salud, subyacen en las inequidades en salud, que a la vez operan a través de un conjunto de determinantes intermedios que moldean los resultados sobre la salud. De tal manera que los conceptos de determinantes estructurales y determinantes intermedios hacen hincapié en la importancia causal de los factores estructurales. De acuerdo con el marco conceptual de los determinantes sociales se puede identificar como los mecanismos políticos, económicos y sociales dan lugar a posiciones socioeconómicas mediante las cuales la población es estratificada. Según estas jerarquías los individuos se enfrentan a diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que tienen fuerte influencia sobre la salud.

### 1.2.3 Salud mental y adolescencia

Cuando se habla de salud mental es importante partir del concepto de la OMS (2022b) quien determina que *“es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”*. Por otra parte, de acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (2010), (APA, por sus siglas en inglés), la salud mental es la forma en que los pensamientos, sentimientos y conductas afectan la vida de los individuos. Esta conduce a una imagen positiva de sí mismo y, a su vez, a relaciones interpersonales que son satisfactorias, ayuda a tomar buenas decisiones y afrontar desafíos de la vida.

Los problemas de salud mental, por otra parte, son aquellos problemas psicológicos que, aunque no significan necesariamente la presencia de un trastorno mental, ocasionan un malestar o discapacidad importantes. La presencia de un problema de salud mental puede ser transitoria y resuelta si se cuenta con herramientas personales, redes de apoyo y acompañamiento profesional. Se debe tener en cuenta que, en caso de no atender estas

manifestaciones, puede verse afectado el curso de estas y conducir a lo que se establece propiamente como un trastorno mental.

Durante el ciclo de vida, los individuos se encuentran expuestos a distintos eventos que tienen impacto sobre la salud mental. De tal manera que la exposición a ciertos factores ambientales puede tener diversos resultados que dependen del momento del ciclo vital en el que el individuo se encuentra. De acuerdo con Romo & Patiño (2017), el concepto de “periodo crítico” en el ciclo de vida, hace referencia a la diferencia de los resultados sobre la salud mental ante la exposición a un evento. Es así que, un periodo crítico del desarrollo se define como *“rango-tiempo, por lo general en las etapas tempranas de la vida, durante la cual la estimulación ambiental tiene alta efectividad en la producción de cambios a largo plazo”*. De acuerdo con esta definición es importante abordar los resultados sobre salud mental tomando en cuenta las etapas del desarrollo, así como los planes de prevención adaptados a lo que se refiere como periodos críticos.

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, que implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales. Esta es una etapa formativa que va de los 10 a los 19 años y se divide a su vez en dos etapas, la adolescencia temprana que va de los 10 a los 14 y la adolescencia tardía de los 15 a 19 años. De igual manera es un periodo de vital importancia en la formación y mantenimiento de hábitos sociales y emocionales, mismo que tienen impacto sobre la salud mental (OMS, 2020; Papalia et al., 2009).

Existen diversos factores que tienen influencia sobre los resultados de salud mental en los adolescentes. Entre los factores que pueden presentar una influencia negativa sobre la salud mental de los adolescentes se encuentran la calidad de la vida doméstica, la exposición a la violencia y conductas de riesgo, presión para integrarse con sus pares, así como los problemas socioeconómicos, vivir situaciones de discriminación, estigmatización, exclusión o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Abordar la salud mental en adolescentes es de suma importancia debido a las implicaciones que esta tiene a futuro en la salud y calidad de vida (Kessler et al., 2005; OMS, 2020).

Si bien de manera general los adolescentes se enfrentan ante nuevos riesgos concernientes a una modernidad acelerada, así como a conflictos sobre la propia identidad, en el caso de los adolescentes indígenas se agrega el hecho de que el contexto en el que se desarrollan,

mayormente se encuentra cargado de inequidades, falta de oportunidades, discriminación, así como persistente violación a sus derechos, lo cual los sitúa en mayor vulnerabilidad en comparación de sus pares no indígenas. Los problemas de salud mental en los adolescentes indígenas se encuentran fuertemente relacionados con la violencia estructural, así como con los determinantes sociales, por lo cual es importante abordarlos desde esta perspectiva (CEPAL & OPS, 2011).

### 1.3 Adolescencia como constructo social

La adolescencia, además de ser una etapa de importantes cambios físicos, se plantea como un proceso que da paso a la búsqueda de la independencia familiar y la incorporación a la sociedad (Antona et al., 2003). Además de los aspectos biológicos, aspectos referentes a la incorporación, independencia y de configuración de su identidad se encuentran influenciados del momento histórico, condiciones sociales y culturales en el que se desarrolla, de tal manera que, de acuerdo con Díaz Sánchez (2006), *“la cultura vivida e internalizada en los distintos ámbitos se sintetiza de manera diferenciada y singular en cada historia personal y contexto”*. Es por ello que al hablar de adolescencia es importante profundizar en las condiciones específicas de la población adolescente de interés para comprender de dónde surgen las expectativas, conductas y necesidades específicas de acuerdo a su contexto.

Cada sociedad y cultura establece determinadas características para describir lo que es ser joven. La juventud o adolescencia es una categoría social y culturalmente definida y varía en función de cada cultura, época y estructura social (Bourdieu, 1990). En América Latina, la adolescencia, puede constituir una etapa en la que se prolonga la preparación para la vida adulta, sin embargo, esta condición suele cumplirse sólo en las minorías sociales de niveles socioeconómicos más altos y mayoritariamente en regiones urbanas. Por otra parte, entre los adolescentes indígenas, este periodo de transición es más corto, ya que experimentan una incorporación más temprana a la vida productiva y reproductiva (CEPAL & OPS, 2011).

Datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) indican que en América Latina y el Caribe existen 800 pueblos indígenas que representan el 10% de la población total en esta región (Acosta & Ribotta, 2022). En el 2020 la población hablante de lengua indígena en México, representaba el 6.1% de la población total. De acuerdo con los

resultados del Censo de Población y Vivienda 2020 las entidades federativas con mayor porcentaje de población de 3 años y más hablante de lengua indígena son Oaxaca (31.2%), Chiapas (28.8%), Yucatán (23.7%), Guerrero (15.5%) e Hidalgo (12.3%). El 60.3% habita en localidades de menos de 2, 500 habitantes (INEGI, 2020b).

Las características sociodemográficas indican que la población indígena en México presenta mayores condiciones de pobreza y de vulnerabilidad que lo que se encuentra en el resto de la población nacional. Datos proporcionados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016) establecen que en 2015, el 55% de la población indígena vivía en localidades de alta o muy alta marginación. En lo que respecta a la vivienda el 13.9% de las viviendas indígenas contaban con piso de tierra, 12.8% carecían de agua entubada y 4.4% no disponían de luz eléctrica. Concerniente a los servicios de salud 84.9% de la población hablante de lengua indígena se encontraba afiliada a alguna institución de salud, siendo principalmente al Seguro Popular. Por su parte, el acceso a la educación ha marcado una brecha importante entre los hablantes de lengua indígena y los no hablantes de lengua indígena. El porcentaje de analfabetismo en la población hablante de lengua de 15 años o más, en 2015, era de 23.2% y la inasistencia escolar, al igual que el analfabetismo, presenta mayor porcentaje en la población hablante de lengua indígena (CDI, 2017; CONAPO, 2016).

#### 1.4 La población adolescente indígena en México

En lo que respecta a la población adolescente en México de 10 a 19 años en 2020 el 17.3% se encontraba en estas edades. La desagregación entre adolescentes indígenas y no indígenas muestra que, de estos adolescentes, el 94.4% no era hablante de lengua indígena, siendo el 5.6% restante hablante de lengua indígena (INEGI, 2020a).

Como se ha descrito anteriormente, la experiencia de la adolescencia depende de diversos factores en los que se desarrolla el adolescente. Para los adolescentes indígenas en México, son importantes la cultura y las expectativas sociales, y la situación vulnerable en la que a lo largo de la historia la cultura dominante ha colocado a esta población al buscar su asimilación forzada.



Comprender los ciclos vitales en el contexto de la población indígena permitirá tener una mejor aproximación a la experiencia de la adolescencia indígena (CEPAL & OPS, 2011). Un trabajo publicado por UNICEF & CIESAS (2012), señala que la palabra adolescente no existe como tal en diversas lenguas indígenas y el concepto de muchacho o muchacha es el más cercano que se encuentra en estas lenguas. Este es un indicador significativo sobre las diferencias que existen en lo que se espera en estas edades dependiendo del contexto social y que dejan entrever que la expresión de la adolescencia no es universal ya que se experimenta de maneras diversas. Aunque la población indígena mantiene tradiciones referentes a este proceso de transición, actualmente las comunidades indígenas han adoptado espacios, tiempos y códigos que se distinguen en general como propias de la adolescencia. Esto ha sido en gran parte por la escolarización, cambios económicos, migración y acceso a tecnologías de la información. Sin embargo, aunque esto ha significado nuevos espacios y oportunidades para los adolescentes indígenas, el mantenimiento de las limitaciones estructurales, la pobreza, la discriminación como indígenas, los pocos espacios para la participación social, son factores que representan desventajas y preocupaciones que limitan la experiencia de la adolescencia entre los indígenas. Cabe señalar que las comunidades indígenas en las que existen procesos de urbanización, alta migración, violencia, entre otros factores, sitúan a estos adolescentes en desventajas sociales que se ven relacionados con su salud física y mental. Por otro lado, se observa que en las comunidades indígenas en las que existe autonomía y fuerte sentido étnico y comunitario, los adolescentes indígenas cuentan con sentido social más arraigado referente a su cultura, su lengua y etnia que proporciona herramientas adaptativas para hacer frente a las transformaciones y desventajas sociales anteriormente señaladas (UNICEF & CIESAS, 2012).

El documento mencionado anteriormente (UNICEF & CIESAS (2012)), señala que los adolescentes indígenas en México viven su identidad indígena con ambigüedad ya que se sienten orgullosos de su pertenencia étnica, sin embargo, debido a los prejuicios y estigmas presentes en la sociedad mexicana, llegan a experimentar sentimientos de vergüenza. De igual manera se examinan las inquietudes de los adolescentes ante las nuevas tecnologías, así como costumbres y gustos de lo que se considera prácticas globales propias de la adolescencia. Sin embargo, aunque existe apertura y gusto por estas prácticas, se enfrentan a la preocupación de lo que estas puedan representar para sus comunidades. Por otra parte, ese estudio manifiesta que, en cuanto a la educación, los adolescentes indígenas en México se enfrentan a

cuestionamientos sobre la relevancia de mantenerse en la escuela o desertar y conseguir un empleo, ya que ponen en duda los beneficios futuros que la educación les pueda otorgar. En cuanto al género, manifiestan preocupación ya que observan que en muchos casos las adolescentes tienen escasa participación en la toma de decisiones, incluso concernientes a sus trayectorias personales. Por último, los adolescentes indígenas expresan conflictos relacionados a la identificación, reflexión y aseguramiento de los derechos que, como ciudadanos, les corresponden. Llegan a presentarse un sentimiento de enojo entre los adolescentes indígenas debido a los estereotipos representados en los medios, y demandan su derecho a mantener sus tradiciones sin estigmas ni prejuicios, así como el derecho a ser escuchados, y formar parte activa en la toma de decisiones.

Las condiciones a las que se encuentran expuestos los adolescentes indígenas como la alta marginación, poco acceso a la educación, la discriminación, sentimientos de vergüenza debido a estigmas, falta de espacios para la participación social, entre los distintos factores previamente señalados, propician y mantienen a los adolescentes en desventaja social que impide el pleno desarrollo de su salud mental. Al enfrentarse a estos problemas estructurales los adolescentes indígenas se encuentran en riesgo de adoptar mecanismos de adaptación que afectan su salud mental como lo son el consumo de sustancias. De igual manera la constante exposición a los estresores sociales previamente mencionados favorece que los adolescentes indígenas pueden enfrentar sentimientos de desesperanza, frustración, impotencia, entre otros síntomas de trastornos del estado de ánimo. A pesar de que existe información de los diversos factores de riesgos en los que se desarrollan los adolescentes indígenas y que interfieren en el pleno goce de su salud mental, es poca la información concerniente a la prevalencia de problemas de salud mental en los adolescentes indígenas, así como del impacto de los factores de riesgo ante la presencia de estos problemas.

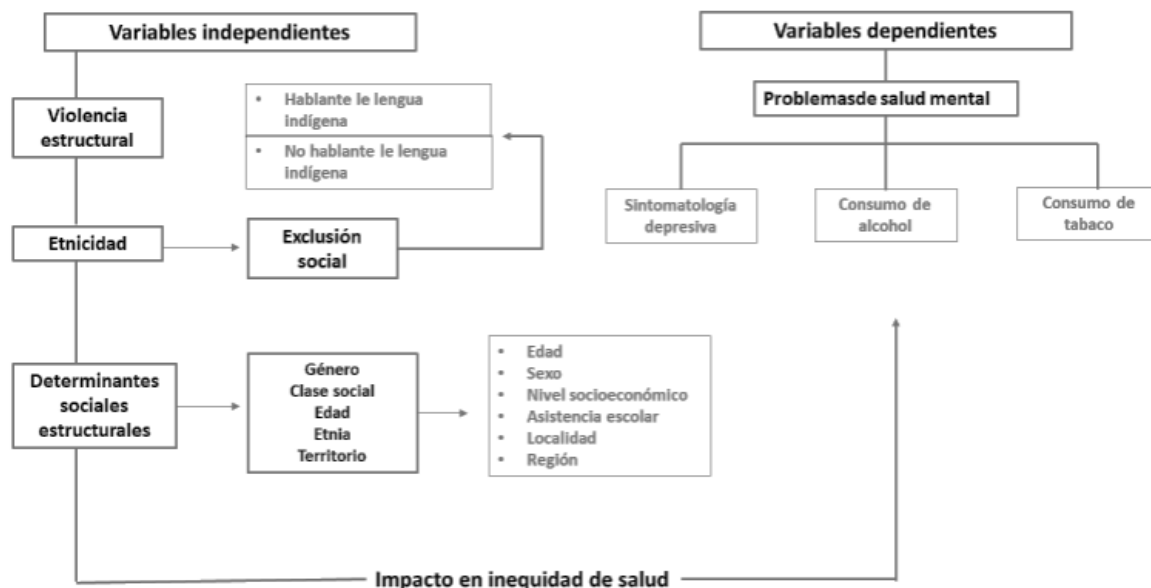
### 1.5 Mapa conceptual

De acuerdo con la revisión conceptual, los elementos que se integran para el análisis de la presente investigación son: violencia estructural, determinantes sociales, salud mental y adolescencia. A través de estos conceptos se analiza la prevalencia de tres problemas de salud mental (consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva) en adolescentes

indígenas en comparación con adolescentes no indígenas de México. De igual manera, se busca identificar los principales factores que intervienen en los resultados de salud mental de los adolescentes indígenas y no indígenas en México.

En la figura 2 se muestra el mapa conceptual de las variables utilizadas para esta investigación, así como la relación existente entre las mismas, por medio de las cuales se planteó el análisis. La violencia estructural genera exclusión social a partir de la cual se ven afectadas las poblaciones indígenas debido a la privación de derechos básicos. La violencia estructural también se acompaña de otros determinantes sociales, como las desventajas socialmente asociadas al sexo (principalmente al femenino), a la edad, al nivel socioeconómico, a la educación y al entorno geográfico, que a su vez intervienen en los estilos de vida que repercuten directamente en los resultados de salud. Esto se refleja en inequidades en salud, dando resultados en salud que difieren de acuerdo a las características sociodemográficas de los distintos grupos poblacionales.

Figura 2. Relación de violencia estructural y determinantes sociales sobre la presencia de problemas de salud mental en adolescentes indígenas y no indígenas en México



Fuente: elaboración propia.

## CAPÍTULO II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Con base en los antecedentes presentados, en este trabajo se planteó como objetivo general estimar la prevalencia en el año 2018 de consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas en México, así como identificar diferencias en términos de prevalencia, y factores de riesgo asociados a estas condiciones.

Los objetivos específicos fueron:

- 1) Estimar la prevalencia de consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas en México.
- 2) Determinar si existe diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas en México.
- 3) Identificar los principales factores asociados a los problemas de salud mental planteados, en adolescentes indígenas y no indígenas.
- 4) Analizar si existen diferencias entre adolescentes indígenas y no indígenas en cuanto a los factores asociados al consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva.

A partir de esto las preguntas de investigación fueron:

¿Cuál es la prevalencia de consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas en México para el 2018?

¿La prevalencia de consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva difiere entre adolescentes indígenas y no indígenas en México?

¿Cuáles son los factores asociados en adolescentes indígenas y no indígenas en cuanto a la presencia de estos problemas de salud mental?

¿Existe diferencia entre los factores asociados a la presencia de consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva entre adolescentes indígenas y no indígenas en México?

Las hipótesis planteadas fueron:

El consumo de alcohol, el consumo de tabaco y la sintomatología depresiva son más frecuentes entre los adolescentes indígenas en comparación con los adolescentes no indígenas.

El sexo, la edad, el nivel socioeconómico, la asistencia escolar, el tamaño y tipo de localidad en los que reside el adolescente son factores que tienen asociación con presencia de consumo de alcohol, consumo de tabaco y presencia de sintomatología depresiva.

Los factores asociados al consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva difieren entre los adolescentes indígenas y no indígenas.

A continuación, se presenta la estrategia metodológica utilizada para responder a las preguntas de investigación planteadas.

## 2.1 Diseño de investigación

Se utilizó una metodología cuantitativa con diseño transversal-analítico. El diseño transversal es utilizado cuando se obtienen datos en un solo momento, por lo que la medición de las variables dependientes e independientes se realizan de forma simultánea. Por otra parte, al tratarse de una investigación en la cual se planea evaluar la asociación entre las variables, esta es de tipo analítica (Cvetkovic-Vega et al., 2021; Hernández et al., 2014). De tal manera que al ser un estudio transversal-analítico de acuerdo con Cvetkovic-Vega et al. (2021) se entiende que *“la exposición y el efecto se miden en simultáneo. A partir de ello, se entiende además que el sentido transversal corresponde a una única medición en un lapso, y que en ese contexto planeamos analizar la relación de asociación entre variables”*.

## 2.2 Fuente de información: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018

El presente trabajo es un análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018). La ENSANUT 2018 tiene como objetivo estudiar dos componentes de la población, los cuales son salud y nutrición. Para el objetivo de este estudio se utilizaron los datos derivados del componente de salud en el cual se encuentran las variables de interés que permiten estudiar la prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva, así como la desagregación por población adolescente indígena y no indígena.

Para la realización de la ENSANUT 2018 se contó con la participación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). De acuerdo con la información del diseño de la ENSANUT 2018 *“El INSP estuvo a cargo del diseño conceptual, instrumentos de captación, manuales, capacitación y estandarización del personal, así como de los protocolos y monitoreo. El INEGI colaboró mediante el diseño estadístico y operativo, levantamiento en campo, sistema de captura y procesamiento de la información (INEGI-INSP, 2019, p.12).*

El diseño estadístico de esta encuesta se caracteriza por ser probabilístico. El muestreo probabilístico se establece como el método por medio del cual es posible determinar la probabilidad que tiene cada elemento de la población de ser escogido en la muestra (Tamayo, 2015). Esta encuesta fue diseñada para ofrecer resultados tanto a nivel nacional como regional, así como para región urbana, región rural, subregión, zona metropolitana del Valle de México y entidad federativa.

El marco muestral de la ENSANUT 2018 se formó con información de la Muestra Maestra del Marco Nacional de Vivienda 2012 construida a partir del Censo de Población y Vivienda 2010. El diseño para la selección de la muestra fue probabilístico, estratificado y por conglomerados. Las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) son las áreas geográficas con límites identificables en el terreno, que agrupan un conjunto de viviendas y cuyo número depende del tamaño de la localidad. Se realizó estratificación geográfica conformada por localidades diferenciadas por su tamaño, las cuales fueron: rural (localidades con menos de 2,500 habitantes), urbano alto (ciudades con más de 100 mil habitantes) y complemento urbano (localidades con número de habitantes entre 2,500 y menos de 100 mil). Se formaron también cuatro estratos sociodemográficos en los que se agruparon todas las UPM. De tal manera que cada UPM fue clasificada por dos criterios de estratificación, los cuales son el tamaño de localidad y las condiciones sociodemográficas de las viviendas. Existen tres etapas de selección, en primera instancia se seleccionan las UPM, posteriormente las viviendas en las UPM y finalmente los individuos dentro de las viviendas.

El tamaño de la muestra fue de 50,654 viviendas para el componente de salud, distribuidas en las 32 entidades federativas.

### 2.3 Sujetos de estudio

La ENSANUT incluyó entre sus poblaciones de interés a los adolescentes de 10 a 19 años en México. Los datos de estos adolescentes se tomaron de los instrumentos del cuestionario de salud de adolescentes que se aplicaron directamente al adolescente seleccionado para la encuesta. La aplicación/información se obtuvo mediante entrevista directa con cuestionario electrónico en dispositivo móvil, en los casos en las que las condiciones no permitieron aplicar la encuesta por medio de dispositivo, se utilizó cuestionario de papel. El tamaño de la muestra para este grupo de edad fue de 17,925 adolescentes. De ellos, respondieron a las preguntas sobre consumo de alcohol 17,886 (99.8%), a las preguntas sobre consumo de tabaco 17,874 (99.7%), y a las preguntas sobre sintomatología depresiva 17,925 (100%), que constituyeron la muestra de análisis. En la sección de resultados se presentan el número de adolescentes con datos completos para cada uno de los modelos de regresión. En ningún caso la muestra no ponderada fue menor a 17,874 (99.7%), por lo que no se considera que la falta de respuesta pudiera haber influido en los resultados.

### 2.4 Delimitación espacio-temporal

El periodo de levantamiento de información en campo para el componente de salud fue del 30 de julio de 2018 a 28 de junio 2019.

### 2.5 Definición y operacionalización de variables

Las variables de interés fueron seleccionadas de la base de datos del componente de salud de los adolescentes, así como de las bases de datos de residentes y hogar.

#### 2.5.1 Variables dependientes

Las tres variables dependientes utilizadas para este estudio son los problemas de salud mental: consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva. En el cuadro 1 se muestran las preguntas tomadas de la ENSANUT 2018 por medio de las cuales se elaboraron las categorías para el análisis. A continuación se describe la recodificación de las variables en categorías dicotómicas.

#### 2.5.1.1 Consumo de alcohol

La ENSANUT 2018 identifica el consumo de alcohol a través de diferentes preguntas en las que se visualiza el patrón de consumo. Para efectos del análisis en esta investigación, fue de interés el conocer si los adolescentes consumen o no consumen alcohol independientemente de la cantidad o frecuencia. El consumo de alcohol, como concepto utilizado para aplicaciones clínicas y de investigación, es definido como el acto de ingesta de una bebida que contenga etanol (Collins & Kirouac, 2013). De esta manera se consideró, para esta investigación, que un adolescente consume alcohol cuando ha declarado haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez en el último año. De acuerdo con esto se creó una variable dicotómica clasificada como consumo o no consumo. Las respuestas al reactivo 1.12 del Cuestionario de Salud de Adolescentes de la ENSANUT 2018, que van desde “1 vez al año” hasta “3 o más veces al día” fueron clasificadas como *Consumo* y la respuesta “actualmente no toma” como *No consumo*.

#### 2.5.1.2 Consumo de tabaco

El consumo de tabaco para fines de este trabajo se define como “*la inhalación de humo del tabaco quemado que puede ocurrir ocasional o habitualmente*” (Leone et al., 2010). El cuestionario de salud en adolescentes explora la cantidad, frecuencia y edad de inicio, entre otras características del consumo de tabaco. De acuerdo al objetivo de esta investigación se trabajó con la pregunta que indaga si el adolescente consumió tabaco en los últimos 30 días, clasificando las respuestas del reactivo 1.2 del Cuestionario de Salud de Adolescentes de la ENSANUT 2018 como *Consumo* (“todos los días” o “algunos días”) y *No consumo* (“no fumas actualmente”).



Cuadro 1. Reactivos de ENSANUT 2018 sobre consumo de alcohol y tabaco

Variable	Reactivos
<p><b>Consumo de alcohol</b> Último año</p>	<p><b>Reactivo 1.12</b> Piensa en tu consumo de alcohol, ¿con qué frecuencia tomas, ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida que contenga alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 o más veces al día</li> <li>- 2 veces al día</li> <li>- 1 vez al día</li> <li>- Casi todos los días</li> <li>- 3 o 4 veces por semana</li> <li>- 1 o 2 veces por semana</li> <li>- 2 o 3 veces al mes</li> <li>- 1 vez al mes</li> <li>- De 7 a 11 veces al año</li> <li>- De 3 a 6 veces al año</li> <li>- 1 vez al año</li> <li>- Actualmente no toma</li> </ul>
<p><b>Consumo de tabaco</b> Último mes</p>	<p><b>Reactivo 1.2</b> Actualmente ¿fumas tabaco...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos los días</li> <li>- Algunos días</li> <li>- No fumas actualmente</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en INEGI, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Cuestionario de Salud de Adolescentes (10 a 19 años). Sección I.

### 2.5.1.3 Sintomatología depresiva

De acuerdo con ENSANUT 2018 la sintomatología depresiva en adolescentes constituye una serie de manifestaciones que incluyen tristeza, ansiedad, falta de energía y trastorno del sueño que afecta negativamente la vida de los adolescentes. Como tristeza se entiende expresión emocional de dolor, infelicidad, impotencia, desesperanza. En cuanto a la ansiedad, es la anticipación aprensiva de un daño a futuro. Los trastornos del sueño, son una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir que pueden presentarse tanto al inicio, mantenimiento y durante ciclo sueño y vigilia. Por último, la fatiga o falta de energía es la

experiencia subjetiva del ser humano de cansancio físico, mental, pereza y agotamiento (INEGI-INSP, 2019).

Para medir sintomatología depresiva entre los adolescentes, la ENSANUT 2018 utiliza la Escala CESD -7. Esta es una versión abreviada de siete reactivos, a partir de la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) que evalúa la frecuencia con la que los adolescentes han experimentado síntomas de depresión en la última semana (Radloff, 1977). Esta escala se validó en población mexicana con un punto de corte de  $\geq 9$ , que indica sintomatología moderada o severa (Salinas-Rodríguez et al., 2013). Los reactivos se muestran en el cuadro 2. Cada reactivo tiene una puntuación de 0 a 3 en donde 0 es “rara vez o nunca” y 3 “todo el tiempo o la mayoría del tiempo”. La mayor puntuación total posible de la escala es de 21. Fue necesario modificar la codificación del reactivo número seis, dando un puntaje de 3 a la respuesta “todo el tiempo o la mayoría del tiempo” ya que esta respuesta señalaba el puntaje de sintomatología más baja en este reactivo en específico. Se sumó la puntuación de cada reactivo con la finalidad de obtener la puntuación total de la escala para cada adolescente de la muestra, y con ella se creó una variable dicotómica en la que se categorizó a los adolescentes de acuerdo a la presencia ( $\geq 9$  puntos) o ausencia de sintomatología depresiva.

Cuadro 2. Reactivos de Escala CESD-7 para medir sintomatología depresiva en adolescentes

<b>Escala CESD-7</b>	
Durante la última semana...	<u>¿sentías como si no pudieras quitarte de encima la tristeza?</u>
	<u>¿te costaba concentrarte en lo que estabas haciendo?</u>
	<u>¿te sentiste deprimido(a)?</u>
	<u>¿te parecía que todo lo que hacías era un esfuerzo?</u>
	<u>¿no dormiste bien?</u>
	<u>¿disfrutaste de la vida?</u>
	<u>¿te sentiste triste?</u>

Fuente: elaboración propia con base en INEGI, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Cuestionario de Salud de Adolescentes (10 a 19 años). Sección V.

### 2.5.2 Variables independientes

Las variables independientes utilizadas para esta investigación se definieron a partir del marco teórico establecido en capítulos anteriores, como variables que permitieran identificar determinantes sociales de la salud y aspectos relacionados con violencia estructural. Estas variables son la etnicidad, la edad, el sexo, la edad, la asistencia escolar actual, el nivel socioeconómico, el tipo de localidad y la región de residencia. En el cuadro 3 se muestra la operacionalización de las variables independientes.

En cuanto a la principal variable independiente, la etnicidad del adolescente, debido a que la ENSANUT 2018 no cuenta con datos sobre autoadscripción indígena, la manera de identificar a los adolescentes indígenas fue a través de la pregunta sobre habla indígena. De acuerdo con la ENSANUT 2018, la variable hablante de lengua indígena *“hace referencia a una aproximación de la población indígena por el uso de un idioma ancestral. La captación de información sobre lengua indígena constituye un indicador privilegiado, fácil de identificar por su indiscutible apego a la cultura indígena”* (INEGI-INSP, 2019, p.41).

Cuadro 3. Operacionalización de variables independientes.

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Obtención de la variable</b>	<b>Categorías</b>
Indígena	Aproximación de la población indígena por el uso de un idioma ancestral.	¿(NOMBRE) habla alguna lengua indígena (dialecto)?	•Sí •No
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres.	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?	•Hombre •Mujer
Edad	Años cumplidos que tiene la persona, desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Edad. Años cumplidos al momento de la encuesta	•10-12 •13-16 •17-19

Continuación de cuadro 3			
Variable	Definición operacional	Obtención de la variable	Categorías
Asistencia escolar actual	Concurrencia regular a cualquier institución o programa educativo acreditado en cada país, público o privado, para la enseñanza organizada a cualquier nivel de educación.	¿(NOMBRE) asiste actualmente a la escuela?	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Sí</li> <li>•No</li> </ul>
Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico en la que se ubica la familia del adolescente.	Tercil de nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> <li>•I bajo</li> <li>•II medio</li> <li>•III alto</li> </ul>
Tipo de localidad	Según INEGI localidad urbana (2 500 o más habitantes) y rural (menos de 2 500 habitantes).	Dominio	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Rural</li> <li>•Urbano</li> </ul>
Región	Agrupación de Entidades Federativas de México según posición geográfica.	Región	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Norte Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas.</li> <li>•Centro Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, resto del estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí, Querétaro,</li> </ul>

			Sinaloa y Zacatecas.  •CDMX Ciudad de México y municipios conurbados.  •Sur Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.
--	--	--	---

Fuente: elaboración propia con base en ENSANUT 2018.

## 2.6 Análisis estadístico

Para el manejo y análisis de datos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 26.0, el cual es una herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico (Bausela Herreras, 2005). Para analizar los datos de la ENSANUT es importante tener en consideración los elementos del diseño. Debido a que el esquema de muestreo fue probabilístico, estratificado y por conglomerados fue necesario crear un archivo con el plan de análisis en el cual se integraron las especificaciones de la muestra compleja en el cual se incluyó la estructura de la muestra, métodos de estimación y ponderaciones muestrales (Romero, 2012).

### 2.6.1 Estadística descriptiva

Para el ordenamiento, presentación y análisis inicial de los datos se utilizó la estadística descriptiva, a través de la distribución de frecuencias. La estadística descriptiva es una rama de la estadística que permite organizar y presentar un grupo de datos, de manera que describan las variables analizadas. Existen dos tipos de procedimientos que permiten realizar esta clasificación y presentación de los datos. Uno de ellos es el cálculo de índices estadísticos, por

medio del cual se resume la información de los datos. Otra técnica utilizada es la presentación gráfica de los datos. Para la presentación de variables categóricas o dicotómicas se utilizan tablas de frecuencia en las cuales se muestra la estructura de toda la información que se ha obtenido sobre una variable (Cevallos et al., 2017; Seoane et al., 2007).

Dentro de la estadística descriptiva se utilizó el análisis univariado, por medio del cual se presentó la distribución de frecuencias con información del comportamiento de los datos generales. También se hizo análisis bivariado mediante tablas de contingencia (Seoane et al., 2007).

### 2.6.2 Regresión logística

Posteriormente se realizó análisis multivariado con la finalidad de identificar posibles asociaciones entre cada variable dependiente (consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva) con cada variable independiente (sexo, edad, nivel socioeconómico, asistencia escolar, etnicidad, tipo de localidad y región de residencia.), mediante regresión logística.

Este tipo de regresión es similar a la regresión lineal, sin embargo, está adaptado para modelos en los cuales la variable dependiente es dicotómica y adopta únicamente valores de 0 ó 1, que en el caso de las variables dependientes de esta investigación representan respectivamente la ausencia o presencia del evento. Dentro de los principales objetivos de la regresión logística se encuentra el modelar cómo influye la presencia o no de factores en la probabilidad de ocurrencia de un suceso en específico (Salcedo, 2002). Si la variable dependiente se busca explicar en función de dos o más variables independientes o predictores, se considera que el modelo de regresión logística es múltiple. Una vez realizado el análisis se obtienen coeficientes que miden la asociación de cada una de las variables independientes, ajustando por el efecto de las otras incluidas en el modelo (López-Roldán & Fachelli, 2015). El coeficiente estimado da cuenta de la dirección de la relación entre el predictor (variable independiente) y la respuesta (variable dependiente). Por tanto, si el coeficiente es positivo indica que al aumentar la variable predictora aumenta también la variable respuesta y por tanto el evento es más probable. Si el coeficiente es negativo indica que a medida que aumenta la variable predictora, la variable respuesta disminuye, entonces la función se considera decreciente por lo que el evento es menos probable (Domínguez & Aldana, 2001; Minitab, LLC., 2021).

### 2.6.3 Análisis estratificado

El análisis estratificado se utilizó para responder al objetivo de identificar diferencias entre indígenas y no indígenas en los factores asociados a cada uno de los problemas de salud mental.

En el análisis estratificado se dividen las observaciones de un grupo y se analizan las asociaciones entre el factor de estudio y el resultado de manera separada para cada grupo. Es así como se pueden identificar las asociaciones que involucran el factor de estudio sin que exista interferencia de las variables de estratificación (Schoenbach & Rosamond, 2001).

## CAPÍTULO III. RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los resultados. Primeramente, se presentan las características generales de los adolescentes de la muestra, seguido por las características de acuerdo a la etnicidad. Posteriormente se presentan los resultados del análisis bivariado en el cual se muestra la relación entre las variables dependientes con respecto a las variables independientes. Por último, se muestran los resultados de la regresión logística y análisis estratificado en donde se observan los factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva.

### 3.1 Características sociodemográficas

En el cuadro 4 se presentan las principales características sociodemográficas de los adolescentes en México de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018. El número de adolescentes en la muestra de esta encuesta fue de 17,925, los cuales representan 22,885,451 adolescentes entre 10 y 19 años de edad con un promedio de edad de 14.4 años. El grupo de edad de 10 a 11 años representó el 20.6%, el grupo de 12 a 14 años 30.7% y por último el grupo de 15 a 19 representó el 48.7%. En total el 50.6% de los adolescentes fueron hombres y el 49.4% mujeres. En cuanto al nivel socioeconómico la muestra se divide en terciles representando el primero al 33.6% de la población adolescente, el segundo 33.8% y el tercero 32.6%. En cuanto a la asistencia escolar, se observa que el 80.3% asiste a alguna institución escolar, mientras que el 19.7% no lo hace. Por otra parte, se observa que el 74.9% reside en una localidad urbana y en cuanto a la región, el 36.5% se encuentra en el centro de México, 33.0% en el sur, 20.1% en el norte y 10.4% en la Ciudad de México. Por último, el 4.9% de los adolescentes hablan alguna lengua indígena.



Cuadro 4. Características generales de los adolescentes de 10 a 19 años en México, ENSANUT 2018

Variable	Frecuencia* (Porcentaje)	IC 95%
<b>Sexo</b>		
Hombre	8,982 (50.6)	49.5-51.7
Mujer	8,943 (49.4)	48.3-50.5
<b>Edad</b>		
10-11 años	3,808 (20.6)	19.7-21.5
12-14 años	5,413 (30.7)	29.7-31.7
15-19 años	8,704 (48.7)	47.6-49.8
<b>Nivel socioeconómico</b>		
T1	5,939 (33.6)	32.2-35.1
T2	6,207 (33.8)	32.6-34.9
T3	5,779 (32.6)	31.4-33.8
<b>Etnicidad<sup>a</sup></b>		
Indígena	775 (4.9)	4.1-6.0
No indígena	17,150 (95.1)	95.1-95.9
<b>Asistencia escolar actual</b>		
Asiste	14,507 (80.3)	79.4-81.3
No asiste	3,418 (19.7)	18.7-20.6
<b>Tipo de localidad</b>		
Urbano	12,723 (74.9)	72.8-76.8
Rural	5,202 (25.1)	23.2-27.2
<b>Región</b>		
Norte	4,087 (20.1)	18.8-21.5
Centro	6,649 (36.5)	34.1-38.9
CDMX	591 (10.4)	9.1-11.8
Sur	6,598 (33.0)	31.0-35.1

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018). Tamaño de la muestra n=17,925. \*Frecuencias no ponderadas, porcentajes ponderados y los intervalos de confianza consideran el diseño de muestra. <sup>a</sup>Etnicidad de acuerdo a hablante o no hablante de lengua indígena.

## 3.2 Características sociodemográficas de acuerdo a etnicidad

En esta sección se presentan los porcentajes de las variables de interés para el análisis de acuerdo con los datos de la ENSANUT 2018. Los porcentajes se presentan para adolescentes indígenas y adolescentes no indígenas en México (cuadro 5).

### 3.2.1 Sexo

Los porcentajes de hombres y mujeres entre adolescentes indígenas y no indígenas no tiene diferencias debido a las mismas características de la muestra. De tal manera que dentro de la población indígena los hombres representan el 51.3% y las mujeres el 48.7%, en tanto que en la población no indígena el porcentaje de hombres es de 50.6% y 49.9% mujeres (cuadro 5).

### 3.2.3 Edad

De igual manera que la variable sexo, el porcentaje de los grupos de edades en población adolescente indígena, no difiere notablemente de los porcentajes de los grupos de edad de los adolescentes no indígenas. En el caso del grupo de edad de 10 a 11 años el porcentaje es de 21.9% y 20.5% para adolescentes indígenas y no indígenas respectivamente. Para el grupo de 12 a 14 años el porcentaje es de 30.7% para adolescentes indígenas y no indígenas. Por último, los adolescentes indígenas de 14 a 19 años son 47.3% y la población no indígena de 14 a 19 años es de 48.8% (cuadro 5).

### 3.2.4 Nivel socioeconómico

En cuanto al nivel socioeconómico se encuentran importantes diferencias al desagregar por adolescente indígena o no indígena. La mayoría de los adolescentes indígenas se encuentran dentro del primer tercil en el cual se concentra el 85.7% de esta población, el 12.5% en el segundo tercil y solo el 1% en el tercer tercil. Mientras que los terciles para los adolescentes no indígenas mantienen una distribución de 30.9% para el primero, 34.9% para el segundo y 34.2% para el tercero (cuadro 5).

Cuadro 5. Características generales de adolescentes indígenas y no indígenas en México de acuerdo con datos de ENSANUT 2018

Variable	Indígena <sup>a</sup>	No indígena
	Porcentaje - IC 95%	Porcentaje - IC 95%
<b>Sexo</b>		
Hombre	51.3% (47.4-55.1)	50.6% (49.4-51.7)
Mujer	48.7% (44.9-52.60)	49.4% (48.3-50.60)
<b>Edad</b>		
10-11 años	21.9% (18.6-25.7)	20.5% (19.6-21.5)
12-14 años	30.7% (26.9-34.8)	30.7% (29.7-31.7)
15-19 años	47.3% (43.0-51.7)	48.8% (47.7-49.9)
<b>Nivel socioeconómico</b>		
T1	85.7% (81.1-89.3)	30.9% (29.5-32.4)
T2	12.5% (9.1-16.9)	34.9% (33.7-36.1)
T3	1.8% (1.1-3.1)	34.2% (33.0-35.5)
<b>Asistencia escolar actual</b>		
Asiste	70.4% (64.8-75.4)	80.8% (79.9-81.8)
No asiste	29.6% (24.6-35.2)	19.2% (18.2-20.1)
<b>Tipo de localidad</b>		
Urbano	35.4% (26.6-45.3)	76.9% (74.8-78.9)
Rural	64.6% (54.7-73.4)	23.1% (21.1-25.2)
<b>Región</b>		
Norte	4.7% (2.8-7.7)	20.9% (19.5-22.3)
Centro	11.1% (6.4-18.5)	37.8% (35.4-40.2)
CDMX	2.9% (1.1-7.0)	10.8% (9.5-12.2)
Sur	81.4% (73.6-87.3)	30.5% (28.6-32.6)

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018).

<sup>a</sup> Etnicidad de acuerdo a hablante o no hablante de lengua indígena.

### 3.2.5 Asistencia escolar

Con respecto a la asistencia escolar de los adolescentes indígenas y no indígenas al momento del levantamiento de la encuesta, se observa que el 70.4% de los adolescentes indígenas asisten a la escuela en comparación con el 80.8% de los no indígenas. De acuerdo con los intervalos de confianza se identifica que existen diferencias significativas en la asistencia escolar entre los adolescentes indígenas y no indígenas (cuadro 5).

### 3.2.6 Tipo de localidad

El tipo de localidad urbano o rural es una variable con diferencias muy marcadas entre adolescentes indígenas y no indígenas. Los datos de la ENSANUT 2018 muestran que los

adolescentes indígenas que viven en localidades urbanas son el 35.4%, mientras que el 64.6% vive en localidad rural. Por su parte el 79.6% de los adolescentes no indígenas residen en localidades urbanas y el 23.1% en localidades rurales. Estos datos resaltan las diferencias significativas entre las zonas urbanas y rurales en las que se concentran la mayoría de los adolescentes indígenas y los no indígenas (cuadro 5).

### 3.2.7 Región

Por último, en cuanto al tipo de región norte, centro, Ciudad de México y sur, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Se observa que en la región norte del país reside el 4.7% de los adolescentes indígenas y el 20.9% de los adolescentes no indígenas. En la región centro, los datos establecen que residen 11.1% de los adolescentes indígenas y 37.8% de los no indígenas. Por su parte, en la región de la Ciudad de México residen 2.9% de la población adolescente indígena y 10.8% de adolescentes no indígenas. Por último, en la región sur se muestra marcada diferencia de residencia entre adolescentes indígenas y no indígenas con 81.8% y 30.5% respectivamente (cuadro 5).

## 3.3 Análisis bivariado

Para conocer la relación existente entre las variables dependientes del presente trabajo (consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva) con las variables independientes (sexo, edad, nivel socioeconómico, asistencia escolar, tipo localidad, región y etnicidad) se realiza un análisis bivariado. A continuación, se describen los principales hallazgos encontrados en este análisis.

### 3.3.1 Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva según etnicidad

En el caso del consumo de alcohol, tomando los datos de la ENSANUT 2018 se realizó una clasificación dicotómica de consumo o no consumo. Los resultados obtenidos muestran que el consumo de alcohol en adolescentes no indígenas es significativamente mayor al de adolescentes indígenas siendo de 22.1% y 13.6% respectivamente (cuadro 6).

La prevalencia del consumo de tabaco entre adolescentes indígenas y no indígenas no muestra diferencias estadísticamente significativas. Por su parte, la población adolescente indígena presenta una prevalencia de consumo de tabaco de 5.5%, mientras que los adolescentes no indígenas 5.7%.

Se observa que la presencia de sintomatología depresiva es más alta en los adolescentes no indígenas siendo de 6.2%, que en los adolescentes indígenas de 4.9%. Sin embargo, de acuerdo con los intervalos de confianza esta diferencia no es estadísticamente significativa (cuadro 6).

Cuadro 6. Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas en México, 2018

Problemas de salud mental	Indígena <sup>a</sup>		No Indígena		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Consumo de alcohol	13.6%	10.6-17.3	22.1%	21.1-23.2	21.7%	20.7-22.7
Consumo de tabaco	5.5%	3.8-8.0	5.7%	5.2-6.3	5.7%	5.2-6.3
Sintomatología depresiva	4.9%	3.5-6.9	6.2%	5.7-6.7	6.1%	5.6-6.6

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018).

<sup>a</sup> Etnicidad de acuerdo a hablante o no hablante de lengua indígena.

### 3.3.2 Prevalencia de consumo de alcohol de acuerdo a características sociodemográficas

En el cuadro 7 se muestran los resultados del análisis bivariado realizado con respecto al consumo de alcohol. En este cuadro se puede observar que existe asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y todas las variables independientes analizadas. En lo que respecta a la variable sexo, se observa que existe diferencia significativa en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, siendo de 25.0% y 18.3% respectivamente. De igual manera se muestran diferencias entre grupos de edades en las cuales el consumo va de 0.7% en adolescentes de 10 a 11 años, hasta 40.4% en adolescentes de 15 a 19 años. Por otra parte, el nivel socioeconómico muestra un aumento en la prevalencia de consumo de alcohol que va

desde el 17.8% en el tercil más bajo hasta 24.1% en el más alto, siendo la diferencia significativa entre el tercil más bajo y el más alto. En cuanto a la asistencia escolar se muestra asociación estadísticamente significativa, ya que el 44.4% de quienes no asisten a la escuela consumen alcohol a diferencia de sus pares quienes asisten a la escuela y presentan 16.1% en consumo de alcohol. Con respecto al tipo de localidad se encuentra un consumo de 22.6% en localidades urbanas y 18.9% en localidades rurales, de nuevo presentando diferencias estadísticamente significativas. Por último, en cuanto a la región, se observa diferencia en el consumo de alcohol entre norte y sur, 19.7% y 19.0% respectivamente, con las regiones de centro y Ciudad de México de 24.4% y 19.0% respectivamente.

### 3.3.3 Prevalencia de consumo de tabaco de acuerdo a características sociodemográficas

Para el consumo de tabaco, se encuentra asociación significativa con las variables sexo, edad, nivel socioeconómico y asistencia escolar, mismas que pueden observarse en el cuadro 7. La variable sexo muestra diferencias significativas entre el consumo de tabaco en hombres de 8.8% y el consumo de tabaco en mujeres de 2.6%. En cuanto a los grupos de edad, se identifica consumo entre los grupos de edad de 10 a 11 años de 0.1%, 12 a 14 años 1.1% y 11.0% en el grupo de 15 a 19 años. En lo que respecta al nivel socioeconómico se encuentran diferencias entre el tercil medio, con prevalencia de consumo de 6.7%, mientras que el tercil más alto presenta una prevalencia de consumo de 4.5%. Por último, la diferencia entre el consumo entre adolescentes que asisten o no a la escuela es de 2.7% para quienes asisten y 17.9% en los adolescentes que no asisten. Todas las diferencias anteriormente mencionadas son estadísticamente significativas de acuerdo a los intervalos de confianza al 95%. No se encuentran diferencias significativas en cuanto a tipo de localidad y región.

### 3.3.4 Prevalencia de sintomatología depresiva de acuerdo a características sociodemográficas

Para la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes de 10 a 19 años presenta asociación estadísticamente significativa con las variables sexo y edad (ver cuadro 7). Las diferencias que se describen son estadísticamente significativas de acuerdo a los intervalos de confianza al 95%. Se observan diferencias entre hombres y mujeres, presentando una

prevalencia de sintomatología depresiva de 4.1% y 8.1% respectivamente. En cuanto a la edad, se observa diferencia significativa entre los grupos de 10 a 11 (3.3%) y 12 a 14 (4.6%) años con respecto al grupo de 15 a 18 años (8.2%). En cuanto al nivel socioeconómico, asistencia escolar, tipo de localidad y región, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

Cuadro 7. Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva de acuerdo a características sociodemográficas en adolescentes de 10 a 19 años en México

Variables	Consumo de alcohol	Consumo de tabaco	Sintomatología depresiva
	% - (IC 95%)	% - (IC 95%)	% - (IC 95%)
<b>Sexo</b>			
Hombre	25.0% (23.6-26.4)	8.8% (7.9-9.7)	4.1% (3.6-4.8)
Mujer	18.3% (17.1-19.6)	2.6% (2.1-3.1)	8.1% (7.3-8.9)
<b>Edad</b>			
10-11	0.7% (0.4-1.2)	0.1% (0.0-0.5)	3.3% (2.5-4.3)
12-14	6.1% (5.2-7.10)	1.1% (0.8-1.6)	4.6% (4.0-5.4)
15-19	40.4% (38.8-42.1)	11.0% (10.0-12.0)	8.2% (7.4-9.1)
<b>Nivel socioeconómico</b>			
T1	17.8% (16.3-19.5)	5.9% (5.1-6.9)	6.1% (5.3-7.1)
T2	23.2% (21.6-25.0)	6.7% (5.7-7.8)	6.4% (5.6-7.4)
T3	24.1% (22.5-25.8)	4.5% (3.8-5.3)	5.8% (5.0-6.7)
<b>Asistencia escolar</b>			
Asiste	16.1% (15.2-17.1)	2.7% (2.3-3.2)	6.0% (5.4-6.5)
No asiste	44.4% (41.8-47.2)	17.9% (16.0-19.9)	6.7% (5.6-7.9)
<b>Tipo de localidad</b>			
Urbano	22.6% (21.5-23.8)	5.8% (5.2-6.5)	6.4% (5.8-7.0)
Rural	18.9% (17.0-21.0)	5.4% (4.5-6.5)	5.2% (4.4-6.1)
<b>Región</b>			
Norte	19.7% (18.2-21.3)	5.7% (4.9-6.7)	5.5% (4.7-6.4)
Centro	24.4% (22.7-26.3)	6.0% (5.2-7.1)	6.6% (5.8-7.6)
CDMX	24.5% (20.4-29.1)	6.3% (4.2-9.2)	5.1% (3.4-7.5)
Sur	19.0% (17.4-20.6)	5.2% (4.5-6.0)	6.2% (5.5-7.0)

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018).

### 3.4 Análisis multivariado

A través del presente análisis se explora la relación que existe entre las variables dependientes correspondientes a los problemas de salud mental de interés en esta investigación, las cuales son el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y la sintomatología depresiva, en conjunto con todas las variables independientes de manera multifactorial. Este análisis se realizó a través de una regresión logística. A continuación, se describen los principales hallazgos.

#### 3.4.1 Consumo de alcohol

Los resultados de la regresión logística se muestran en el cuadro 8 en el cual se observa que existe asociación estadísticamente significativa con el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, asistencia escolar, región y etnicidad. A diferencia del análisis bivariado en donde se encontraban diferencias significativas en cuanto al tipo de región, en este análisis no se encuentra asociación con esta variable. El coeficiente de beta muestra una asociación positiva entre ser hombre y el consumo de alcohol. En cuanto a la asociación con la variable edad, a menor edad se observa menor probabilidad de consumo de alcohol. Por otra parte, entre la asociación entre consumo de alcohol y nivel socioeconómico, se identifica que existe menor posibilidad de consumo en el tercil más bajo en comparación con el más alto. Los datos referentes a la asistencia escolar muestran que los adolescentes que asisten a la escuela presentan menos posibilidad de consumo de alcohol a diferencia de quienes no asisten. Referente a lo observado en la variable región, el norte presenta menor posibilidad de consumo con referencia en la región sur. Por el contrario, la región centro presenta mayor probabilidad de consumo de alcohol en los adolescentes que en la región sur. Por último, los resultados muestran que los adolescentes indígenas tienen menor posibilidad de consumir alcohol en comparación con sus pares no indígenas. La variable referente al tipo de localidad no muestra asociación significativa en este modelo.

#### 3.4.2 Consumo de tabaco

El análisis multivariado realizado para el consumo de tabaco en adolescentes, muestra que existe asociación entre el consumo y el sexo, la edad, así como con asistencia escolar. Por su parte las variables de nivel socioeconómico, tipo de localidad, región y etnicidad no muestran



asociación estadísticamente significativa para esta condición (ver cuadro 8). En cuanto al sexo del adolescente, se identifica que en los hombres existe mayor posibilidad de consumo de tabaco que en las mujeres. Por su parte, la asociación entre la variable edad y el consumo de tabaco, muestra que a menor edad es menor la probabilidad de consumo. Por último, en los resultados se observa que los adolescentes que asisten a la escuela presentan menor probabilidad de consumo de tabaco.

Cuadro 8. Factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes en México, 2018

Factores	Consumo de alcohol			Consumo de tabaco			Sintomatología depresiva			
	Coefficiente $\beta$	IC 95%		Coefficiente $\beta$	IC 95%		Coefficiente $\beta$	IC 95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
<b>Sexo</b>										
	Hombre	<b>0.499</b>	0.382	0.616	<b>1.358</b>	1.113	1.603	<b>-0.705</b>	-0.895	-0.515
	Mujer (ref)									
<b>Edad</b>										
	10-11	<b>-4.360</b>	-4.879	-3.842	<b>-4.392</b>	-6.112	-2.673	<b>-1.044</b>	-1.352	-0.736
	12-14	<b>-2.200</b>	-2.388	-2.013	<b>-1.968</b>	-2.359	-1.577	<b>-0.678</b>	-0.885	-0.471
	15-19 (ref)									
<b>Nivel socioeconómico</b>										
	T1	<b>-0.493</b>	-0.670	-0.317	<b>0.051</b>	-0.250	0.352	<b>0.226</b>	-0.041	0.494
	T2	<b>-0.114</b>	-0.267	0.039	<b>0.250</b>	-0.022	0.523	<b>0.174</b>	-0.040	0.389
	T3(ref.)									
<b>Asistencia escolar</b>										
	Asiste	<b>-0.643</b>	-0.792	-0.494	<b>-1.325</b>	-1.562	-1.087	<b>0.246</b>	0.024	0.469
	No asiste (ref)									
<b>Tipo de localidad</b>										
	Urbano	<b>0.059</b>	-0.113	0.230	<b>0.133</b>	-0.1258	0.3909	<b>0.292</b>	0.061	0.522
	Rural (ref)									
<b>Región</b>										
	Norte	<b>-0.186</b>	-0.345	-0.028	<b>0.047</b>	-0.200	0.294	<b>-0.160</b>	-0.394	0.073
	Centro	<b>0.177</b>	0.015	0.338	<b>0.069</b>	-0.187	0.325	<b>0.057</b>	-0.159	0.272
	CDMX	<b>0.246</b>	-0.048	0.540	<b>0.224</b>	-0.246	0.693	<b>-0.247</b>	-0.703	0.209
	Sur (ref)									
<b>Etnicidad <sup>a</sup></b>										
	Indígena	<b>-0.471</b>	-0.833	-0.109	-0.065	-0.539	0.409	-0.188	-0.591	0.215
	No indígena (ref)									

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018). <sup>a</sup> Etnicidad de acuerdo a hablante o no hablante de lengua indígena. Resultados de análisis multivariado controlado por todas las variables en el cuadro. Alcohol n= 17,886, tabaco n=17,875, sintomatología depresiva n= 17,925.

### 3.4.3 Sintomatología depresiva

Por lo que concierne a la sintomatología depresiva, los resultados de la regresión logística muestran asociación estadísticamente significativa con el sexo, la edad, asistencia escolar y tipo de localidad. En el cuadro 8 se observa que existe menor probabilidad de presentar sintomatología depresiva para los hombres adolescentes. Con respecto a la edad se observa que la probabilidad de presentar sintomatología depresiva es menor en los grupos de 10 a 11 años y 12 a 14 años en comparación con los adolescentes del grupo de 15 a 19 años. En cuanto a la asociación con la asistencia escolar, se identifica que existe mayor probabilidad de presentar sintomatología para quienes asisten a la escuela, así como para quienes habitan en localidades urbanas.

### 3.5 Análisis estratificado

En cuanto al análisis estratificado, este se refiere a la desagregación de un grupo de datos en subgrupos que serán definidos por los factores que se desean controlar (Schoenbach & Rosamond, 2001). Para el caso de este análisis, se desagrega en adolescentes indígenas y adolescentes no indígenas con el fin de identificar si existen diferencias entre los factores asociados al consumo de alcohol, consumo de tabaco y presencia de sintomatología depresiva entre estos dos grupos de adolescentes.

#### 3.5.1 Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes indígenas y no indígenas

Los resultados del análisis estratificado muestran diferencias entre los factores que se asocian significativamente al consumo de alcohol entre adolescentes indígenas y no indígenas. De igual manera, en el caso en que las mismas variables son significativas en las dos poblaciones, existe diferencia en el impacto de esta sobre la probabilidad de consumo de alcohol (ver cuadro 9).

Las variables en la que se encontró diferencias estadísticamente significativas, tanto en adolescentes indígenas como no indígenas son en el sexo y la edad. En cuanto al sexo se observa que los adolescentes hombres tienen mayor posibilidad de consumo de alcohol en comparación con las mujeres. La edad muestra una tendencia de disminución de la

probabilidad de consumo en las edades más tempranas y que se asocia significativamente con el consumo de alcohol tanto en adolescentes indígenas y no indígenas.

Por otra parte, los datos obtenidos para los adolescentes indígenas en cuanto al consumo de alcohol no muestran asociación significativa con el nivel socioeconómico, la asistencia escolar y la región, a diferencia de sus pares no indígenas quienes se observa lo contrario. Referente al nivel socioeconómico en los adolescentes no indígenas se observa que existe menor probabilidad de consumo de alcohol en el tercil más bajo en comparación con el más alto. En cuanto a la asistencia escolar se observa que los adolescentes que asisten a alguna institución educativa tienen menor probabilidad de consumo de alcohol. Por último, quienes residen en la región norte, de acuerdo con los resultados, presentan menor posibilidad de consumo de alcohol con referencia a quienes residen en el sur del país. Por el contrario, quienes residen en la región centro presentan mayor posibilidad de consumo con referencia a los adolescentes no indígenas en el sur.

Para los adolescentes indígenas y no indígenas no se encontró asociación significativa entre el consumo de alcohol y el tipo de localidad de residencia.

### 3.5.2 Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes indígenas y no indígenas

En el cuadro 10 se muestran los resultados del análisis estratificado concerniente al consumo de tabaco. Para la variable sexo, se encuentra que los hombres presentan mayor probabilidad de consumir tabaco tanto los adolescentes indígenas, así como los no indígenas en comparación con sus pares mujeres. De igual manera, la edad, tanto para adolescentes indígenas como no indígenas, muestra la tendencia de que a menor edad menor probabilidad de consumo. Solo en estos dos factores presentan asociación con el consumo tanto los dos grupos de adolescentes.

Por otra parte, para los adolescentes indígenas, además del sexo y la edad, se encuentra asociación con el nivel socioeconómico y la región de residencia. El nivel socioeconómico muestra que la probabilidad de consumo es mayor para los terciles bajo y medio en comparación con el tercil más alto y en cuanto a la región se observa que disminuye la posibilidad de consumo para los adolescentes indígenas que residen en la Ciudad de México en comparación con sus pares residentes en la región sur.

En cuanto a los adolescentes no indígenas, además del sexo y la edad, se encuentra asociación significativa con la asistencia escolar, teniendo menor probabilidad de consumo quienes asisten a alguna institución educativa.

Con lo que respecta al tipo de localidad de residencia, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el consumo y el tipo de localidad de residencia para ninguno de los dos grupos.

### 3.5.3 Factores asociados a la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas

El factor asociado de manera estadísticamente significativa en la presencia de sintomatología depresiva tanto en adolescentes indígenas como no indígenas es el sexo, de tal manera que los datos expresan que los hombres tienen menor probabilidad de presentar sintomatología depresiva en comparación con las mujeres (ver cuadro 11).

Para los adolescentes indígenas, además del sexo, presenta asociación solo con otro factor que es la región. De acuerdo con los resultados los adolescentes indígenas que residen en la región de la Ciudad de México tienen menor posibilidad de presentar sintomatología depresiva en comparación con quienes viven en la región sur de este mismo grupo.

En cuanto a los factores asociados a la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes no indígenas, se observa que, además del sexo, existe asociación con la edad y el tipo de localidad en que residen. Por una parte, la edad presenta una asociación negativa, lo que significa que a menor edad se observa menor probabilidad de presentar esta condición. Por último, los resultados muestran que los adolescentes no indígenas que residen en localidades urbanas tienen mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva a comparación de sus pares que residen en localidades rurales.

Para la presencia de sintomatología depresiva no se encontró asociación con los factores de nivel socioeconómico y asistencia escolar para ninguno de los grupos de adolescentes.

Cuadro 9. Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes indígenas y no indígenas en México 2018

Consumo de alcohol		Indígena <sup>a</sup>			No indígena		
		Coefficiente $\beta$	IC 95%		Coefficiente $\beta$	IC 95%	
Factores			Inferior	Superior		Inferior	Superior
<b>Sexo</b>							
	Hombre	<b>1.209</b>	0.642	1.776	<b>0.472</b>	0.352	0.592
	Mujer (ref)						
<b>Edad</b>							
	10-11	<b>-27.72</b>	-28.38	-27.06	<b>-4.334</b>	-4.853	-3.815
	12-14	<b>-1.73</b>	-2.62	-0.84	<b>-2.220</b>	-2.409	-2.031
	15-19 (ref)						
<b>Nivel socioeconómico</b>							
	T1	<b>1.854</b>	-0.692	4.399	<b>-0.528</b>	-0.706	-0.349
	T2	<b>0.762</b>	-1.816	3.340	<b>-0.109</b>	-0.263	0.045
	T3 (ref)						
<b>Asistencia escolar</b>							
	Asiste	<b>-0.424</b>	-1.109	0.262	<b>-0.650</b>	-0.803	-0.498
	No asiste (ref)						
<b>Tipo de localidad</b>							
	Urbano	<b>0.440</b>	-0.298	1.179	<b>0.043</b>	-0.134	0.219
	Rural (ref)						
<b>Región</b>							
	Norte	<b>-0.078</b>	-1.278	1.122	<b>-0.196</b>	-0.357	-0.036
	Centro	<b>0.211</b>	-0.972	1.394	<b>0.171</b>	0.009	0.333
	CDMX	<b>0.596</b>	-2.445	3.638	<b>0.228</b>	-0.061	0.517
	Sur (ref)						

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018).

<sup>a</sup> Etnicidad de acuerdo a hablante o no hablante de lengua indígena. Indígenas n=773 No indígenas n=17,113.

Cuadro 10. Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes indígenas y no indígenas en México 2018

Consumo de tabaco	Indígena <sup>a</sup>			No indígena		
	Coefficiente $\beta$	IC 95%		Coefficiente $\beta$	IC 95%	
Factores		Inferior	Superior		Inferior	Superior
<b>Sexo</b>						
Hombre	<b>3.339</b>	2.015	4.663	<b>1.301</b>	1.051	1.550
Mujer (ref)						
<b>Edad</b>						
10-11	<b>-24.089</b>	25.016	-23.161	<b>-4.337</b>	-6.057	-2.617
12-14	<b>-1.492</b>	-2.581	-0.402	<b>-2.014</b>	-2.432	-1.596
15-19 (ref)						
<b>Nivel socioeconómico</b>						
T1	<b>23.206</b>	23.206	23.206	<b>0.044</b>	-0.261	0.349
T2	<b>22.207</b>	22.207	22.207	<b>0.256</b>	-0.018	0.531
T3 (ref)						
<b>Asistencia escolar</b>						
Asiste	<b>-0.728</b>	-1.781	0.324	<b>-1.352</b>	-1.595	-1.109
No asiste (ref)						
<b>Tipo de localidad</b>						
Urbano	<b>-0.151</b>	-1.259	0.957	<b>0.176</b>	-0.097	0.449
Rural (ref)						
<b>Región</b>						
Norte	<b>-0.329</b>	-1.754	1.096	<b>0.057</b>	-0.196	0.310
Centro	<b>0.327</b>	-0.961	1.615	<b>0.074</b>	-0.188	0.336
CDMX	<b>-24.322</b>	25.895	-22.748	<b>0.244</b>	-0.231	0.719
Sur (ref)						

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018).  
<sup>a</sup> Etnicidad de acuerdo a hablante o no hablante de lengua indígena. Indígenas n=772 No indígenas n=17,103.

Cuadro 11. Factores asociados a la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas en México 2018

Sintomatología depresiva	Indígena <sup>a</sup>			No indígena		
	Coefficiente $\beta$	IC 95%		Coefficiente $\beta$	IC 95%	
Factores		Inferior	Superior		Inferior	Superior
<b>Sexo</b>						
Hombre	<b>-0.452</b>	-1.203	0.300	<b>-0.717</b>	-0.912	-0.521
Mujer (ref)						
<b>Edad</b>						
10-11	<b>-0.602</b>	-1.771	0.567	<b>-1.064</b>	-1.383	-0.744
12-14	<b>-0.097</b>	-1.019	0.826	<b>-0.704</b>	-0.918	-0.490
15-19 (ref)						
<b>Nivel socioeconómico</b>						
T1	<b>0.106</b>	-2.085	2.296	<b>0.228</b>	-0.043	0.498
T2	<b>0.332</b>	-1.989	2.653	<b>0.165</b>	-0.051	0.382
T3 (ref)						
<b>Asistencia escolar</b>						
Asiste	<b>0.805</b>	-0.096	1.705	<b>0.220</b>	-0.009	0.449
No asiste (ref)						
<b>Tipo de localidad</b>						
Urbano	<b>0.448</b>	-0.322	1.217	<b>0.287</b>	0.047	0.526
Rural (ref)						
<b>Región</b>						
Norte	<b>0.691</b>	-0.851	2.233	<b>-0.170</b>	-0.407	0.066
Centro	<b>0.167</b>	-1.102	1.437	<b>0.050</b>	-0.169	0.268
CDMX	<b>-24.127</b>	25.423	-22.832	<b>-0.240</b>	-0.698	0.219
Sur (ref)						

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018).

<sup>a</sup> Etnicidad de acuerdo a hablante o no hablante de lengua indígena. Indígenas n=775 No indígenas n=17,150.



## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 4.1 Principales hallazgos

Los objetivos de esta investigación fueron el estimar la prevalencia de problemas de salud mental en los adolescentes indígenas y no indígenas en México, en específico el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y la presencia de sintomatología depresiva. De igual manera, se buscó conocer los principales factores asociados con la presencia de estos problemas, y, por último, explorar si estos factores difieren entre adolescentes indígenas y no indígenas.

A través de los resultados presentados es posible responder a estas preguntas de investigación. Por una parte, se encontró que, para adolescentes de 10 a 19 años, la prevalencia de consumo de alcohol en 2018 en México fue de 21.7%, 5.7% la de consumo de tabaco y 6.1% la de sintomatología depresiva. Por otra parte, se encontró que la prevalencia de todos los problemas de salud mental estudiados es mayor en adolescentes no indígenas en comparación con los indígenas, sin embargo, estas diferencias son sólo estadísticamente significativas en el caso del consumo de alcohol.

En el análisis de asociación se encontró que tienen mayor probabilidad de consumo de alcohol los hombres, adolescentes en edades más avanzadas, quienes no asisten a la escuela, así como quienes residen en el centro del país y quienes no son hablantes de lengua indígena. En cuanto al consumo de tabaco se identificaron el ser hombre, el ser adolescente en grupos más avanzados de edad y el no asistir a la escuela como factores asociados a este consumo. Por último, los resultados muestran que el ser mujer, estar en etapa de adolescencia tardía, asistir a la escuela y residir en localidad urbana se asocian con mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva.

En cuanto a las diferencias en los factores asociados a las condiciones de salud mental entre los adolescentes indígenas y no indígenas, sobresale que, para los adolescentes no indígenas, el nivel socioeconómico, la asistencia escolar, y el tipo de región de residencia muestran asociación significativa con el consumo de alcohol, mientras que para los adolescentes indígenas no se muestra asociación con estos factores. Esto pudo deberse a que el tamaño de

la muestra para adolescentes indígenas es pequeño, lo cual aplica de la misma manera para el consumo de tabaco y la sintomatología depresiva. Para el consumo de tabaco, entre los adolescentes no indígenas se encuentra asociación con la asistencia escolar, mientras que para los indígenas se encuentra asociación con nivel socioeconómico y la región de residencia. Finalmente, para los adolescentes indígenas, se encuentra asociación entre región de residencia y sintomatología depresiva, que no se observó entre los no indígenas.

Cuadro 12. Factores asociados a consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva según etnicidad

Factores asociados <sup>a</sup>	Consumo de alcohol		Consumo de tabaco		Sintomatología depresiva	
	Indígena <sup>b</sup>	No indígena	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena
Sexo						
Hombre	+ **	+ **	+ **	+ **		- **
Edad						
Mayor edad	+ **	+ **	+ **	+ **		+ **
Nivel socioeconómico						
Alto	- <sup>c</sup>	+ **	- **	- *		- *
Asistencia escolar						
Asiste		- **		- **	+ *	
Tipo de localidad						
Urbana						+ **
Región						
Norte		- **				
Centro		+ **	- **		- **	
CDMX						
Sur						

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018).

a Hombre en comparación con mujeres; grupo de edad 15-19 en comparación con 9-10 y 11-14 años; tercil 3 en comparación con tercil 1 y 2; urbano en comparación con rural; norte, centro, CDMX en comparación con sur. b Etnicidad de acuerdo a hablante o no hablante de lengua indígena. c No se encuentra diferencia significativa, sin embargo, se señala ya que muestra dirección contraria entre los dos grupos.

+ aumenta probabilidad, - disminuye probabilidad.

\*\*p<0.05 \*p<0.10

A continuación, se desarrollan cada uno de estos hallazgos, contrastándolos con lo referido en la literatura.

#### 4.2 Prevalencia del consumo de alcohol, consumo de tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas y no indígenas

En México, dentro de los principales problemas de salud mental en los adolescentes se encuentran el consumo de sustancias y los trastornos del estado de ánimo (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, et al., 2009; Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017) . Estas condiciones tienen severas consecuencias tanto en la salud física y mental del individuo, como en la sociedad y la forma de relación con el entorno. Como se ha señalado la adolescencia es una etapa del desarrollo en la cual son de gran relevancia los patrones formados en relación al cuidado y percepción de la salud, ya que tendrá consecuencias positivas o negativas a lo largo de la vida. De igual manera es en esta etapa en la cual se forman mecanismos para enfrentar situaciones estresantes. Dentro de estos mecanismos el consumo de alcohol o de tabaco ponen en riesgo la salud de los adolescentes, al igual que la presencia de sintomatología depresiva.

En cuanto al consumo de alcohol, la Organización Mundial de la Salud establece que para el 2018, de los jóvenes de entre 15 a 19 años el 27% eran consumidores de esta sustancia (World Health Organization, 2018). La Organización Panamericana de Salud brinda información sobre los resultados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar en la región de las Américas (EMSE). Esta encuesta fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y es aplicada a estudiantes de 13 a 15 años y en otros casos de 13 a 17 años (esto varía dependiendo del país). En cuanto al consumo de alcohol proporciona datos de la prevalencia de consumo actual (últimos 30 días al momento de la encuesta). Los datos muestran que, para la encuesta aplicada a estudiantes de 13 a 15 años, existe prevalencia de consumo actual en Perú (2010) de 27.1%, Costa Rica (2009) 23.6%, El Salvador (2013) 17.1%. En lo que respecta a las encuestas aplicadas a estudiantes de 13 a 17 años se reporta prevalencia de 54.1% en Argentina (2018), Paraguay (2017) 35.7% y Chile (2013) 35.2%. Por su parte, el reporte de alcohol de la Encuesta Nacional de Adicciones 2016-2017 señala una prevalencia de consumo entre adolescentes de 12 a 17 años de 28.8% (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017). Así mismo, la Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México reportó

que prevalencia en relación al último año fue de 31.3% para adolescentes de 14 años o menos, 63.7% para los de 16 años y 71.8% para estudiantes de 18 años o más (Villatoro Velázquez et al., 2005). Los datos del presente análisis son más bajos en comparación con las prevalencias mostradas por La Encuesta Nacional De Adicciones 2016-2017, así como de la Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México, ya que la prevalencia obtenida en este trabajo fue de 21.7% de consumo de alcohol en adolescentes entre 10 y 19 años en México. En cuanto a los datos de las EMSE los resultados de esta investigación se acercan más a los obtenidos en El Salvador (17.1%) y Costa Rica (23.6%). No debe dejarse de lado que los resultados de los estudios descritos presentan diferencias en las edades de los adolescentes y en los años de aplicación. Concerniente al periodo de consumo, estas evalúan el consumo actual, es decir los últimos 30 días al momento de la encuesta, mientras que los resultados de la presente investigación consideran el consumo durante el último año. De tal manera que las diferencias en porcentajes pueden corresponder a las distintas estrategias de medición o categorías de análisis.

Por otra parte, los resultados de esta investigación arrojaron que la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes en México de 10 a 19 años en el 2018 fue de 5.7%. El consumo de tabaco es iniciado predominantemente en la adolescencia. De acuerdo con World Health Organization (2021), el consumo de este es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. La Organización Panamericana de Salud establece que la prevalencia de consumo de cigarrillos es de 7% a nivel mundial en adolescentes de 13 a 15 años (OPS/OMS, 2018). Datos de Centers for Disease Control and Prevention (2022), establecen que existe una prevalencia de consumo de cigarrillos en el último mes de 1.0% en adolescentes estudiantes de educación media (11 a 13 años) y 1.9% en estudiantes de nivel medio superior (14 a 18 años) en Estados Unidos. En lo que respecta a América Latina, los datos de la EMSE reportan una prevalencia de consumo de cigarrillo, durante los últimos 30 días previos a la encuesta, de 27.6% en Chile (2013), 20.4% en Argentina (2018) para estudiantes de 13 a 15 años. Correspondiente a los adolescentes de 13 a 17 años se encontró prevalencia de 12.6% en Honduras (2012) y 9.5% en Costa Rica (2009). En México, de acuerdo con los datos aportados por la ENCODAT 2016-2017, la prevalencia de consumo en adolescentes de 12 a 17 años fue de 4.9% (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017). Los datos obtenidos en esta investigación son consistentes con la literatura que sostiene que los países de ingresos altos presentan menor

prevalencia de consumo de tabaco que países de medianos y bajos ingresos (Anderson et al., 2016; Valdés-Salgado et al., 2002), así como con la literatura que establece que el consumo de tabaco es mayor en la región del sur de América, y México se sitúa en los niveles medios de consumo en Latinoamérica (Valdés-Salgado et al., 2002). Es importante tomar en cuenta que la literatura que establece esto ha hecho referencia al consumo en adolescentes y adultos mientras que el presente trabajo muestra comparación de prevalencias solo de población adolescente.

A su vez, la OMS establece que la depresión es una de las principales causas de enfermedad entre los adolescentes y ofrece datos sobre la prevalencia de trastornos afectivos como la depresión en donde se encuentra que 1.1% de los adolescentes de 10 a 14 años y 2.8% de los adolescentes de 15 a 19 años presentan este trastorno (OMS, 2021). Un estudio realizado por Costello et al. (2003), en el cual se aplicaron entrevistas basados en el DSM-IV a adolescentes de 9 a 16 años obtuvo que, para cualquier tipo de trastorno depresivo, existía una prevalencia de 0.5% en edades de 9 a 10 años y 3.1% en adolescentes de 16 años. En cuanto a datos correspondientes a la investigación realizada por Jauregizar et al. (2015), en adolescentes de 12 a 16 años se encontró una prevalencia de 3.8% de sintomatología depresiva grave. De igual manera en México a través de la Encuesta Nacional de Salud Mental en Adolescentes de México realizada a adolescentes de 12 a 17 años habitantes de la Ciudad de México y área metropolitana, se encontró que el 10.7% de los adolescentes presentaron algún trastorno afectivo alguna vez en la vida (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, et al., 2009). Por otra parte, existen estudios que se basan en pruebas de screening o tamizaje, las cuales no tienen como objetivo establecer un diagnóstico. Este tipo de pruebas se asemeja al utilizado en este estudio que presentó datos de la CESD-7. La escala CESD-7, utilizada en la ENSANUT 2018, es una prueba de screening o tamizaje por lo cual no establece un diagnóstico como tal, sino la presencia de síntomas relacionados a un posible trastorno afectivo, por lo que los resultados en este tipo de pruebas suelen ser más bajos que en los que brindan un diagnóstico. En Chile Gellona V et al. (2005), realizaron un estudio en el cual se aplicó el inventario de Beck a adolescentes de 12 a 18 años encontrando como resultado una prevalencia de 13.8% de adolescentes con síntomas depresivos. En México, se encontró prevalencia de sintomatología de 27% en adolescentes estudiantes de nivel superior (Rivera-Rivera et al., 2015). La prevalencia de la sintomatología depresiva en los adolescentes de 10 a 19 años encontrada en

el presente trabajo es de 6.1%. Esta prevalencia se asemeja a las presentadas por Costello et al. (2003) y Jauregizar et al. (2015). Sin embargo, sus trabajos reportaron presencia de un trastorno afectivo y en cuanto a la sintomatología depresiva la prevalencia es más baja que los resultados de trabajos que miden solo sintomatología. Es importante considerar que las diferencias en los resultados están influenciadas, además de los contextos geográfico de desarrollo del adolescente, por los instrumentos de medición utilizados, mismos que de acuerdo a su construcción miden prevalencia de depresión, depresión mayor, sintomatología depresiva o la presencia de cualquier trastorno del estado de ánimo.

Dentro de las áreas de análisis de esta investigación, se exploró la posible diferencia en la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva entre adolescentes indígenas y no indígenas. Anteriormente se hizo alusión a la falta de literatura sobre la prevalencia de dichos problemas de salud mental en la población indígena de México. La mayor parte de los datos existentes provienen de trabajos realizados en países de ingresos altos, las cuales generalmente encuentran que la prevalencia de estas condiciones de salud mental es mayor en los adolescentes indígenas.

Así, estudios en Estados Unidos y Canadá han encontrado que los problemas de consumo de sustancias como alcohol y tabaco, así como los relacionados con el estado de ánimo presentan mayor incidencia en los adolescentes indígenas en comparación con sus pares no indígenas (Antonio & Chung-Do, 2015; Gracey & King, 2009; Lowe et al., 2012). El trabajo realizado por Stanley et al. (2014), reportó que para los adolescentes de octavo grado en Estados Unidos (aproximadamente entre 13 y 14 años de edad) se encontraron diferencias significativas de consumo de alcohol entre adolescentes indígenas (40.9%) y las tasas nacionales de consumo (28.8%). En cambio, en la presente investigación se encontró que, mientras la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes indígenas entre 10 y 19 años en México en 2018 fue de 13.6%, para los adolescentes no indígenas la prevalencia fue de 22.1%. Estas diferencias son significativas y contrarias a lo señalado en las investigaciones de países de altos ingresos.

De manera similar, datos reportados en estudios realizados en países de ingresos altos sugieren que la población indígena tiene mayor prevalencia de consumo de tabaco que los no indígenas o que las tasas nacionales de consumo. Investigaciones realizadas en Canadá y Australia han encontrado que la prevalencia de consumo de tabaco es significativamente mayor en

adolescentes indígenas que sus pares no indígenas (Elton-Marshall et al., 2013; Heris et al., 2021). De igual manera en Colombia, un estudio realizado en estudiantes adolescentes de jornada semipresencial y nocturna entre los 10 a 19 años en el territorio indígena (Inírida, municipio de la Amazonía colombiana) en el cual se aplicó la Encuesta CICAD/SIDUC arrojó que el consumo de sustancias en esta población, incluido el tabaco, fue mayor a las tasas nacionales de consumo ya que se encontró prevalencia de consumo de cigarro de 28.0% mientras que la nacional fue de 8.0% (Pedroza-Buitrago et al., 2020). En México existen trabajos en los que se estudia los factores asociados al consumo de tabaco en población rural en contraste con urbana, o en los que se explora la prevalencia de consumo en zonas suburbanas (González-Bautista et al., 2019; Ozer & Fernald, 2008; Reddy-Jacobs et al., 2006). Sin embargo, es difícil encontrar trabajos en los que se establezcan diferencias en la prevalencia de consumo entre población adolescente indígena y no indígena. Tomando como referencia los datos encontrados en investigaciones de países de ingresos altos, en esta investigación no se encuentran los resultados señalados por dichos estudios, ya que para los adolescentes indígenas de 10 a 19 años en México se encontró una prevalencia de consumo de alcohol de 5.5% y para los adolescentes no indígenas de 5.7%.

Por último, en cuanto a las diferencias de prevalencia de sintomatología depresiva entre adolescentes indígenas y no indígenas, el presente trabajo encontró que los adolescentes indígenas de 10 a 19 años presentan prevalencia de 4.9% en comparación con los no indígenas los cuales presentan 6.2% de prevalencia en sintomatología depresiva. En este caso es importante señalar que, aunque el porcentaje es mayor en los adolescentes no indígenas, esta diferencia no es estadísticamente significativa. En países de ingresos altos de manera general se ha documentado que los trastornos del estado de ánimo presentan mayor incidencia entre la población indígena (Antonio & Chung-Do, 2015; Gracey & King, 2009; Lowe et al., 2012). Estudios realizados en Estados Unidos muestran que los adolescentes nativos americanos presentan mayor prevalencia de sintomatología depresiva que sus pares no indígenas, identificado a través de la CES-D y de la encuesta *Health Behavior in School Children Study* (Kubik et al., 2003; Saluja et al., 2004). Es difícil contrastar los resultados obtenidos en esta investigación con la literatura explorada ya que las edades estudiadas, así como los métodos de medición son diversos. Por otra parte, existen aún muy pocos estudios que realizan una revisión desagregada entre adolescentes indígenas y no indígenas, aun siendo los trastornos del

estado de ánimo uno de los principales problemas de salud mental entre esta población. Tomando en consideración los trabajos explorados, los resultados encontrados en este trabajo no concuerdan con lo establecido en literatura de países de ingresos altos en los cuales se expresa que estos trastornos son mayores en indígenas.

#### 4.3 Factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva

En esta investigación se analizó la asociación entre problemas de salud mental, y variables señaladas como determinantes sociales y concernientes a la violencia estructural, las cuales fueron: sexo, edad, nivel socioeconómico, asistencia escolar, tipo de localidad y región, así como etnicidad.

Los datos arrojados referentes al consumo de alcohol, muestran similitud de factores asociados al consumo encontrados en otras investigaciones. Se encontró que, entre los adolescentes, los hombres tienen mayor probabilidad de consumir alcohol, y a mayor edad hay mayor probabilidad de consumo. Estos hallazgos concuerdan con los de otras investigaciones (Benjet et al., 2009; Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017; Instituto Nacional De Salud Pública, 2020; Ozer & Fernald, 2008; World Health Organization, 2018). Por otra parte, se encontró que los adolescentes que continúan estudiando tienen menor probabilidad de consumo de alcohol, coincidiendo con distintos estudios en los que se ha documentado relación entre el consumo de alcohol y el rendimiento escolar, así como que el consumo de alcohol en adolescentes incide en la deserción escolar (Blanco et al., 2015; Rivera, 2006). Se encontró también que a mayor nivel socioeconómico mayor prevalencia de consumo de alcohol, como se ha reportado en diferentes investigaciones (Geckova et al., 2002; Hanson & Chen, 2007; Lowry et al., 1996; Obradors-Rial et al., 2014; Richter et al., 2006). Muchos de los adolescentes con deserción escolar se encuentran trabajando por lo que podrían tener mayor acceso a la compra de alcohol, aunado a las capacidades económicas del núcleo familiar en el que se desarrolla. Concerniente a la etnicidad se encontró que la probabilidad de consumo en adolescentes indígenas es menor que en los no indígenas, lo que como se mencionó es contrario a lo reportado por la mayoría de los estudios. Como resultado global se encuentra que la mayor prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de 10 a 19 años en México se encuentra asociada a ser hombre, a etapas avanzadas de la adolescencia, niveles socioeconómicos más



altos, abandono escolar, vivir en la región del centro de México y no ser indígena. En cuanto al consumo de tabaco, en los resultados de esta investigación se destaca que los hombres tienen mayor probabilidad de consumir tabaco, así como los adolescentes de edades más avanzadas e igualmente quienes no asisten a la escuela. El resultado de la asociación significativa con estos factores concuerdan con diversos estudios (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017; González-Bautista et al., 2019; Ozer & Fernald, 2008; Reddy-Jacobs et al., 2006; van Gameren & Ortiz Fuentes, 2016). Contrario a la literatura de países como Australia y Canadá, los cuales han identificado en algunos sus estudios que el consumo de tabaco es mayor en la población indígena (Elton-Marshall et al., 2013; Heris et al., 2021) los resultados de este análisis sugieren que no existe asociación significativa para el consumo de tabaco de acuerdo a la etnicidad.

Los datos resultantes de esta investigación muestran que las mujeres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva que los hombres, de igual manera se encontró que a mayor edad aumenta la probabilidad de aparición de estos síntomas. Estos datos son consistentes con múltiples investigaciones realizadas en donde se han encontrado dichas asociaciones (Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, et al., 2009; Benjet et al., 2012; Costello et al., 2003; Gellona V et al., 2005; OMS, 2021; Rivera-Rivera et al., 2015). En lo que respecta a la asociación encontrada con la asistencia escolar se muestran diferencias con datos que sostienen que los adolescentes que asisten a una institución educativa tienen menor prevalencia de sintomatología depresiva (Benjet et al., 2012), ya que en la presente investigación se observa que los adolescentes que asisten a la escuela tienen mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva. Estas diferencias podrían relacionarse con la falta de habilidades para enfrentar situaciones estresantes en el entorno escolar. De igual manera considerar que la mayoría de los resultados de las investigaciones están realizadas solo en adolescentes escolarizados. Existe, de igual manera, discrepancia con datos encontrados en diversas investigaciones las cuales refieren que la población habitante de áreas rurales presenta mayor prevalencia de sintomatología depresiva en comparación con quienes viven en áreas rurales (Mojs et al., 2012; Probst et al., 2006; Puentes-Rosas et al., 2005). Sin embargo, el trabajo realizado por Provencal Estarellas (2013) encuentra que la prevalencia de depresión es menor en entornos rurales y sugiere que una posible explicación de la mayor prevalencia en zonas urbanas es debido a la globalización. Este último trabajo es consistente con los resultados

obtenidos en la presente investigación. Por último, la sintomatología depresiva no mostró asociación significativa con la etnicidad. Este resultado es contrario a lo expuesto por trabajos realizados en Estados Unidos y Canadá, en donde se encontró que la prevalencia es mayor en la población indígena en comparación con los no indígenas (Hasin et al., 2005; Hop Wo et al., 2020; Martinez & Armenta, 2020; Whitbeck et al., 2009).

#### 4.4 Diferencias en factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva entre adolescentes indígenas y no indígenas

Al realizar el análisis desagregando por adolescentes indígenas y no indígenas se identifica la diferencia de los factores asociados a problemas de salud mental para cada grupo.

En primer lugar, en los adolescentes indígenas no se encontró asociación significativa entre el consumo de alcohol y las variables independientes, con excepción de las variables sexo y edad. Debe considerarse que el tamaño de muestra de la población indígena adolescente es pequeña por lo que puede ser una limitante para establecer posibles asociaciones. Sin embargo, destaca en el análisis estratificado que la asociación entre el consumo de alcohol y el nivel socioeconómico tiene dirección contraria entre los grupos de etnicidad. Los datos de adolescentes no indígenas muestran consistencia con la literatura previamente revisada, en donde se establece que a mayor nivel socioeconómico mayor probabilidad de consumo. Sin embargo, en la población indígena los datos muestran lo contrario, presentando mayor probabilidad de consumo en los niveles más bajos.

En cuanto a los factores asociados al consumo de tabaco, la asociación con el nivel socioeconómico es estadísticamente significativa en el caso de los adolescentes indígenas, en el caso de los adolescentes no indígenas no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con este factor. En el presente estudio se encontró que cuando se analizan los factores de riesgo para los adolescentes indígenas, se observa que la probabilidad de consumo es mayor en los terciles más bajos, por lo que la asociación es distinta a lo que se ha documentado en diversas investigaciones en las cuales se sugieren que el consumo de tabaco es mayor en niveles socioeconómicos más altos.

En cuanto a la presencia de sintomatología depresiva, no se observaron diferencias en los factores asociados entre los adolescentes indígenas y no indígenas.

Las diferencias resaltadas entre adolescentes indígenas y no indígenas evidencian la importancia de desarrollar investigaciones que permitan obtener datos específicos para cada población. Aunque algunos de los factores asociados a los problemas de salud mental coinciden en los dos grupos, existen importantes discrepancias en las direcciones de las asociaciones, así como en el impacto de los factores en cada uno de los grupos. Los resultados de los adolescentes no indígenas son mayormente consistentes con la literatura previa que explora estas condiciones, sin embargo, parece que para los adolescentes indígenas existen asociaciones diferentes con respecto a estos problemas de salud mental.

#### 4.5 Fortalezas y limitaciones

Tomando en consideración que esta investigación se realizó con datos de la ENSANUT 2018, se puede considerar como una fortaleza la representatividad que tienen los datos de la encuesta. Sin embargo, una limitación importante es el tamaño de muestra de la población indígena. Debido a que la ENSANUT 2018 solo cuenta con la variable de *hablante de lengua indígena*, son los datos de esta variable con los que se estableció para esta investigación si el adolescente se consideraba indígena o no indígena para el análisis, dando como resultado una muestra pequeña de los adolescentes indígenas. Debido a que el número de adolescentes indígenas hablantes de lengua indígena es considerablemente menor sería necesario realizar encuestas en las que se considere la autoadscripción indígena o encuestas en las cuales existiera sobre representación de esta población con el objetivo de construir un mejor análisis. Por lo cual se sugiere para futuras investigaciones continuar con la realización de análisis en los que sea posible tomar en consideración la autoadscripción indígena.

Otra limitante es el tipo de variables que brinda la encuesta utilizada. Aunque a través de las variables para este estudio se construyó un análisis que aporta datos importantes sobre los problemas de salud mental en la población indígena, no se cuenta con variables que puedan explicar de una manera más completa los resultados encontrados. Las sugerencias para futuras líneas de investigación concernientes a este punto se relacionan con la importancia de realizar estudios cuantitativos con variables que permitan conocer los mecanismos de la relación entre el consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva en adolescentes indígenas a través

de encuestas con información sobre migración, composición familiar, prácticas de crianza, prácticas de salud, entre diversas variables sobre la población indígena.

De igual manera, se sugiere como línea de investigación futura la realización de trabajos de tipo cualitativo que permitan entender, y a la vez complementar la información cuantitativa, el porqué de las diferencias encontradas con la literatura internacional en la se sugiere que los adolescentes indígenas presentan mayor prevalencia de los problemas de salud mental analizados en este trabajo.

#### 4.6 Consideraciones finales

Como se ha revisado a través del presente trabajo, la salud mental influye en el bienestar tanto emocional, como psicológico y social. Los problemas relacionados a estas áreas pueden presentar diversas manifestaciones causando consecuencias en todas las áreas del desarrollo. La adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de afrontamiento ante situaciones estresantes, mismos que tendrán influencia en la salud durante todo el ciclo de vida. Es importante identificar los factores asociados a los problemas de salud mental que permitan establecer estrategias para atender estos riesgos. De igual manera, es vital para el éxito en la implementación de estrategias de promoción de la salud mental el adaptarlas tomando en cuenta la diversidad cultural, comprendiendo los factores de riesgo y protección para cada población. En el caso de este estudio se dio prioridad a identificar las diferencias de los factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y presencia de sintomatología entre adolescentes indígenas y no indígenas, como uno de los objetivos para contribuir al cuerpo de conocimiento sobre este tema.

Como resultado final de esta investigación se cumplió con el objetivo de identificar la prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología, así como las diferencias de estos problemas de salud mental en indígenas y no indígenas. Contrario a la literatura establecida en países de alto ingreso, se encontró que los adolescentes indígenas en México no presentan diferencias significativas en el consumo de tabaco y sintomatología depresiva. Se encuentran diferencias en el consumo de alcohol, pero la prevalencia es más alta en adolescentes no indígenas.

Si bien los factores asociados presentan en general similitud con investigaciones previas, es insuficiente la información que existe sobre los problemas de salud mental en los adolescentes indígenas ya que la literatura se enfoca de manera general en adolescentes no indígenas. Antonio & Chung-Do (2015), hacen hincapié en que la falta de información, así como la escasez de intervenciones pueden ser un reflejo de la diferencia en las prioridades en cuanto a las políticas públicas de salud que ponen en prioridad la salud mental de la población adolescente no indígena, situando sistemáticamente a los adolescentes indígenas en situaciones de desventaja social. Son pocos los trabajos que existen en los cuales se realiza una comparación entre los dos grupos de adolescentes por lo que se dificulta la creación de estrategias de prevención y atención que sean incluyentes y apropiadas culturalmente.

México es uno de los países de América latina con mayor proporción de población indígena, por lo cual es de suma relevancia robustecer la literatura que permita comprender los mecanismos que ponen en riesgo o proveen protección a este grupo de adolescentes. Estrategias adoptadas de manera general no tendrán el mismo impacto en las distintas poblaciones en México. De tal manera es importante que las políticas públicas estén encaminadas a garantizar programas de prevención y atención de problemas de salud mental en adolescentes indígenas basadas en su contexto y necesidades.

Es trascendental la participación activa de la población indígena en la creación de información y de políticas que consideren las implicaciones de estos problemas de salud mental en sus comunidades. De igual manera, otro factor esencial es el contar con disponibilidad de material y personal que sea capaz de proveer información y atención en las diversas lenguas indígenas.

Para finalizar, esta investigación aporta datos relevantes que contribuyen al limitado cuerpo de investigación en el cual se visibilizan las diferencias en la prevalencia y factores asociados a los problemas de salud mental entre adolescentes indígenas y no indígenas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, L., & Ribotta, B. (2022). *Visibilidad estadística y mecanismos participativos de los pueblos indígenas en América Latina: Avances y desafíos*. CEPAL. Documentos de Proyectos.
- Anderson, C. L., Becher, H., & Winkler, V. (2016). Tobacco Control Progress in Low and Middle Income Countries in Comparison to High Income Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(10), 1039. PubMed. <https://doi.org/10.3390/ijerph13101039>
- Antona, A., Madrid, J., & Aláez, M. (2003). *Adolescencia y salud*. 23(84). <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1054>
- Antonio, M., & Chung-Do, J. (2015a). Systematic Review of Interventions Focusing on Indigenous Adolescent Mental Health and Substance Use. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online)*, 22, 36–56. <https://doi.org/10.5820/aian.2203.2015.36>
- Antonio, M., & Chung-Do, J. (2015b). Systematic Review of Interventions Focusing on Indigenous Adolescent Mental Health and Substance Use. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 22, 36–56. <https://doi.org/10.5820/aian.2203.2015.36>
- APA. (2010). Cambie de opinión acerca de la salud mental. *Salud MEntal*. <https://www.apa.org/topics/mental-health/cambie#:~:text=Introducción-,Salud%20mental,con%20amigos%20y%20otras%20personas>.
- Arillo-Santillan, E., Lazcano-Ponce, E., Hernandez-Avila, M., Fernández, E., Allen, B., Valdes, R., & Samet, J. (2005). Associations between individual and contextual factors and smoking in 13,293 Mexican students. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 41–51.
- Bausela Herreras, E. (2005). SPSS: un instrumento de análisis de datos cuantitativos. *Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales*, 2(4), 62–69.

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C., Méndez, E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México. In *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 32(2), 155–163.
- Benjet, C., Hernández, D., Borges, G., Méndez, E., Medina-Mora, M., & Aguilar-Gaxiola, S. (2012). Youth who neither study nor work: Mental health, education and employment. *Salud Pública de México*, 54, 410–417. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342012000400011>
- Blanco, M., Jinez, M., Ortiz, M., Pérez, M. del C., & Rosas, E. (2015). Factores de riesgo para consumo de alcohol en adolescentes de telesecundaria en San Luis Potosí. *Tlatemoani: Revista Académica de Investigación*, 116–129.
- Bojorquez Chapela, I., & Salgado de Snyder, N. (2009). *Características psicométricas de la Escala Center or Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana* (No. 4). 32(4), 299–307.
- Bourdieu, P. (1990). La juventud no es más que una palabra. In *Sociología y cultura* (pp. 163–173). Grijalbo/CONACULTA.
- Caballero González, E., Moreno Gelis, M., Sosa Cruz, M. E., Mitchell Figueroa, E., Vega Hernández, M., & Columbié Pérez, L. de A. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *INFODIR*, 8(15).
- CDSS. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Organización Mundial de La Salud*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022a). Underage Drinking. *Alcohol and Public Health*. <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/underage-drinking.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022b). Youth and Tobacco Use. *Smoking & Tobacco Use. Data and Statistics*. [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/youth\\_data/tobacco\\_use/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm)
- CEPAL & OPS. (2011a). *Salud de la población indígena en América Latina. Un panorama general*. Naciones Unidas.
- CEPAL, & OPS. (2011b). *Salud de la población indígena en América Latina. Un panorama general*. Naciones Unidas.
- Cevallos, L., Valencia, N., & Barros, R. (2017). *Análisis Estadístico Univariado* (Primera edición). Grupo Compás- Universidad de Guayaquil.
- Collins, S. E., & Kirouac, M. (2013). Alcohol Consumption. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 61–65). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_626](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_626)
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017* (p. 190). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, (CDI). (2017). *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2015*. Gobierno de México. Coordinación General de Planeación y Evaluación. <https://www.gob.mx/inpi/articulos/indicadores-socioeconomicos-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-2015-116128>
- Consejo Nacional de Población, C. (2016). *Infografía de la población indígena, 2015*. Consejo Nacional de Población. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/infografia-de-la-poblacion-indigena-2015>



- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60(8), 837–844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama-Valdivia, J., & López, L. (2021). Estudios transversales. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 179–185. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
- Díaz Sánchez, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 11(29), 432–457.
- Domínguez, E., & Aldana, D. (2001). Regresión logística. Un ejemplo de su uso en Endocrinología. *Revista Cubana de Endocrinología*, 12(1), 58–64.
- Elton-Marshall, T., Leatherdale, S. T., Burkhalter, R., & Brown, K. S. (2013). Changes in Tobacco Use, Susceptibility to Future Smoking, and Quit Attempts among Canadian Youth over Time: A Comparison of Off-Reserve Aboriginal and Non-Aboriginal Youth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(2), 729–741. <https://doi.org/10.3390/ijerph10020729>
- Farmer, P. (1996). On Suffering and Structural Violence: A View from Below. *Daedalus*, 125(1), 251–283.
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *International Peace and Research Institute*, 167–191.
- Geckova, A., van Dijk, J. P., Groothoff, J. W., & Post, D. (2002). Socio-economic differences in health risk behaviour and attitudes towards health risk behaviour among Slovak adolescents. *Sozial- Und Präventivmedizin*, 47(4), 233–239. <https://doi.org/10.1007/BF01326404>
- Gellona V, J., Zarraonandia A., A., Muñoz C., R., & Flores F., M. (2005). Prevalencia de síntomas depresivos en escolares adolescentes de dos colegios del sector oriente de Santiago. *Psiquiatr. Salud Ment*, 22(1), 93–99.

- Gentzke, A., Wang, T., Cornelius, M., Park-Lee, E., Ren, C., Sawdey, M., Cullen, K., Loretan, C., Jamal, A., & Homa, D. M. (2022). Tobacco Product Use and Associated Factors Among Middle and High School Students—National Youth Tobacco Survey, United States, 2021. *Centers of Disease Control and Prevention*, 71(No. SS-5), 1–29. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7105a1>
- González-Bautista, E., Zavala, L., Leyva, A., Natera-Rey, G., & Reynales-Shigematsu, L. (2019). Factores sociales asociados con el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes mexicanos de poblaciones menores a 100 000 habitantes. *Salud Pública de México*, 61, 764. <https://doi.org/10.21149/10563>
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *Lancet*, 374(9683), 65–75. [https://doi.org/doi:10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/doi:10.1016/S0140-6736(09)60914-4)
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00303.x>
- Hanson, M. D., & Chen, E. (2007). Socioeconomic Status and Substance Use Behaviors in Adolescents: The Role of Family Resources versus Family Social Status. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 32–35. <https://doi.org/10.1177/1359105306069073>
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1097–1106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Heris, C., Guerin, N., Thomas, D., Chamberlain, C., Eades, S., & White, V. M. (2021). Smoking behaviors and other substance use among Indigenous and non-Indigenous Australian secondary students, 2017. *Drug and Alcohol Review*, 40(1), 58–67. <https://doi.org/10.1111/dar.13130>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill.

- Hop Wo, N. K., Anderson, K. K., Wylie, L., & MacDougall, A. (2020). The prevalence of distress, depression, anxiety, and substance use issues among Indigenous post-secondary students in Canada. *Transcultural Psychiatry*, 57(2), 263–274. <https://doi.org/10.1177/1363461519861824>
- IGNOU. (2017). *Structural Violence*. IGNOU. <http://egyankosh.ac.in/handle/123456789/63446>
- INEGI. (2020a). *Censo de Población y Vivienda 2020*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- INEGI. (2020b). *Presentación de resultados. Estados Unidos Mexicanos*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Documentacion>
- INEGI-INSP. (2019a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 Ensanut. Diseño Conceptual*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
- INEGI-INSP. (2019b). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 Ensanut. Diseño conceptual*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/>
- Instituto Nacional De Salud Pública. (2020). *El consumo excesivo de alcohol en adolescentes*. <https://www.insp.mx/avisos/el-consumo-excesivo-de-alcohol-en-adolescente>
- Jauregizar, J., Bernarás, E., Soroa, M., Sarasa, M., & Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, 245–264.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

- Kubik, M., Lytle, L., Birnbaum, A., Murray, D., & Perry, C. (2003). Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms in Young Adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 27, 546–553. <https://doi.org/10.5993/AJHB.27.5.6>
- La Parra, D., & Tortosa, J. M. (2003). Violencia estructural: Una ilustración del concepto. *Documentación Social*, 131(3), 57–72.
- Leone, A., Landini, L., & Leone, A. (2010). What is tobacco smoke? Sociocultural dimensions of the association with cardiovascular risk. *Current Pharmaceutical Design*, 16(23), 2510–2517. <https://doi.org/10.2174/138161210792062948>
- López-Roldán, P., & Fachelli, S. (2015). Análisis de regresión logística. In *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Universitat Autònoma de Barcelona. [https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163570/metinvsocua\\_a2016\\_cap3-10.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163570/metinvsocua_a2016_cap3-10.pdf)
- Lowe, J., Liang, H., Riggs, C., Henson, J., & Elder, T. (2012). Community Partnership to Affect Substance Abuse among Native American Adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38, 450–455. <https://doi.org/10.3109/00952990.2012.694534>
- Lowry, R., Kann, L., Collins, J. L., & Kolbe, L. J. (1996). The Effect of Socioeconomic Status on Chronic Disease Risk Behaviors Among US Adolescents. *JAMA*, 276(10), 792–797. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540100036025>
- Martinez, M., & Armenta, B. (2020). *Trajectories of Depressive Symptoms Among North American Indigenous Adolescents: Considering Predictors and Outcomes* (No. 13). 91(13), 932–948. <https://doi.org/10.1111/cdev.13268>
- Minitab, LLC. (2021). *Coefficients for Binary Logistic Regression*. <https://www.minitab.com>
- Mojs, E., Warchol-Biedermann, K., Glowacka, M. D., Strzelecki, W., Ziemska, B., & Marcinkowski, J. T. (2012). Are students prone to depression and suicidal thoughts? Assessment of the risk of depression in university students from rural and urban areas. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(4).

- Obradors-Rial, N., Ariza, C., & Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: Diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria*, 28, 381–385.
- OMS. (2018). Alcohol. Cifras y datos. *Organización Mundial de La Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- OMS. (2021). Salud mental en adolescentes. Datos y cifras. *Organización Mundial de La Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- OMS. (2022a). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. (p. 28).
- OMS. (2022b). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. *OMS. Notas Descriptivas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OPS. (2012). Salud en las Américas. In *Determinantes e Inequidades en Salud* (2012th ed.). Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2018). Disminuye el consumo de tabaco, pero se debe hacer más para proteger a las personas y reducir las muertes por enfermedades cardíacas que generan fumar y la exposición a su humo. *Organización Panamericana de Salud*. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14398:new-report-shows-tobacco-use-is-falling-but-more-needed-to-protect-people-from-heart-diseases-and-other-noncommunicable-diseases&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14398:new-report-shows-tobacco-use-is-falling-but-more-needed-to-protect-people-from-heart-diseases-and-other-noncommunicable-diseases&Itemid=1926&lang=es)
- OPS/OMS. (2012). *Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS). Antecedentes, Propósito y Metodología*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2012-GSHS-Background-Methodology-Sp.pdf>
- OPS/OMS. (2018). Disminuye el consumo de tabaco, pero se debe hacer más para proteger a las personas y reducir las muertes por enfermedades cardíacas que generan fumar y la exposición a su humo. *Organización Mundial de La Salud*.

- <https://www.who.int/es/news/item/16-11-2021-tobacco-use-falling-who-urges-countries-to-invest-in-helping-more-people-to-quit-tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *MpGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental*.  
[https://www.who.int/mental\\_health/publications/9789242596205/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental* -.
- Ozer, E. J., & Fernald, L. C. H. (2008). Alcohol and Tobacco Use Among Rural Mexican Adolescents: Individual, Familial, and Community Level Factors. *Journal of Adolescent Health, 43*(5), 498–505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.04.014>
- PAHO. (2022). *Global School-Based Student Health Survey Results Tool*.  
<https://www.paho.org/en/enlace/global-school-based-student-health-survey-results-tool>
- Papalia, D. E., Wendlos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2009). Desarrollo físico y salud en la adolescencia. In *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. (Undécima edición, pp. 458–485). McGraw-Hill.
- Pedroza-Buitrago, A., Pulido-Reynel, A., Ardila-Sierra, A., Villa-Roel, S. M., Gonzalez, P., Niño, L., & Piñeros, C. (2020). Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas de los adolescentes de un territorio indígena en la Amazonía colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 49*, 246–254.
- Probst, J. C., Laditka, S. B., Moore, C. G., Harun, N., Powell, M. P., & Baxley, E. G. (2006). Rural-urban differences in depression prevalence: Implications for family medicine. *Family Medicine-Kansas City-, 38*(9), 653.
- Provencal Estarellas, M. L. (2013). *Depresión en la vida urbana y en la vida rural* [Universitat de les Illes Balears]. <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/104?show=full>

- Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., Lozano, R., & Belló, M. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), S4–S11. Redalyc.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Ramírez, R., Arbesú, J., Arrieta, E., López, S., & Casquero, R. (2016). *Promoción de la salud: Promoción de la salud mental*. 42(2), 73–74. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.semerg.2016.01.010>
- Reddy-Jacobs, C., Téllez-Rojo, M. Ma., Meneses-González, F., Campuzano-Rincón, J., & Hernández-Ávila, M. (2006). Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. *Salud Pública de México*, 48(1), 83–90.
- Richter, M., Leppin, A., & Nic Gabhainn, S. (2006). The relationship between parental socioeconomic status and episodes of drunkenness among adolescents: Findings from a cross-national survey. *BMC Public Health*, 6(1), 289. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-289>
- Rivera, C. (2006). El alcohol incide en la deserción escolar. *Comunicación y Medios Para El Desarrollo de América Latina y El Caribe*. <https://www.comminit.com/la/node/264939>
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcu, B., Leyva-López, A., & de Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 219–226.
- Romero, M. (2012). *Guía para el análisis de la ENSANUT 2012*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/seminario/T0101.pdf>
- Romo, F., & Patiño, L. R. (2017). Ciclo vital y salud mental. In *Salud Mental y Medicina Psicológica*. (pp. 67–78). McGraw-Hill.

- Rúa Martínez, L. H. (2003). *Acciones de promoción y prevención en salud mental: Una experiencia desde el plan de atención básica de Bogotá, 2002-2003*. 32(1), 37–46. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32s1/v32s1a05.pdf>
- Salcedo, C. (2002). *Modelo de regresión logística*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/basic/salcedo\\_pc/enPDF/cap2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/basic/salcedo_pc/enPDF/cap2.pdf).
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, I., Téllez-Rojo, M. Ma., Franco-Núñez, A., Gutierrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2013). Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública de México*, 55, 267–274. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000400004&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000400004&nrm=iso)
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 760–765.
- Schoenbach, V., & Rosamond, W. (2001). *Multicausality. Analysis approaches*. [www.epidemiolog.net](http://www.epidemiolog.net)
- Seoane, T., Martín, J. L. R., Martín-Sánchez, E., Lurueña-Segovia, S., & Alonso Moreno, F. J. (2007). Capítulo 7: Estadística: Estadística Descriptiva y Estadística Inferencial. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 33(9), 466–471. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(07\)73945-X](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(07)73945-X)
- Shannon, G. D., Motta, A., Cáceres, C. F., Skordis-Worran, J., Bowie, D., & Prost, A. (2017). ¿Somos iguales? Using a structural violence framework to understand gender and health inequities from an intersectional perspective in the Peruvian Amazon. *Global Health Action*, 10(2), 42–54. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1330458>
- Solar, o, & Irwin, A. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *WHO. Commission on Social Determinants of Health*.



- Stanley, L. R., Harness, S. D., Swaim, R. C., & Beauvais, F. (2014). Rates of substance use of American Indian students in 8th, 10th, and 12th grades living on or near reservations: Update, 2009-2012. *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, 129(2), 156–163. PubMed. <https://doi.org/10.1177/003335491412900209>
- Tamayo, G. (2015). Diseños muestrales en la investigación. *Semestre Económico*, 4(7), 1–14.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Torres-Parodi, C., & Bolis, M. (2007). Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(6), 405–416.
- UNICEF & CIESAS. (2012). *Panorama de la Adolescencia Indígena en México desde una Perspectiva de Derechos*. (p. 25). <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/01/unicef-panorama-adolescencia-indigenas-mexico-derechos.pdf>
- Valdés-Salgado, R., Hernández Avila, M., & Sepúlveda Amor, J. (2002). El consumo de tabaco en la Región Americana: Elementos para un programa de acción. *Salud Pública de México*, 44, 125–135.
- van Gameren, E., & Ortiz Fuentes, G. (2016). La relación entre consumo de tabaco y asistencia escolar en México. *Sobre México Temas de Economía*, 1. [https://sobremexico-revista.iberomexico.mx/index.php/Revista\\_Sobre\\_Mexico/article/view/22](https://sobremexico-revista.iberomexico.mx/index.php/Revista_Sobre_Mexico/article/view/22)
- Villatoro Velázquez, J. A., Medina-Mora Icaza, Ma. E., Hernández Valdés, M., Fleiz Bautista, C. M., Amador Buenabad, N. G., & Bermúdez Lozano, P. (2005). La Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud mental*, 28(1), 38–51.
- Whitbeck, L. B., Yu, M., McChargue, D. E., & Crawford, D. M. (2009). Depressive symptoms, gender, and growth in cigarette smoking among indigenous adolescents. *Addictive Behaviors*, 34(5), 421–426. PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.12.009>

- Whittington, R., McGuire, J., & Peres, M. (2020). Structural Violence: Social and Political Factors in Understanding Violence. In *Violence Rewired* (pp. 124–138). Cambridge University Press.
- WHO. (2010a). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *World Health Organization*. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- WHO. (2010b). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- WHO. (2018a). Global status report on alcohol and health 2018. *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- WHO. (2018b). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- WHO. (2021). Tobacco. Key facts. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

La autora es Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Baja California con mención honorífica. Ha colaborado en programas de intervención social, psicoeducación y promoción de la salud mental. Egresada de la Maestría en Estudios de Población de El Colegio de la Frontera Norte.

Correo electrónico: [monica@alvarezaguilar.com](mailto:monica@alvarezaguilar.com)

*© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.*

Forma de citar:

Álvarez Aguilar, Mónica N. (2022). “Salud mental en adolescentes indígenas y no indígenas en México. Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva”. Tesis de Maestría en Estudios de Población. El Colegio de la Frontera Norte. 76 pp.