



**El Colegio  
de la Frontera  
Norte**

**EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES  
EN BAJA CALIFORNIA.  
UNA PERSPECTIVA DESDE LOS DETERMINANTES  
SOCIALES DE LA SALUD**

Tesis presentada por

**Iraís Salazar Páez**

para obtener el grado de

**MAESTRA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

Tijuana, B. C., México  
2012

# CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis:

\_\_\_\_\_   
 Dra. Silvia Mejía Arango

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## *AGRADECIMIENTOS*

Agradezco a Silvia Mejía Arango por la dirección de este trabajo, su disposición e interés siempre motivaron mi aprendizaje y el gusto por la investigación.

Quiero agradecer la guía de cada uno de mis profesores, en especial a Ietza Bojórquez Chapela y Olga Odgers Ortiz quienes siempre se mostraron dispuestas a compartir y alentar mi trabajo.

También agradezco a los lectores de tesis, Redi Gomis Hernández y Pablo Jesús González Reyes quienes con sus observaciones, sugerencias y comentarios enriquecieron esta investigación.

Gracias a Marie-Laure Coubès y a Elmyra Ibáñez Zepeda por brindarme la oportunidad de estar aquí. Gracias a Alma Esperanza Guerra Loya por todo su apoyo.

Agradezco a El Colegio de la Frontera Norte y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la oportunidad otorgada para la realización de mis estudios y la conclusión de esta investigación.

# Índice

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
Preguntas y objetivos de la investigación .....	3
Hipótesis.....	4
Estructura del documento.....	4
<b>CAPÍTULO I. Marco conceptual y antecedentes del problema de investigación</b> .....	5
1.1. Determinantes Sociales de la Salud y uso de drogas. Marco conceptual .....	6
1.2. Determinantes estructurales, intermedios e individuales de la salud. Antecedentes del problema de investigación .....	14
1.2.1. Determinantes estructurales de la salud .....	15
i) Posición socioeconómica .....	15
1.2.2. Determinantes intermedios de la salud .....	19
i) Contexto local .....	19
ii) Red de pares .....	21
iii) Red familiar .....	22
iv) Conductas de riesgo .....	23
1.2.3. Determinantes individuales.....	24
<b>CAPÍTULO II. Materiales y métodos.....</b>	<b>26</b>
2.1. Población objeto de estudio .....	27
2.2. Selección de variables.....	28
2.3. Análisis de la información .....	33
<b>CAPÍTULO III. Marco contextual y análisis de resultados .....</b>	<b>35</b>
3.1. Baja California: pieza clave para el consumo de drogas .....	35
3.2. Uso de drogas ilegales en Baja California: panorama actual.....	40
3.3. Determinantes sociales del uso de drogas. Discusión de resultados.....	50
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>62</b>



## Índice de figuras

Figura 1.1. Modelo de los determinantes sociales de la salud.....	9
Figura 1.2. Marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. ....	11
Figura 2.1. Población objeto de estudio.....	27

## Índice de tablas

Tabla 3.1. Distribución porcentual de determinantes sociales de la salud en usuarios y no usuarios de drogas ilegales en Baja California .....	45
Tabla 3.2. Resultados del análisis multivariado sobre determinantes sociales asociados al uso de drogas en el último año en la población de Baja California. ....	49

## Índice de gráficos

Gráfico 3.1. Prevalencia global, anual, actual del uso de drogas ilegales, nacional y Baja California .....	40
Gráfico 3.2. Prevalencia global, anual, actual del uso de drogas por sexo, Baja California. ....	41
Gráfico 3.3. Prevalencia global del uso de drogas ilegales por tipo de droga, nacional y Baja California.....	41
Gráfico 3.4. Pirámide de población y usuarios de drogas alguna vez en la vida, Baja California. ....	42
Gráfico 3.5. Pirámide de población y usuarios de drogas en el último año, Baja California. ....	43

## **RESUMEN**

Baja California es una de las entidades en el país que desde hace algunas décadas presenta los niveles más altos de consumo de marihuana, cocaína, metanfetaminas y heroína. La situación geográfica de esta entidad la convierte en uno de los principales puertos de entrada de drogas ilegales hacia Estados Unidos y también genera un contexto social particular definido por la dinámica transfronteriza. El objetivo central de esta investigación fue analizar los determinantes sociales del consumo de drogas ilegales en esta población, bajo la concepción de que el consumo es un fenómeno que debe ser explicado considerando factores de índole biológico y social. La principal fuente de datos fue la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo comparando al grupo de usuarios de drogas ilegales con los no usuarios. Posteriormente, mediante regresiones logísticas múltiples se calcularon razones de momios para evaluar la asociación entre los determinantes sociales seleccionados y el consumo de drogas ilegales. Se encontró que los determinantes sociales del uso de drogas ilegales en Baja California son el tipo de trabajo que desarrollan los individuos, la violencia en las comunidades, el consumo de drogas en las redes sociales más cercanas, así como el sexo y la edad.

Palabras clave: Baja California, drogas ilegales, determinantes sociales de la salud.

## **ABSTRACT**

In recent decades, Baja California has held the highest consumption level of marijuana, cocaine, methamphetamines and heroin at national level. The geographical location of this entity makes it one of the main ports of entry of illegal drugs into the United States and also generates a particular social context defined by border dynamics. The main objective of this research was to analyze the social determinants of illegal drug use in this population, under the notion that consumption is an issue to be explained by considering biological and social factors. The main data source was the National Survey of Addictions, 2008. First, a descriptive analysis was conducted to compare the group of illegal drug users with non-users. Subsequently, through multiple logistic regressions, odds ratios were calculated to assess the association between selected social determinants and illegal drug consumption. It was found that the social determinants of drug use in Baja California were the type of work developed by these individuals, community violence, drug use in immediate social networks and sex and age.

Key words: Baja California, illegal drugs, social determinants of health.

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno del consumo de drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos e inhalables) se ha considerado como un problema de salud pública, en especial por las consecuencias que a nivel individual, familiar y comunitario se manifiestan. Las consecuencias que probablemente han merecido mayor atención son las muertes por sobredosis, los accidentes, la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis y tuberculosis, algunas formas de violencia como el robo, y otras conductas de riesgo.

Además se trata de un fenómeno que en los años recientes ha ido en aumento. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 (ENA), en México, el consumo entre la población de entre 12 y 65 años de edad, se incrementó de un 4.6 por ciento observado en 2002 a 5.2 por ciento en 2008. Sin embargo, este incremento no se presenta de manera homogénea en todo el país, entre los estados con un aumento superior al promedio nacional se encuentra Baja California. La incidencia acumulada<sup>1</sup> para esta entidad es de 9.3 por ciento, precedida solamente por dos entidades, Tamaulipas y Quintana Roo que presentan una incidencia acumulada de 10.3 y 10.1 por ciento respectivamente (Conadic, 2008). Las drogas ilegales más consumidas en Baja California son mariguana, cocaína y metanfetaminas.

Baja California es una de las seis entidades federativas al norte del país que limitan con Estados Unidos de América y se caracteriza por ser un lugar donde transitan una gran cantidad de bienes y personas. La frontera México-Estados Unidos, específicamente Tijuana (Baja California)-San Diego (California) se constituye como un espacio único de interacciones sociales y económicas entre el norte y el sur que permite la formación de nuevas comunidades (Velasco & Contreras, 2011). Esta región fronteriza, que registra 350 millones de cruces legales al año, también ha sido territorio propicio para la presencia de redes de tráfico y comercio de drogas ilegales que circulan entre ambos países. En un contexto social como este resulta interesante comprender cuáles son los factores que pueden estar asociados al consumo

---

<sup>1</sup> La incidencia acumulada es la proporción de nuevos casos que se presentan en la población expuesta al riesgo y libre de la condición de estudio en un periodo de tiempo determinado (Cwikel, 2006).

de drogas ilegales en la población bajacaliforniana y en consecuencia, aportar mayores elementos de análisis en el estudio de este fenómeno.

El consumo de drogas ilegales ha sido estudiado desde diferentes perspectivas teóricas y diversas disciplinas han aportado conocimiento útil para su mayor y mejor comprensión. La presente investigación aborda al uso de drogas como un problema de salud y se analiza a partir del marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud, que comprende a ésta como un proceso dinámico y determinado por diferentes factores de carácter biológico y social.

Desde hace unas décadas la propuesta conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud ha ganado terreno en el estudio de la salud de los individuos y poblaciones, bajo el supuesto fundamental de que las condiciones de salud dependen en gran medida de la organización social y por ende pueden ser modificadas. Los determinantes estructurales de la salud son aquellos referidos al contexto social, económico y político de la población y que delinean la jerarquía social donde se sitúan los individuos. Los determinantes intermedios de la salud hacen referencia al contexto inmediato donde se desenvuelven los individuos como la comunidad y la familia y los determinantes en el individuo hacen referencia a las características personales como lo son la edad, el sexo y los factores genéticos. Los tres niveles conforman una compleja red de relaciones que, mediante diversos mecanismos, impactan en la salud de los individuos.

El estudio del consumo de drogas ilegales a partir de la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud ofrece información útil para, en primer lugar, conocer los diferentes factores asociados al consumo en Baja California y en segundo lugar, posicionar a los determinantes sociales como una perspectiva importante dentro de los estudios de la salud pública y los estudios de población.

Para el análisis de información, la fuente de datos utilizada en este trabajo es la Encuesta Nacional de Adicciones en la última versión disponible (2008), se trata de una encuesta de hogares con representatividad nacional y estatal realizada por diversas instituciones públicas de México.

Este estudio pretende dar cuenta de la extensión del consumo de drogas ilegales en Baja California, así como de sus factores asociados.

## **Preguntas y objetivos de la investigación**

El tema del uso de drogas como problema de investigación es muy amplio y el interés de este trabajo empezó tratando de conocer aquellos factores que podrían favorecer o facilitar el consumo en la población. A partir de la revisión bibliográfica inicial, se fueron gestando las siguientes preguntas de investigación.

- i) ¿Cuáles son los factores asociados al uso de drogas en la población de Baja California?
- ii) ¿Cuál de éstos contribuye a explicar de mejor manera el uso de drogas?
- iii) ¿Es posible crear un perfil específico de los consumidores de drogas?

Para responder estas preguntas se trazaron los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Analizar los determinantes individuales y sociales asociados al consumo de drogas ilegales en la población de Baja California.

Objetivos específicos

- Identificar los determinantes que influyen para el uso de drogas entre la población bajacaliforniana.
- Identificar qué determinantes explican de mejor manera la presencia del consumo.
- Establecer factores de riesgo asociados al consumo de drogas ilegales.
- Describir las características de la población consumidora de drogas en esta entidad.

## **Hipótesis**

A partir de la revisión bibliográfica fue posible establecer las hipótesis que se contrastaron en esta investigación. Los estudios acerca del uso de drogas han reconocido que este fenómeno está multifactorialmente determinado donde participan variables pertenecientes a diversos niveles. Siguiendo esta línea, la hipótesis general es que *el consumo de drogas en Baja California, está determinado por la relación de diferentes factores presentes en el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.*

Derivadas de la hipótesis general, también se plantearon un par de hipótesis particulares. La primera, hace referencia al grado de influencia de cada uno de estos factores. Aunque es difícil predecir cuál de estos tiene mayor peso para explicar el consumo, se puede sugerir que *los factores asociados al contexto local tienen más importancia para explicar este fenómeno.*

La segunda hipótesis particular es en relación a las características de los consumidores de drogas, se propone que *existe un perfil específico de los usuarios de drogas en esta población, de tal manera que es posible distinguir grupos específicos de población que están mayormente expuestos al consumo.*

### **Estructura del documento**

Este documento está dividido en tres capítulos. El primero de ellos presenta el marco conceptual y los antecedentes del problema de investigación, en donde se desarrolla la propuesta de los Determinantes Sociales de la Salud y se retoman los resultados de diversas investigaciones sobre el consumo de drogas ilegales. El segundo capítulo describe de manera detallada la metodología que se utilizó para analizar la información, en específico, las variables utilizadas, así como las principales medidas de asociación. El tercer capítulo está dividido en dos apartados, el primero de ellos presenta un breve marco del contexto social de Baja California como el espacio donde se desarrolla el fenómeno del consumo y en el segundo, se presentan y discuten los hallazgos de la investigación. Finalmente, se presentan las conclusiones del trabajo.

## CAPÍTULO I

### **Marco conceptual y antecedentes del problema de investigación**

El objetivo central de este capítulo es presentar el marco conceptual y los antecedentes del problema de investigación que permitirán analizar el fenómeno del uso de drogas en Baja California.

En la primera parte del capítulo, se expone el marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que considera a la salud de la población y los individuos como un proceso complejo y dinámico que es el resultado de la interacción de diferentes factores. La propuesta conceptual de los DSS intenta resumir cómo la estructura social, a través de las interacciones sociales, normas e instituciones, afectan el estado de salud de la población.

Se presentan algunos de los antecedentes más recientes del actual concepto de DSS como son los postulados de Marc Lalonde (1974), Dahlgren y Whitehead (1991), Julio Frenk (1994) y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización de las Naciones Unidas (2005). Asimismo, se exponen algunos conceptos en relación al uso de drogas a los que se harán referencia a lo largo de este trabajo.

Para el análisis del uso de drogas en Baja California se han seleccionado algunos de los determinantes y en la segunda parte del capítulo, correspondiente a los antecedentes del problema de investigación, se describe de manera más detallada los mecanismos por los cuales dichos determinantes impactan de manera positiva o negativa en la salud, y en especial, su relación con el consumo de drogas. Se presentan resultados de algunas investigaciones tanto de México como de otros países que dan sustento a esta propuesta conceptual.

## **1.1. Determinantes Sociales de la Salud y uso de drogas. Marco conceptual**

En el artículo “Etnografía y drogas: discursos y prácticas” publicado en 1997, Oriol Romaní plantea tres modelos dominantes bajo los cuales se ha tratado el problema del uso de drogas. El primero de ellos es el jurídico-represivo que considera al consumo de drogas y lo relacionado con esta práctica, como un delito que permite catalogar al consumidor como un delincuente. El segundo modelo es el médico-sanitarista del cual surgen los principales conceptos que definen el fenómeno: dependencia, tolerancia, abstinencia<sup>1</sup>, entre otros, y en este sentido, se considera al consumidor como un enfermo que debe ser curado y por lo tanto “institucionalizado”. El tercer modelo es el sociocultural, que para explicar el consumo de drogas da mayor peso a los factores socioculturales ya que este fenómeno se constituye a partir de la relación entre el individuo, el contexto y la sustancia. Para Romaní, el tercer modelo es el que permite profundizar de manera más fina en el estudio de las drogas y por lo tanto “ofrece una visión más completa del fenómeno” (Romaní, 1997, pág. 45).

La propuesta teórica-conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud que se propone en esta investigación intenta disolver las diferencias entre los tres modelos planteados por Romaní, al considerar al consumo de drogas como un fenómeno que está determinado de manera multicausal. Se reconoce al consumo de drogas como un problema de salud pero se concibe a ésta como un proceso complejo donde intervienen factores de índole biológico y social. La salud se expresa concretamente en los individuos, quienes viven procesos de nacimiento, crecimiento, desarrollo y muerte, y es ahí donde reside la raíz biológica de la salud, sin embargo, estos procesos no suceden fuera de un contexto, sino por el contrario, ocurren en un escenario social, económico y cultural (Frenk, 1994).

En este sentido, el estudio de la salud implica la consideración del contexto social donde se desenvuelven los individuos ya que, tal como lo apunta Frenk, la salud está influenciada por “el estado del medio ambiente, las formas de organización social, la estructura económica, el

---

<sup>1</sup> La dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva. La tolerancia es la disminución de la respuesta a una dosis concreta de alguna droga que se produce con el uso continuado. La abstinencia es la privación del consumo de drogas (World Health Organization, 1994).

nivel de democracia, el grado de urbanización, las condiciones materiales de existencia, la escolaridad, la nutrición, la fecundidad y los estilos de vida” (Frenk, 1994, pág. 26).

La dicotomía salud-enfermedad implícita en el modelo médico-sanitarista propuesto por Romaní queda superada si se considera a la salud como un proceso complejo y no sólo como un estado. Además el estudio de los determinantes sociales implica la consideración de factores contemplados en los tres modelos.

La propuesta conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud ha tenido una amplia aceptación para el estudio de las condiciones de salud de los individuos y las poblaciones. Uno de los objetivos de esta propuesta es resaltar los diferentes niveles de influencia de las condiciones sociales y distinguir los mecanismos a través de los cuales dichas condiciones impactan positiva o negativamente en la salud.

En el campo de la salud pública, el concepto de *determinantes* se refiere a cualquier factor, evento, característica o entidad que logra un cambio en una condición de salud (Kindig, 2007). Es un término comúnmente utilizado en estudios económicos y sociológicos y suele asociarse también al concepto de *factor de riesgo*, aunque éste es más popular entre los estudios epidemiológicos. La principal diferencia entre ambos es que el primero, hace referencia a características de la población, mientras el segundo suele referirse a características individuales, además, el concepto de *riesgo*, también hace alusión, en términos estadísticos, a la probabilidad de que ocurra un suceso (Kindig, 2007).

Para fines de este trabajo, dado que los términos de *determinantes* y *factores de riesgo* connotan una relación hipotética causal que implica la modificación de las condiciones de salud, pueden ser utilizados como sinónimos.

Entre los antecedentes más actuales sobre los determinantes sociales, se encuentra la propuesta planteada en 1974 por el entonces ministro de salud canadiense Marc Lalonde quien consideraba que el estado de salud de la población no estaba determinado sólo por la disponibilidad de servicios sino que estaba modelado por cuatro dimensiones. Para él, era necesario proveer de un marco conceptual que permitiera entender de manera integral los factores que contribuyen a la muerte y la enfermedad de la población, así como facilitar el curso de acción que se debe tomar para mejorar la salud.

Las cuatro dimensiones, denominadas *campos de la salud* son la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud. La biología humana incluye aquellos aspectos físicos y mentales de la salud que se desarrollan como consecuencia de la herencia genética del individuo. El medio ambiente hace referencia a todos los asuntos relacionados con la salud externos al cuerpo humano y sobre los cuales el individuo tiene poco o nulo control. Los estilos de vida consisten en las decisiones que los individuos toman en relación a su salud y sobre las cuales tienen cierto control y finalmente, la cuarta dimensión, la organización de los sistemas de salud incluyen la calidad, cobertura y disponibilidad de los servicios (Lalonde, 1974).

De acuerdo a Lalonde, la incorporación de la perspectiva de los *campos de la salud* permitiría un mejor análisis de cualquier problema de salud ya que puede ser trazado como una combinación de las cuatro dimensiones (Lalonde, 1974).

Cabe mencionar que en el documento de Lalonde el uso de alcohol y drogas es ya considerado como un problema de salud a tratarse desde esta perspectiva, para él, este fenómeno “necesita atención de investigadores en biología humana, científicos de la conducta, de aquellos que administran leyes y quienes proveen servicios de salud.” (Lalonde, 1974, pág. 35).

El marco conceptual propuesto por Lalonde ha sido reconocido como una importante contribución a las perspectivas epidemiológicas sobre la salud de la población dado su carácter holístico e integrador (Gomes, 2005). Además, tal como lo apunta Gomes, el postulado central de Lalonde es que “la prestación de atención a la salud y la inversión en tecnología y tratamientos médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud de la población y que los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad de la población trascienden la esfera individual y se proyectan al colectivo social...” (Gomes, 2005, pág. 5).

Otro modelo más reciente, que incorpora otros determinantes sociales, fue propuesto por Dahlgren y Whitehead quienes en 1991, a partir de diversos estudios en varios países concluyeron que las diferencias de salud entre las poblaciones no sólo estaban determinadas por factores biológicos, sino que influían factores sociales, económicos y de conducta y que además podrían ser modificados mediante acciones en política pública.

De una manera gráfica, los autores ilustran los principales elementos que influyen en la salud de los individuos (Figura 1.1) e incluyen factores proximales o microdeterminantes y factores distales o macrodeterminantes, los primeros están asociados a variables a nivel individual y los segundos a variables a nivel grupal o poblacional (Dahlgren & Whitehead, 1991; Gomes, 2005). Los autores concluyen que, entonces, las diferencias de salud entre los individuos y las poblaciones no son un hecho aleatorio, sino que éstas se gestan a través de procesos de carácter social (Dahlgren & Whitehead, 1991).

**Figura 1.1. Modelo de los determinantes sociales de la salud**



Fuente: Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991).

En 1994, en nuestro país, Julio Frenk, también desarrolla un marco conceptual totalmente acorde con esta perspectiva e incorpora nuevos determinantes sociales y a diferencia de las dos propuestas anteriores, enfatiza, la importancia o peso que cada determinante adquiere en los diferentes contextos sociales.

Para Frenk, la salud es un proceso multidimensional y dinámico que para comprenderlo es necesario integrar los múltiples factores que la determinan, los cuales están clasificados también jerárquicamente, y cada uno opera en diferentes niveles de determinación de la salud individual. Estos niveles son el sistémico, socio estructural, el institucional/hogar y el individual.

El nivel sistémico incluye el ambiente y la organización social, el cual se compone de dimensiones como la cultura, la ciencia, las instituciones y la estructura económica y que en conjunto determinan el nivel de riqueza de una sociedad y su consecuente estratificación.

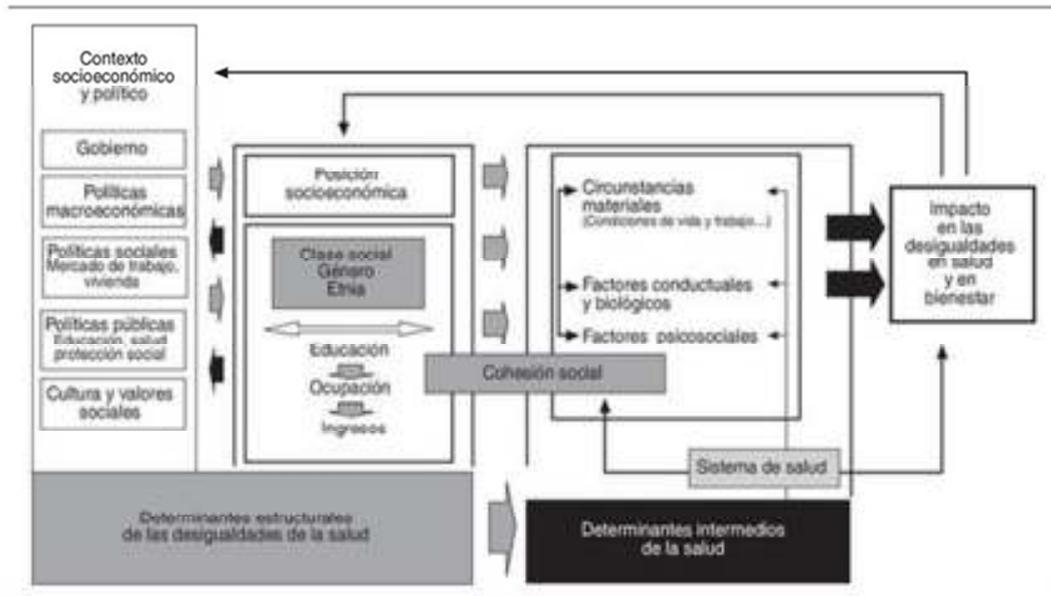
En el nivel socio estructural se encuentran los mecanismos de redistribución, la estructura ocupacional y la estratificación social. El tercer nivel, institucional/hogar, hace referencia a las condiciones de vida, de trabajo, estilos de vida y sistemas de salud. El último nivel hace referencia al individuo como último eslabón de la cadena en quien se expresa el “nivel o grado de salud”, es decir, la condición de salud específica.

Para Frenk, el grado de salud, que se expresa concretamente en el individuo es, no solamente el resultado de la exposición a agentes de enfermedad y la susceptibilidad individual, sino que también es el producto de una compleja red de riesgos determinados biológica y socialmente (Frenk, 1994).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud en 2005 formó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud que entre sus objetivos están aportar conocimiento relevante para comprender los procesos por los que diferentes factores influyen en los procesos de salud de los individuos y las poblaciones.

La Comisión, al analizar numerosa evidencia empírica en varios países, ha propuesto un marco conceptual específico sobre los determinantes sociales de la salud, que, de alguna manera, recupera los postulados y planteamientos que sobre este enfoque habían sido expuestos con anterioridad. Para la Comisión, las diferencias de salud entre los individuos, debido a su origen social, se traducen en desigualdades de salud y bienestar. En la figura 1.2 se muestra la posición de dichos determinantes y su relación con las desigualdades en salud.

**Figura 1.2. Marco conceptual de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud**



Fuente: Solar, O. & Irwin, A., (2010).

El diagrama, de izquierda a derecha, describe la relación entre los determinantes estructurales e intermedios con la desigualdad en la salud. En primer lugar, el contexto, como elemento de los determinantes estructurales, incluye mecanismos de índole social, económico y político que generan, configuran y mantienen a otro nivel, diferencias sociales. Hace referencia a un conjunto de factores en la sociedad que no puede medirse a nivel individual, aunque ejerce una poderosa influencia en los patrones de estratificación social. El contexto se conforma por los siguientes elementos: i) Gobierno, ii) Políticas macroeconómicas (políticas fiscales), iii) Políticas sociales, iv) Políticas públicas y v) Cultura y valores sociales.

Los mecanismos macro estructurales delimitan y generan un sistema social estratificado donde las personas mantienen diferentes posiciones en la jerarquía social de acuerdo, principalmente, a la clase social, el género, la etnia, la ocupación, la educación y el ingreso.

Los determinantes estructurales operan y se expresan en una serie de determinantes intermedios de la salud los cuales están ligados directamente al nivel individual. Éstos incluyen circunstancias materiales como las condiciones de la vivienda y del trabajo; las circunstancias psicosociales, que hacen referencia a la presencia de eventos estresores y la

falta de apoyo social; y factores conductuales y biológicos, que aluden a conductas como el consumo de alcohol, tabaco y la actividad física, entre otros, y también incluye factores como la edad y el sexo.

Otro más de los factores intermedios es la organización de los sistemas de salud, que no sólo marca diferencias entre los individuos por la disponibilidad y el acceso, sino que también implica el alcance de acciones de promoción a la salud.

Finalmente, para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, otros determinantes, situados entre los estructurales e intermedios, en un plano transversal, son la cohesión y el capital social, que son procesos que resultan de las interacciones sociales entre los grupos y las comunidades. Uno de los mecanismos por los que el capital social influye en la salud de los individuos es el apoyo social que fluye y emerge a través de estas redes (Solar & Irwin , 2010).

Hasta aquí, se ha presentado un esbozo de cuatro propuestas acerca de los determinantes de la salud, que, aunque cada una tiene sus particularidades, todas consideran que la salud debe comprenderse a partir de una visión integral que incorpore diferentes factores. Los postulados que resumen y al mismo tiempo se desea enfatizar para el análisis del uso de drogas son los siguientes:

- i) La salud es un proceso complejo, dinámico y multifacético,
- ii) El grado o estado de salud, que se expresa en el individuo, es el eslabón final de una cadena, y
- iii) La salud es el resultado de la interacción de factores que operan en diferentes niveles de determinación.

En este sentido, el uso de drogas en la población debe comprenderse como un proceso dinámico; acorde con este planteamiento, la etiología del uso y abuso de drogas responde a procesos multifactoriales, es decir, que factores psicológicos, sociales y culturales influyen en el inicio, la progresión y el cese del uso de drogas (Galea, Nandi, & Vlahov, 2004). El modelo de los determinantes sociales de la salud resulta una estrategia metodológica adecuada para

estudiar el uso de drogas, principalmente porque destaca la integración de diversos factores y coadyuva, en lo posible, a tener una visión más integral de este fenómeno.

Ahora bien, es necesario puntualizar algunos conceptos en relación al uso de drogas a los que se harán referencia a lo largo de este trabajo.

El uso de drogas ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad y en diferentes grupos humanos, de ahí la variedad de connotaciones de este término.<sup>2</sup> En general, en farmacología se entiende como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos u organismos (World Health Organization, 1994).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, droga es “toda sustancia natural o sintética, que introducida en un organismo vivo, por cualquier vía, produce en éste una o más modificaciones, tanto a nivel fisiológico como psicológico” (World Health Organization, 1994, pág. 33). En esta amplia definición se incluyen a las sustancias psicoactivas, es decir, que tienen efectos en el sistema nervioso central, como a los medicamentos para el tratamiento de enfermedades.

Una forma de clasificar las drogas es a partir del marco legal en determinado lugar. Entre las drogas legales se consideran a la cafeína, el tabaco y el alcohol, sustancias que se consumen, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos. Las drogas ilegales son aquellas sustancias “cuya producción, venta o consumo están prohibidos [...] en determinada jurisdicción” (World Health Organization, 1994, pág. 34) y en el caso de México estas drogas son la marihuana, cocaína, pasta de cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y los estimulantes tipo anfetamínico (Conadic, 2009, pág. 41).<sup>3</sup> Para fines de este trabajo se utilizará el término *droga* para referirse a las drogas ilegales.

En relación al uso o consumo de drogas, en general, éste se clasifica en *experimental*, *abuso* y *dependencia*, definidos de acuerdo a la cantidad, frecuencia y efectos físicos y sociales que la

---

<sup>2</sup> Escobotado (1994) ofrece un amplio y detallado trabajo acerca de la historia de las drogas desde sus orígenes en la cultura occidental hasta la época actual.

<sup>3</sup> En realidad los inhalables no son una droga ilegal, ya que su venta está permitida a mayores de edad, sin embargo, las encuestas nacionales los incluyen sin mostrar alguna explicación (Zamudio, 2012).

sustancia tiene en el individuo que la consume.<sup>4</sup> En este trabajo se utilizará el término *uso* o *consumo* para referirse a la autoadministración de alguna droga ilegal, sin hacer distinción entre si se trata de un consumo esporádico, de abuso o dependiente, a menos que se indique lo contrario. Asimismo, se utilizará el término *usuario* o *consumidor* para hacer referencia a los individuos que consumen drogas ilegales.

Otra clasificación de usuarios de drogas es a partir del consumo alguna vez en la vida, el consumo en el último año y el consumo en el último mes. Esta clasificación se utiliza en diferentes fuentes de datos e investigaciones de varios países y es una de las clasificaciones propuestas por la Organización de las Naciones Unidas. El consumo *alguna vez en la vida* considera a aquellos sujetos que reporten haber usado cualquier droga ilegal por lo menos alguna vez en la vida; el consumo en el *último año* considera a los sujetos que reporten haber usado cualquier droga ilegal en los 12 meses previos al levantamiento de la Encuesta, y el consumo en el *último mes*, incluye a aquellos que reporten haber usado drogas al menos 30 días antes del levantamiento. A partir de esta clasificación es posible calcular la *prevalencia global*, *prevalencia anual* y la *prevalencia actual* del consumo de drogas ilegales.

## **1.2. Determinantes estructurales, intermedios e individuales de la salud. Antecedentes del problema de investigación**

Con el objetivo de analizar el uso de drogas en la población de Baja California se han seleccionado algunos de los determinantes sociales, los cuales se muestran en la siguiente tabla:

---

<sup>4</sup>De acuerdo al DSM IV, el *abuso* de drogas es un patrón que conlleva al incumplimiento de obligaciones; se realiza en situaciones físicamente peligrosas o a pesar de tener problemas sociales o personales por efectos de la sustancia. La *dependencia* es un patrón que implica un malestar clínico que presenta tolerancia y/o síndrome de abstinencia. O bien, si la sustancia es tomada en mayores cantidades o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía; si existe un deseo persistente de interrumpir el uso; si se emplea mucho tiempo en obtenerla o consumirla; si existe una reducción de actividades por el consumo y si se continúa usándola a pesar de tener conciencia de problemas físicos o psicológicos causados por el propio consumo (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2000).

<b>Nivel</b>	<b>Determinantes</b>
Determinantes estructurales de la salud	Posición socioeconómica
Determinantes intermedios de la salud	Contexto local
	Red de pares
	Red familiar
	Conductas de riesgo
Determinantes en el individuo	Individuales

A continuación, se expondrán los principales mecanismos por los que los determinantes seleccionados impactan de manera positiva o negativa en el estado de salud y en especial, la relación que mantienen cada uno con el uso de drogas. Para este fin, se hace una combinación de la clasificación de determinantes propuesta por Julio Frenk y la Organización Mundial de la Salud y se retoma la evidencia empírica presentada por diversas investigaciones sobre este fenómeno.

### **1.2.1. Determinantes estructurales de la salud**

#### **i) Posición socioeconómica**

En la primera parte de este capítulo se explicó que los determinantes estructurales se refieren a la interacción entre el contexto socioeconómico y político, los cuales generan un sistema de estratificación y jerarquía social. Los individuos y grupos sociales alcanzan diferentes posiciones en la jerarquía social de acuerdo, principalmente, a su clase social, la ocupación, sus logros educativos y el nivel de ingreso. El lugar que los individuos ocupan dentro de la jerarquía social puede ser resumido en la posición socioeconómica. Los mejores indicadores para conocer la posición socioeconómica son la educación, la ocupación y el ingreso (Solar & Irwin , 2010).

A través de la educación se desarrollan diferentes capacidades cognitivas y habilidades de las personas, incrementa la eficacia para procesar información, resolver problemas cotidianos, fortalece la agencia del individuo así como la sensación de autonomía, independencia y control personal (Pampel, Krueger, & Denney, 2010). Tal como lo apunta Mirowsky y Rosss (2003), “[La] educación genera resultados deseables porque entrena a los individuos en

adquirir, evaluar y usar información. Enseña a los individuos a aprovechar el poder del conocimiento”.

En este sentido, las personas con mayores niveles de escolaridad tienden a estar mejor informados y tienen mayores elementos para evaluar los riesgos asociados a la salud. La educación hace más receptivos a los individuos a los mensajes sobre la salud (Solar & Irwin , 2010), proporciona mayores y mejores habilidades para lidiar con el estrés cotidiano (Elo, 2009) y desarrolla más capacidades para hacer uso de los servicios de salud (Llenas-Muney & Lichtenberg, 2005).

La educación, medida a través de los años de escolaridad, es uno de los indicadores que exhibe una mayor asociación con diferentes indicadores de salud, en especial con las tasas de mortalidad y morbilidad por diferentes causas.

En relación al uso de drogas, aunque existe poca evidencia de los mecanismos específicos por los cuales la educación, sin considerar el ingreso, la ocupación u otras variables, previene el consumo, sí se ha documentado que existe mayores índices de consumo entre quienes abandonan o interrumpen los estudios en etapas tempranas en comparación con quienes tienen mayores niveles de escolaridad (Swaim, Beauvais, Chavez, & Oetting, 1997).

Por su parte, el trabajo de los individuos está directamente relacionada con el ingreso y en consecuencia con la disponibilidad de recursos y la adquisición de bienes materiales (Solar & Irwin , 2010). El trabajo no sólo es una oportunidad para la adquisición de un ingreso, sino que también provee oportunidades de crecimiento y desarrollo personal y permite la participación en redes sociales (Marmot, Siegrist, & Theorell, 2006). Tal como lo apunta Marmot y colaboradores, en la vida adulta, el trabajo y la calidad del mismo, definen uno de los más importantes contextos psicosociales donde se desenvuelven los individuos (Marmot, Siegrist, & Theorell, 2006).

Se ha comprobado que existe una relación entre el tipo de trabajo que desempeñan los individuos y la presencia de ciertas enfermedades y/o padecimientos. Los riesgos del trabajo están relacionados a la exposición a ambientes dañinos aunque también se asocian al ambiente psicosocial del contexto laboral. El trabajo exige demandas físicas, mentales y emocionales

con las que las personas deben lidiar cotidianamente, lo cual genera niveles de estrés constante entre los trabajadores (Marmot, Siegrist, & Theorell, 2006).

Una de las principales diferencias en términos de salud, está entre quienes desarrollan ocupaciones manuales y no manuales (Elo, 2009) y del mismo modo, actividades muy demandantes, despersonalizadas, que no proveen recompensas o bien, con relaciones pobres entre los compañeros, pueden afectar el bienestar emocional de los trabajadores (Mensch & Kandel, 1988).

El estudio de Marchand (2007) encontró que entre 139 ocupaciones, cuatro de ellas están más asociadas a la presencia de algunos desórdenes mentales como depresión, estrés y agotamiento. Los trabajos de mayor riesgo fueron los prestadores de servicios de salud, los dedicados a las ventas, quienes trabajan en el transporte y en la manufactura.

En relación al uso de drogas, se ha encontrado que trabajadores de línea o conductores de camiones o tráileres, son ocupaciones asociadas al uso de drogas, principalmente por el desempeño físico que éstas exigen (Mensch & Kandel, 1988). Asimismo, trabajos a destajo y de alto rendimiento, trabajos rutinarios y monótonos, jornadas prolongadas, turnos cambiantes, largas ausencias de casa o compañeros consumidores, son condiciones laborales que pueden promover el uso de drogas entre los trabajadores. Al mismo tiempo, también se ha detectado que el uso de drogas genera problemas como absentismo y accidentes en el trabajo (Ochoa & Mádoz, 2008).

Por ejemplo, el estudio realizado por Mensch y Kandel (1988) encontró la concentración de usuarios de drogas ilegales en ocupaciones específicas, como lo son los operadores de transporte y los artesanos o trabajadores manuales.

Asimismo, el estudio de Martínez-Lanz y colaboradores, realizado entre 198 residentes médicos encontró que el uso de drogas médicas e ilegales estaba asociado a altos niveles de estrés y depresión, de tal manera que los índices de consumo de drogas fueron mayores en esta población del sector salud que los de la población general (Martínez-Lanz, Medina-Mora, & Rivera, 2004).

En otro contexto, un estudio realizado entre 200 trabajadores de la industria maquiladora en Ciudad Juárez, Chihuahua, encontró presencia de consumo de marihuana, cocaína, inhalables y drogas sintéticas, asociado tanto a las exigencias físicas de los trabajadores como a la incapacidad de lidiar con ese contexto laboral (Soto, 2008).

Una de las dificultades para la medición de este indicador radica en la complejidad para clasificar el tipo de trabajo que desarrollan los individuos ya que los criterios de clasificación pueden fundarse en características diversas, por ejemplo, el prestigio social que cada trabajo representa en determinada sociedad, las exigencias intelectuales o manuales de cada trabajo, o bien, las calificaciones o credenciales educativas que se requieren<sup>5</sup> (Galobardes, Shaw, Lawlor, Smith, & Lynch, 2006).

Por otro lado, el ingreso es el indicador de la posición socioeconómica que mejor capta la disponibilidad de recursos materiales. El ingreso influye en la salud directamente por el hecho de que éste se traduce en bienes y servicios para el cuidado de la salud y para el tratamiento de las enfermedades. Permite el desarrollo en condiciones favorables para la salud como alimentarse con productos de mejor calidad, vivir en una adecuada vivienda y acceder a la educación. Por el contrario, la pobreza o la escasez se asocian con la presencia de estresores constantes que afectan negativamente el estado de la salud de los individuos (Solar & Irwin , 2010).

Con respecto al consumo de drogas, diversos estudios han considerado que el bajo nivel socioeconómico resulta un importante factor de riesgo para el consumo, principalmente entre el grupo de los adolescentes (Ritterman, Fernald, Ozer, Adler, Gutierrez, & Syme, 2009). Sin embargo, tal como lo apunta Ritterman y colaboradores (2009), aún es necesario comprender de mejor manera esta relación.

---

<sup>5</sup> El texto de Galobardes y colaboradores (2006) ofrece una revisión general de las clasificaciones del trabajo más utilizadas en diversos estudios.

## **1.2.2. Determinantes intermedios de la salud**

### **i) Contexto local**

El contexto local, como determinante intermedio, hace referencia tanto a las condiciones físicas de una comunidad o colonia específica como a las interacciones entre las personas que las habitan. Las interacciones sociales pueden producir ciertas externalidades que tienen el potencial de influir en la salud y el bienestar de los individuos, incluso en aquellos que no son parte de dichas interacciones pero que viven en el mismo lugar (Stafford & McCarthy, 2006).

Las condiciones de las colonias o comunidades son características ambientales, urbanísticas y económicas que tienen la capacidad de influir en algunos aspectos de la salud de los individuos que las habitan. Los indicadores de salud que han recibido mayor atención son la obesidad, la diabetes, diferentes tipos de mortalidad, problemas de conducta, estrés, depresión y aislamiento social (Schaefer-McDaniel, O'Brien, O'Campo, & Gearey, 2010).

Algunas características ambientales que han sido estudiadas relación a la salud son los niveles de contaminación en el aire, la presencia de desperdicios industriales y la cantidad de ruido. Entre las condiciones del espacio urbano que se han señalado como importantes para los indicadores de salud son la calidad de las calles, la disponibilidad de áreas verdes, el número de espacios públicos, la existencia de rutas para caminar y la afluencia del tránsito vehicular. El fácil acceso a los servicios de salud y a servicios comerciales también resulta relevante en cuanto a la salud de la población se refiere (Stafford & McCarthy, 2006; Schaefer-McDaniel, O'Brien, O'Campo, & Gearey, 2010).

En general, las áreas o colonias que presentan un mayor grado de marginación social y/o ausencia de adecuadas condiciones materiales, presentan niveles menores de salud. (Wilson, Eyles, Ellaway, Macintyre, & Macdonald, 2010; Shaw, 2004).

En relación al uso de drogas ilegales, son pocos los estudios que incluyen este tipo de condiciones comunitarias como factores que influyen para el consumo. El estudio de Stockdale y colegas (2007), encontró que el uso de drogas ilegales variaba de acuerdo al diseño espacial de las colonias, en específico con la cantidad de iglesias (*churches*) existentes.

Por otro lado, respecto a las interacciones sociales de las colonias y comunidades, se ha documentado que el apoyo social, la participación comunitaria, el sentido de comunidad, y la organización social son procesos que impactan positivamente en la salud física y mental, así como el bienestar general (Sampson, Morenoff, & Gannon-Rowley, 2002; Stockdale, Wells, Tang, Belin, Zhang, & Sherbourne, 2007; Shinn & Siobhan, 2003; Solar & Irwin, 2010). Estos procesos no sólo impactan de manera directa sino que también son factores que mitigan o moderan los efectos de los eventos estresantes en las comunidades (Stockdale, Wells, Tang, Belin, Zhang, & Sherbourne, 2007).

Por el contrario, la ausencia de cohesión social, manifestada en la desorganización social, la falta de apoyo, el aislamiento y los bajos niveles de confianza, influyen negativamente en la salud de los individuos (Shinn & Siobhan, 2003). Uno de los factores asociados a comunidades con estas características es la violencia, de tal manera que la presencia de actos violentos como crímenes o peleas y la victimización, son eventos que generan niveles de estrés y desconfianza entre los habitantes de las comunidades (Shinn & Siobhan, 2003; Sampson, Morenoff, & Gannon-Rowley, 2002).

La violencia en las comunidades o colonias se ha explicado desde diferentes perspectivas y en general, se asocia con la interacción social, las normas comunitarias, las sanciones y el entorno donde se producen los hechos. Hay comunidades, incluso, que experimentan un proceso de normalización de la violencia a partir de una arraigada cultura de la violencia (International Narcotics Control Board, 2003).

La presencia de violencia en las comunidades se asocia también al fenómeno del uso y el comercio de drogas. Una manera de explicar esta asociación es a partir de la propuesta de Goldstein (1985), quien consideraba a la violencia como una consecuencia directa tanto del uso y del comercio de drogas, sin embargo, cada vez más, se ha reconocido que entre ambos fenómenos existe una asociación de mayor complejidad debido a que no toda la violencia se explica por las drogas y porque también se sabe que la presencia de un sistema de distribución y consumo de drogas tiende a ocurrir en áreas que son socialmente desorganizadas y con niveles bajos de capital social, o bien en comunidades con una tradición de altas tasas de violencia interpersonal y en desventaja económica (Collins, 1990).

Así, por ejemplo, el estudio realizado por Winstanley y colaboradores (2008), encontró que la dependencia al alcohol y drogas ilegales entre adolescentes estaba asociada a la desorganización social en la comunidad y la falta de capital social. Algunas de las variables utilizadas para este estudio fueron la presencia de peleas callejeras, la venta de drogas, o la ocurrencia continua de crímenes.

## ii) Red de pares

El impacto de las redes sociales en los procesos de salud y en específico en el uso de drogas se ha documentado en diversas investigaciones, las cuales han dado cuenta del importante papel que juega la red social de pares como determinante para el inicio y el uso de drogas ilegales, principalmente durante la adolescencia, etapa en la que la aceptación o el apoyo social por parte del grupo social son más deseables (Valente, Gallaher, & Mouttapa, 2004). Los estudios coinciden en que quienes usan algún tipo de droga ilegal están frecuentemente rodeados por amigos que también consumen o bien, aprueban estas conductas (Boyd & Mieczkowski, 1990; Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño, & Juárez, 1995; Burton, Johnson, Ritter, & Clayton, 1996; Kosterman, Hawkins, Guo, Catalano, & Abbott, 2000; Galea, Nandi, & Vlahov, 2004; Galvan, Serna, & Hernández, 2008; Valente, Gallaher, & Mouttapa, 2004).

La red social influye en el comportamiento de sus miembros a partir de procesos de socialización, intercambio de información o bien de comparación social. El grado de influencia depende de ciertos factores, principalmente de cómo se integra el individuo a la red y cómo se conforman los vínculos con ésta (Galvan, Serna, & Hernández, 2008). Asimismo, el uso de drogas es el resultado de un proceso de modelaje y refuerzo social, es decir, las personas obtienen interés en consumir drogas por el hecho de observar a otras personas, recibir recompensas por su uso (Valente, Gallaher, & Mouttapa, 2004).

También se ha documentado que entre la población de estudiantes el ofrecimiento de alguna droga ya sea regalada o vendida, proviene principalmente de amigos y conocidos (Wagner, González-Forteza, Aguilera, Ramos-Lira, Medina-Mora, & Anthony, 2003).

Por otro lado, el concepto de oportunidad para usar drogas, tiene su raíz en el modelo teórico de “fuerzas balanceadas” propuesto en 1927 por Wade Hampton Frost en el campo de la epidemiología y sostiene que la ocurrencia de una epidemia depende de diversos factores o

fuerzas que incluyen un determinado microorganismo, una población y un conjunto de condiciones ambientales propicias. El supuesto fundamental es que la exposición al microorganismo es una condición necesaria para la presencia de la enfermedad. En esta lógica, se considera que verse expuesto a las drogas es una condición necesaria para iniciar su consumo. La exposición al uso de drogas se refiere a la posibilidad de haber usado alguna droga ya sea por invitación de cualquier persona, por haber buscado la ocasión para hacerlo, o bien por encontrarse en una circunstancia que propiciara el consumo (Wagner, González-Forteza, Aguilera, Ramos-Lira, Medina-Mora, & Anthony, 2003).

### iii) Red familiar

La familia, como una “instancia mediadora de la relación entre la estructura social y los comportamientos individuales” (Acosta, 2003, pág. 1), se sitúa, en el modelo propuesto por Frenk (1994), como uno de los determinantes intermedios de la salud. Se considera como el primer entorno social en el que se desenvuelve la vida de un individuo y donde se desarrollan experiencias de aprendizaje y socialización (Barca, Otero, Mirón, & Santórum, 1986).

El hecho de que diferentes características de la familia están relacionadas con el consumo de drogas, ha sido aceptado en diversas investigaciones (Sanz , Iraurgi, Martínez-Pampliega, & Cosgaya, 2006; Martínez, Fuentes, Ramos, & Hernández, 2003; Barca, Otero, Mirón, & Santórum, 1986; Secades-Villa, Fernández-Hermida, & Vallejo-Seco, 2005). Entre los factores más importantes que están asociados al consumo se encuentran un ambiente familiar caótico, es decir, sin normas establecidas y con patrones de disciplina inconsistentes; una crianza ineficaz especialmente con niños de difícil temperamento y desórdenes de conducta; la presencia de conflictos, agresiones y violencia lo que está aunado a la privación de relaciones afectivas entre padres e hijos y la falta de apoyo emocional entre los miembros familia. Asimismo la presencia de trastornos mentales en alguno de los padres o bien, el uso y/o abuso de drogas por parte de alguno de ellos (Secades-Villa, Fernández-Hermida, & Vallejo-Seco, 2005; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Caballero, Ramos, González, & Saltijeral, 2010).

#### iv) Conductas de riesgo

Entre los determinantes intermedios de la salud, se encuentran las conductas, los cuales son resultado de los estilos de vida de los grupos sociales (Solar & Irwin , 2010). De acuerdo a Frenk los estilos de vida son la manera en la cual los grupos sociales traducen sus condiciones de vida (objetivas-materiales) en patrones de conducta (Frenk, 1994, pág. 84).

Entre las conductas que afectan a la salud están el uso del tabaco y alcohol (Solar & Irwin , 2010). El abuso del tabaco está asociado significativamente a la morbilidad y mortalidad principalmente por enfermedades del corazón y cáncer (Solar & Irwin , 2010) y el abuso de alcohol incrementa el riesgo de experimentar con otras drogas, incurrir en prácticas sexuales de riesgo e intentos de suicidio y provoca una mayor propensión a sufrir accidentes automovilísticos (Mora-Ríos, Nátera, & Juárez , 2005).

El uso de alcohol y tabaco, resultan de interés para estudiar el uso de drogas, no sólo por ser prácticas asociadas a los estilos de vida, sino porque también el uso de estas sustancias se consideran factores que anteceden al uso de drogas ilegales.

Denise Kandel, planteó en 1975 un modelo descriptivo acerca de las trayectorias de consumo de los usuarios de drogas. El modelo denominado “Modelo de la Puerta de Entrada” (*Gateway Model*) describe la historia del consumo de drogas en términos de etapas progresivas que se inicia con el uso del tabaco y/o alcohol, seguido por el consumo de marihuana, y posteriormente con el uso de otras drogas ilegales como la cocaína o heroína, es decir, existe una transición de las drogas “suaves” hacia las drogas “duras”. El modelo afirma que el uso de algunas drogas incrementa la probabilidad del subsecuente uso de otras drogas. Aunque este modelo ha servido como fundamento de diferentes investigaciones, también es sabido que no todos los patrones de consumo siguen esta definición (Wagner, González-Forteza, Aguilera, Ramos-Lira, Medina-Mora, & Anthony, 2003; Malone, Lamis, Masyn , & Northrup, 2010).

En este sentido, estudios realizados en este país, reportan una asociación importante entre el uso del tabaco y alcohol y el consumo de otras drogas entre estudiantes, en quienes el riesgo de probar drogas se incrementa de acuerdo al patrón de consumo de tabaco y alcohol, en otras palabras, a mayor frecuencia de consumo de tabaco y cantidad de alcohol por ocasión, es

mayor la probabilidad para probar otras drogas (Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Rojas, Carreno, & Berenzon , 1988).

Asimismo, de acuerdo a Medina-Mora y colaboradores (2002), la exposición a edades tempranas del uso de tabaco y/o alcohol es un predictor significativo para el desarrollo de problemas posteriores por el consumo. Mientras más temprano una persona inicie el uso de tabaco, mayor será su riesgo de convertirse en un fumador regular o desarrollar dependencia y además hay mayores posibilidades de experimentación con otras drogas (Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, Villatoro, & Kuri, 2002).

### **1.2.3. Determinantes individuales**

De acuerdo a Frenk, es en el individuo en quien se expresan los diferentes grados de la salud y en este nivel también operan diversos factores como el sexo y la edad.

Las diferencias entre las condiciones de salud entre los sexos se deben a múltiples factores, ya sean biológicos, sociales, psicosociales y conductuales. En términos generales, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida en comparación con los hombres. Respecto a la morbilidad, la diferencia entre hombres y mujeres varía dependiendo la enfermedad y de acuerdo a las etapas del ciclo de vida. A edades jóvenes los hombres tienden a participar en conductas de riesgo, lo que afecta su bienestar e incrementa el riesgo de muerte por accidentes u homicidios. Por su parte, las mujeres tienen mayores posibilidades de sufrir condiciones crónicas y no fatales, es decir, enfermedades que no necesariamente resultan en la muerte pero afectan negativamente su calidad de vida (Ghazal & Gorman, 2010).

El uso de drogas se manifiesta en mayor medida entre los hombres, incluso se considera que ser hombre es un factor de riesgo o predictivo para el consumo. La diferencia entre hombres y mujeres puede tener varias explicaciones, una de ellas se fundamenta en las diferencias de género, es decir, en las distintas formas en las que las nociones de hombre y mujer son socialmente construidas, de tal manera que el consumo femenino suele ser más estigmatizado y condenatorio (Romo, 2005; Castillo & Gutiérrez, 2008). Al respecto, Romo (2005) menciona que “[u]sar una sustancia ilegal supone para las mujeres no solo ser clasificadas como desviadas por sus usos de drogas, sino también por contraponerse a la definición social

de lo que debe ser el comportamiento femenino” (Romo, 2005, pág. 80). Así, el consumo de drogas ilegales se ha relacionado comúnmente con lo masculino.

Por otro lado, para comprender la relación entre la edad y el uso de drogas, el enfoque de curso de vida proporciona orientación al respecto. Este enfoque busca comprender la manera en que las fuerzas sociales moldean el desarrollo de la vida de los individuos y colectivos. Esta perspectiva invita a estudiar a los individuos a lo largo del tiempo, ya que la vida de éstos está moldeada por los tiempos históricos y lugares en los que se desenvuelven. Es importante reconocer las trayectorias de vida de las personas y los eventos específicos (transiciones) que ocurren a lo largo de ésta (Blanco & Pacheco, 2003).

Esta perspectiva teórica ha sido utilizada en el campo de la salud para tratar de comprender cuáles son los mecanismos responsables de la exposición a diferentes riesgos y su impacto en los diferentes grupos etarios (Mayer, 2009).

Varios autores, a partir del estudio de diferentes poblaciones, han señalado que el consumo de drogas muestra un incremento tanto en la adolescencia como en la adultez y después tiende a declinar (Merline, O'Malley, Schulenberg, Bachman, & Johnston, 2004). Se ha sugerido que esta tendencia se relaciona con las etapas del curso de vida, de tal manera que entre los adolescentes el uso de drogas puede representar la manera de pertenecer a un grupo, y conforme incrementa la edad, el cambio de roles, especialmente familiares, como casarse o convertirse en padre o madre, son factores que pueden asociarse a una menor motivación para el consumo (Merline, O'Malley, Schulenberg, Bachman, & Johnston, 2004; Chen & Kandel, 1995). Cabe señalar que el uso de drogas en la adolescencia implica una mayor probabilidad de continuar el consumo en etapas posteriores de la vida y de experimentar con nuevas drogas (Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, Villatoro, & Kuri, 2002).

En relación a las mujeres, algunos autores han sugerido que las trayectorias de consumo de ellas son más “comprimidas”, es decir, más cortas en el tiempo lo que también se asocia a los cambios de roles, o bien, a que ellas se hacen dependientes más rápido y por lo tanto cesan el consumo (Romo, 2005).

## CAPÍTULO II

### Materiales y métodos

El objetivo de este capítulo es describir de manera detallada los materiales y procedimientos realizados para analizar la información disponible sobre el uso de drogas ilegales en Baja California.

Para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación se hizo un análisis de tipo descriptivo y transversal que permitió conocer la prevalencia del uso de drogas ilegales, el perfil de los usuarios de drogas y algunos factores asociados al consumo de dichas sustancias en Baja California.

La información sobre el uso de drogas ilegales en Baja California se obtuvo de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 (ENA) que fue realizada por la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Uno de los objetivos de la Encuesta fue evaluar la prevalencia y las tendencias en el uso de alcohol, tabaco, drogas médicas<sup>1</sup> y drogas ilegales en los ámbitos nacional y estatal. La ENA se basó en un diseño muestral aleatorio, probabilístico y polietápico, se consideraron 50,688 viviendas en todo el país con representatividad por entidad federativa. La información se obtuvo mediante una entrevista en el hogar a un adulto de entre 18 y 65 años y a un adolescente entre 12 y 17 años de edad.

De acuerdo a Linares y Cravioto (2003), algunas ventajas de este tipo de encuestas son que proporciona información sobre el uso de drogas en la población en general y por el tipo de variables incluidas en el levantamiento, también es posible conocer el perfil sociodemográfico de los usuarios y no usuarios de drogas (Linares & Cravioto, 2003).

---

<sup>1</sup> Las drogas médicas son aquellas sustancias que se prescriben médicamente, como los opiáceos, tranquilizantes, sedantes, barbitúricos o anfetaminas y para considerarse como consumo para drogarse, el uso se debe dar fuera de o en mayor tiempo al prescrito por el médico (CONADIC, 2008).

Sin embargo, la principal limitación de encuestas, para el caso de las drogas ilegales, es que intenta medir un fenómeno que es ilegal y estigmatizado socialmente. Es posible que si los informantes consideran que han incurrido en conductas ilegales o estigmatizadas, los lleve a dar respuestas poco confiables (Romero, Rodríguez, Durand-Smith, & Aguilera, 2003).

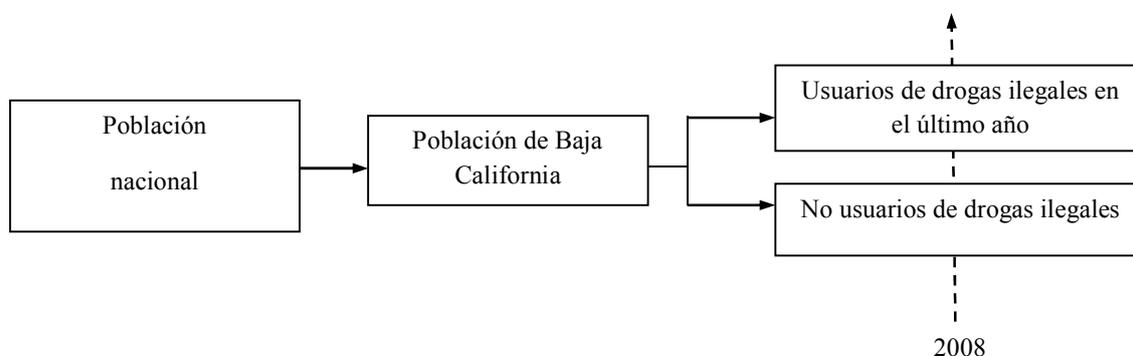
Otras de las limitaciones de este tipo de encuestas es la exclusión de personas que no viven en sus hogares, por ejemplo, aquellos usuarios de drogas que viven en la calle o en otro tipo de instituciones como cárceles, centros de tratamiento o casas-hogar. (Linares & Cravioto, 2003).

Esta encuesta tiene las limitaciones propias de los diseños transversales al existir ambigüedad temporal en la relación causa-efecto, por lo que los datos presentados deben interpretarse como relaciones entre variables y no como relaciones causales.

## 2.1. Población objeto de estudio

La población objeto de estudio en esta investigación fueron todos los hombres y mujeres de Baja California entre 12 y 65 años de edad que reportaron haber usado drogas ilegales en los últimos 12 meses (un año anterior al levantamiento de la Encuesta) y aquellos que declararon nunca haber usado drogas ilegales. Las drogas ilegales son marihuana, cocaína (que incluye la pasta base), crack, alucinógenos, inhalables, heroína y los estimulantes tipo anfetamínico. Cabe mencionar que se decidió realizar el análisis por entidad federativa debido a que la base de datos disponible no permite hacer la desagregación por municipios.

**Figura 2.1. Población objeto de estudio**



## 2.2. Selección de variables

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 cuenta con más de 300 variables clasificadas en diversos módulos, de éstas se seleccionaron aquellas que permitieran conocer los determinantes sociales relacionados al uso de drogas ilegales. Es preciso señalar que son pocas las preguntas en la Encuesta que evalúan la dimensión social del consumo de drogas ilegales por lo que la selección de variables para este estudio estuvo limitada de esa manera.

En la siguiente tabla se presenta la categorización de las variables de estudio según los determinantes sociales a los que corresponden, así como el nivel donde se encuentran.

Nivel	Determinantes	Variables
Determinantes estructurales de la salud	Posición socioeconómica	Educación
		Ocupación
		Calificación en el trabajo
		Ingreso
Determinantes intermedios de la salud	Contexto local	Violencia en la colonia
		Venta de drogas en la colonia
		Colonia Insegura
	Red de pares	Oportunidad de uso
		Uso de drogas en el (la) mejor amigo (a)
	Red familiar	Uso de drogas en el padre
		Uso de drogas en los(as) hermanos(as)
	Conductas de riesgo	Edad del primer uso de alcohol
Edad del primer uso de tabaco		
Determinantes individuales de la salud	Individuo	Edad
		Sexo
Grado de salud en el individuo	Uso de drogas	Uso de drogas ilegales en el último año.

A continuación se exponen las modificaciones que se hicieron a algunas de las variables originales de la ENA y también cómo se construyeron algunas de éstas, según sea el caso. Cabe señalar, que para el análisis múltiple se agruparon algunas categorías de respuesta debido al poco número de observaciones que había para algunas de éstas.

Al final de la explicación de cada variable, entre paréntesis, aparece el número de pregunta del cuestionario al que la variable corresponde.

## **Determinantes estructurales de la salud**

### Posición socioeconómica

#### Educación

La ENA, considera la escolaridad de acuerdo al grado educativo, clasificado en completo o incompleto. En este caso, se agruparon las respuestas por grado, y, se unió en una sola categoría a quienes respondieron estudios universitarios o posgrado, de tal manera que resultaron cuatro categorías: 1) Primaria, 2) Secundaria, 3) Bachillerato, 4) Estudios universitarios/Posgrado (Pregunta 8A).

#### Ocupación

Esta variable se compone de tres categorías, la primera de ellas agrupa a todos lo que reportaron desempeñar alguna ocupación asalariada, la segunda considera a los que reportaron ser estudiantes y la tercera a las amas de casa, así las categorías resultantes son: 1) Trabaja, 2) Estudia y 3) Ama de casa (Pregunta 14).

#### Calificación en el trabajo

Esta variable considera sólo a quienes reportaron desempeñar alguna ocupación asalariada. La clasificación para el tipo de trabajo propuesta por la ENA es 1) Profesionista (estudios universitarios), 2) Maestro (de primaria, secundaria, preparatoria, etc.), 3) Director o propietario de empresa o negocio, 4) Propietario de pequeño comercio (tienda, restaurante, miscelánea), 5) Empleado de banco, oficina, establecimiento o dependencias gubernamentales, 6) Obrero calificado (tornero, mecánico, encuadernador), 7) Obrero no calificado con trabajo eventual, cabo, soldado, raso, personal de servicios domésticos, albañil, taxista, 8) Agricultor, 9) Campesino, 10) Subempleado (vendedor no asalariado, bolero, lavacoches, jornalero, etc.), 11) Estudiante, 12) Ama de casa y 13) Otro (especificado). (Pregunta 14).

Para este trabajo, se decidió agrupar al tipo de trabajo en dos categorías, la primera de ellas incluyó a aquellos trabajos que requieren un mayor nivel educativo o bien, que requieren un

mayor nivel de calificación. La segunda categoría consideró a los trabajos con un nivel menor de calificación:

Mayor calificación:

- Profesionista (con estudios universitarios, maestro universitario)
- Maestro (de primaria, secundaria, preparatoria, etc.)
- Director o propietario de empresa o negocio
- Propietario de pequeño comercio (tienda, restaurante, miscelánea)
- Empleado de banco, oficina, establecimiento o dependencias gubernamentales.

Menor calificación:

- Obrero calificado (tornero, mecánico, encuadernador)
- Obrero no calificado con trabajo eventual, cabo, soldado, raso, personal de servicios domésticos, albañil, taxista,
- Agricultor
- Campesino
- Subempleado (vendedor no asalariado, bolero, lavacoches, jornalero, etc.),

Ingreso

La ENA considera el ingreso mensual de la familia por salarios mínimos, clasificado en siete categorías, desde menos de un salario hasta más de ocho salarios mínimos. Para este trabajo, se agrupó la variable en sólo tres categorías que se denominaron: bajo (de menos de un salario hasta dos salarios mínimos) medio (de dos a seis salarios mínimos) y alto (desde seis hasta más de 8 salarios mínimos) (Pregunta 15).

## **Determinantes intermedios de la salud**

### **Contexto local**

Violencia en la colonia

Para la construcción de esta variable se utilizaron cuatro preguntas del cuestionario que indagaban acerca de la frecuencia con que se presentaron amenazas con armas, violaciones, ataques con violencia y actividades que amenazan la seguridad de la familia y vecinos, en la colonia. Originalmente estaban diseñadas para ser respondidas en escala de Likert, del 1 al 4, donde 1 equivale a *nunca*, 2 corresponde a *a veces*, 3 a *con frecuencia* y 4 a *con mucha frecuencia*.

Se construyó una sola variable agrupando las cuatro preguntas, con solamente dos categorías de respuesta: *Sí hay violencia* (quienes respondieron los códigos 2, 3 o 4, en por lo menos alguna de las preguntas) y *No hay violencia* (donde se agruparon a aquellos que hayan respondido el código 1 en todas las preguntas) (Preguntas 320B, 320C, 320D y 320F).

#### Venta de drogas en la colonia

La construcción de esta variable se realizó de la misma manera que la anterior, aunque en ésta se consideraron tan sólo dos preguntas del cuestionario en las que se interrogó con qué frecuencia se vendieron drogas en las escuelas o afueras de ellas y en la vía pública o en las “tienditas”<sup>2</sup> (Preguntas 320A y 320E).

#### Colonia Insegura

Para esta variable se utilizó de manera inversa la pregunta realizada por la Encuesta. Originalmente se preguntó al entrevistado si considera a su comunidad o colonia como un lugar seguro y agradable para vivir. Con el objetivo de mantener un sentido homogéneo de todas las variables, se decidió invertir el sentido de esta pregunta de tal manera que la variable se denominó *Colonia insegura* y en la cual, se consideró a quienes contestaron que *Sí* en la pregunta original, es decir, que calificaron a su colonia como segura, como el grupo que *No* considera a su colonia insegura. Del mismo modo, quienes contestaron que *No* en la pregunta original, es decir, que calificaron a su colonia como no segura, como el grupo que *Sí* considera a su colonia insegura (Pregunta 321).

### **Red de pares**

#### Oportunidad para usar drogas

La construcción de esta variable se hizo agrupando cuatro preguntas del cuestionario en las que se interrogó al entrevistado, si alguna vez alguien le han ofrecido marihuana u otra droga regalada o para ser comprada. Las categorías de respuesta son *Sí* (donde se incluyeron a los individuos que contestaron *Sí*, a por lo menos una de las cuatro preguntas) y *No* (donde se incluyó a quienes contestaron *No* en las cuatro preguntas) (Preguntas 54B, 54C.2, 54BB y 54CC).

---

<sup>2</sup> Se conoce como “tienditas” a los lugares donde se venden drogas ilegales.

### Uso de drogas en el (la) mejor amigo (a)

Esta variable, también correspondiente a las características estructurales de la red de pares, indaga si el mejor amigo (a) del entrevistado ha usado drogas. Cabe puntualizar que el cuestionario no profundiza sobre el tipo y frecuencia del consumo. Se consideró la pregunta de la Encuesta donde las posibles respuestas son *Sí* o *No* (Pregunta 102D).

### **Red familiar**

#### Uso de drogas en el padre y los (las) hermanos (as)

Estas variables corresponden a la caracterización de la red familiar. Se consideraron dos preguntas del cuestionario en donde se interrogó si el padre y los(as) hermanos(as) han usado drogas. (Preguntas 102A, 102B y 102C).

### **Conductas de riesgo**

#### Edad del primer uso de alcohol

Para esta variable se consideró la edad en la que se consumió una bebida alcohólica por primera vez en la vida. Se generaron dos categorías de respuesta *Antes de los 20 años* y *después de los 20*. Cabe mencionar que los grupos de edad se retomaron de la propia categorización de la Encuesta (Pregunta 54H).

#### Edad del primer uso del tabaco

Esta variable considera la edad en la que se fumó tabaco por primera vez, ya sea en cigarro, puro o pipa. De la misma manera que la variable anterior, se generaron dos categorías de respuesta: *Antes de los 20 años* y *después de los 20*. Los grupos de edad se retomaron de la categorización de la Encuesta (Pregunta 34).

### **Determinantes individuales de la salud**

#### **Individuo**

##### Edad

Esta variable se trabajó de dos maneras, para la presentación de las pirámides poblacionales se agrupó por quinquenios y para el resto del análisis, se agrupó en cuatro categorías:

- 1) De 12 a 17 años
- 2) De 18 a 25 años
- 3) De 26 a 40 años
- 4) De 41 a 65 años

#### Sexo

Las categorías de respuesta son *hombre* y *mujer*.

#### **Grado de salud en el individuo**

##### Usuario (último año)

Aquellos que reporten haber usado una o más drogas en el último año, es decir, en los doce meses previos al levantamiento. En este trabajo se decidió privilegiar esta variable con el objetivo de tener un acercamiento al consumo más actual. Esta variable se utilizó para las regresiones logísticas y se trató como la variable dependiente.

#### **2.3. Análisis de la información**

El análisis estadístico comprendió una primera fase descriptiva que compara la distribución porcentual de cada una de las variables de interés entre el grupo de usuarios de drogas ilegales y el grupo de no usuarios de drogas. Para ello, se obtuvieron porcentajes en tabulaciones cruzadas y se utilizaron los datos ponderados. La prueba de independencia se calculó mediante el estadístico de Ji cuadrada que verifica la hipótesis nula de que dos criterios de clasificación son independientes cuando se aplican al mismo conjunto de entidades, en otras palabras, dos criterios de clasificación son independientes si la distribución de un criterio es la misma sin importar cuál será la distribución de otro (Daniel, 2002).

La segunda fase consistió en un análisis multivariado que, mediante regresiones logísticas múltiples, evaluó la probabilidad de asociación entre el conjunto de variables de cada grupo de determinantes y el uso de drogas ilegales en el último año en la población de Baja California, para ello se calcularon razones de momios (RM) y sus respectivos intervalos de confianza al

95 por ciento (IC 95%), ajustando por edad y sexo. Para el cálculo de esta medida de asociación se utilizaron los datos sin ponderador.

La razón de momios es una medida de asociación adecuada para un estudio transversal con un evento dicotómico, en este caso, el consumo o no de drogas ilegales en el último año. La razón de momios compara la probabilidad de ocurrencia del evento (consumo de drogas) con la probabilidad de que no ocurra, en una población expuesta a determinados factores de riesgo, es decir, mide cuánto mayores o menores son los grados de probabilidad de que los individuos que poseen los factores de riesgo experimenten el evento.

Debido a que se trata de un cociente de probabilidades, cuando la razón de momios es igual a 1, estará indicando la ausencia de asociación entre la exposición a los factores de riesgo y el evento (consumo de drogas ilegales). Una razón de momios mayor a 1, será evidencia de que la exposición se asocia con mayores posibilidades de presentar el evento. Si la razón de momios es menor a 1, reflejará la asociación con una exposición protectora (Ávila, 2007).

La información se analizó mediante el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) en la versión 18.0.

## CAPÍTULO III

### **Marco contextual y análisis de resultados**

En el presente capítulo, en primer lugar, se exponen algunas características relevantes de Baja California como el contexto social donde se desenvuelve y configura el consumo de drogas ilegales. Se trata de enfatizar la importancia de ciertas condiciones sociales que pueden ir abonando el terreno para que este fenómeno se desarrolle.

En segundo lugar, se presentan los resultados del análisis de información. Se describen datos generales sobre el consumo en esta entidad y el análisis descriptivo que contrasta los determinantes sociales del grupo de usuarios y no usuarios de drogas ilegales. Se presentan los resultados del análisis multivariado, así como una discusión general de los resultados.

#### **3.1. Baja California: pieza clave para el consumo de drogas**

Baja California es una de las seis entidades federativas que limitan al norte con Estados Unidos de América. La situación demográfica actual de Baja California es el resultado del acelerado crecimiento social poblacional durante la segunda mitad del siglo XX. De acuerdo al XII Censo de Población y Vivienda realizado en 2010, Baja California tenía una población total de 3, 155, 070 habitantes, de los cuales 50.5 por ciento eran hombres y 49.5 por ciento eran mujeres.

El crecimiento de la población de Baja California se debió a la llegada de un gran número de personas desde el interior del país originada por diferentes factores, entre los que podemos mencionar, el inicio del Programa Bracero en la década de 1940, la apertura comercial que permitió el ingreso de mercancía sin pago de derechos; el desarrollo de la agricultura en los valles de Mexicali, San Quintín y Guadalupe y el crecimiento de la industria pesquera que repuntó entre 1940 y 1970, y finalmente, la implementación del Programa de Industrialización Fronteriza (PIF) que marcó la pauta para lo que se ha llamado la industria maquiladora (Mungaray & Samaniego, 2006).

En este contexto, Baja California es una entidad que alberga un gran número de inmigrantes y en comparación con el resto del país, ésta es la segunda entidad federativa, después de Quintana Roo, con el mayor porcentaje de inmigrantes absolutos<sup>1</sup> (52.6 %). Los principales estados de procedencia son Sinaloa, Sonora y Jalisco.

Según el último informe de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF), en el año 2008 llegaron alrededor de 900 mil personas a las ciudades fronterizas de Tijuana y Mexicali (Baja California), provenientes de otros estados de la República, de los cuales la mayoría tenía como destino alguna de dichas ciudades. Desde Estados Unidos arribaron alrededor de 395 mil personas y también se registraron 200,119 migrantes devueltos por las autoridades de Estados Unidos (Segob, 2011). Estos datos no sólo advierten el gran número de inmigrantes residentes en la entidad, sino también la gran afluencia y movimiento de personas.

La ciudad de Tijuana (Baja California) también se ha caracterizado por ser un punto importante de atracción turística, es la ciudad más visitada en la frontera y en 2006 reportó un total de 22 millones de visitantes internacionales. El atractivo turístico refleja también una permisividad legendaria en la venta de alcohol a menores y la diversidad y dinamismo del comercio sexual (Velasco & Contreras, 2011).

El contexto fronterizo genera dinámicas particulares de interacción social entre los dos países debido principalmente a los movimientos transfronterizos, que son aquellos “movimientos de población que se dan de manera circular y cotidiana entre las inmediaciones de ambos lados de la frontera en busca de una amplia variedad de satisfactores” (Ojeda, 1994, pág. 12), los cuales llevan a pensar a la región fronteriza como un espacio complejo con construcciones de sentido y redes de significado compartidas (García, 2010).

Ahora bien, para referirnos al uso de drogas de la población, es importante reconocer que el estado de Baja California, en especial la zona fronteriza con Estados Unidos, es un territorio donde históricamente se ha asentado una red de tráfico de drogas, debido a diferentes factores de índole geográfico y social. En palabras de Ovalle, “[e]l que el estado de Baja California

---

<sup>1</sup> Los inmigrantes absolutos son aquellos que en el levantamiento censal viven en Baja California pero declararon haber nacido en otra entidad federativa.

haya sido identificado por las redes transnacionales del narcotráfico [...] está asociado con su zona fronteriza con Estados Unidos de América y con su proximidad al amplio mercado de drogas ilegales que se ubica en el país vecino.” (Ovalle, 2006, pág. 217).

La presencia de redes de tráfico en este territorio no es un hecho reciente, se tiene noticia que desde principios del siglo pasado, cuando el consumo de drogas aún era legal y legítimo, la marihuana y el opio producidos en México, eran exportados hacia Estados Unidos. En las siguientes décadas, en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos, tuvo que alentar el cultivo de amapola para la producción de morfina y atender las necesidades médicas de sus soldados, lo que, aunado al cierre de rutas de comercio de ese país con Europa, propició la consolidación de rutas de tráfico en las ciudades fronterizas de Tijuana, Mexicali, Nogales y Ciudad Juárez (Astorga, 1996).

Para la década de 1960 se estimaba que había alrededor de trescientos aeropuertos clandestinos asociados al tráfico de drogas en las entidades del norte de México (Astorga, 1996) y a mediados de la década de los setentas, México era el principal proveedor de marihuana y heroína de Estados Unidos (González, 2009).

En las últimas décadas, Estados Unidos se convirtió en el país con mayor consumo en el mundo, lo que ha generado que el comercio de heroína, marihuana y cocaína para ingresar a ese país se incrementara notablemente, de tal manera que en la actualidad, la región que comprende a México, Estados Unidos y Canadá, es el más grande mercado de drogas a nivel mundial (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011).

De acuerdo a datos de autoridades estadounidenses y mexicanas, entre los corredores de tráfico de drogas más utilizados en la frontera norte están, Tijuana (Baja California)-San Diego (California) y Mexicali (Baja California)-Caléxico (California) (PGR, 2000, citado en Ovalle, 2006). Así, tal como lo apunta Ovalle, “la región constituye un enclave estratégicamente ubicado entre zonas productoras, hacia el sur, y zonas consumidoras, hacia el norte, de sustancias psicoactivas...” (Ovalle, 2010, pág. 400). En este sentido, las redes dedicadas al tráfico y comercialización de drogas se han apropiado instrumental y simbólicamente del territorio de Baja California, lo que al mismo tiempo genera complejas transformaciones culturales en esta sociedad (Ovalle, 2010).

El tráfico de drogas debe ser abastecido por una importante producción de las mismas. De acuerdo al último reporte de *United Nations Office on Drugs and Crime*, en la región comprendida por México, Estados Unidos y Canadá, las principales drogas producidas son la marihuana, los estimulantes tipo anfetamínico y los opiáceos. Las mayores cantidades de marihuana se producen en México y Canadá y las exportaciones son hacia Estados Unidos. La mayor parte de la producción de estimulantes tipo anfetamínico es en Estados Unidos, de tal manera que 99 por ciento de los laboratorios de metanfetaminas (*kitchen labs*) se han desmantelado en este país e importantes cantidades de esta droga se envían a la frontera con México. La producción de opiáceos sólo tiene lugar en México y representa cinco por ciento de la producción mundial en 2009 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011).

En cuanto al uso de drogas en esta amplia región, comprendida por los tres países, la marihuana es, al igual que a nivel mundial, la droga más usada. La prevalencia es de 10.7 por ciento, lo que la ubica por encima del promedio mundial y además representa la quinta parte de los consumidores en el mundo. En segundo lugar lo ocupa el consumo de cocaína con una prevalencia de 1.9 por ciento y alrededor de 1.1 por ciento de la población de esta región consume algún estimulante tipo anfetamínico, cifra que está por encima del promedio mundial (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011).

En México, desde 1976, año en que se iniciaron las mediciones epidemiológicas sobre el consumo de drogas ilegales por región, la zona noroccidental del país comprendida por Baja California, Sonora y Chihuahua, sobresalía por presentar la mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales (Rojas, Fleiz, Villatoro, Gutiérrez, & Medina-Mora, 2009).

En 1991 se llevó a cabo la primera medición para el estado de Baja California por medio de la Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior, y se encontró que 13 por ciento de los estudiantes habían consumido al menos una droga ilegal, cifra superior al promedio nacional (8.2 %) (Conadic, 2009).

En 1998 y más recientemente en 2005, Tijuana (Baja California) fue una de las ciudades que reportó un consumo mayor al promedio nacional. En 1998, mientras en todo el país, la prevalencia de consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida fue de 5.2 por ciento, en

Tijuana fue de 14.7 por ciento, para 2005 esta cifra se incrementó a 16.9 por ciento (Secretaría de Salud, 2005; Rojas, Fleiz, Villatoro, Gutiérrez, & Medina-Mora, 2009).

A nivel nacional, Baja California es una de las entidades que actualmente presenta uno de los índices más altos de consumo de drogas ilegales. La situación geográfica de esta entidad y su condición como puerto de comercio y paso obligado del tráfico de drogas, son características que permiten suponer una concentración de las sustancias, la operación de redes de narcomenudeo a nivel local, una mayor disponibilidad de las mismas y por tanto, mayores oportunidades para consumirlas.

Esta situación se ve reflejada en la cantidad de personas que en la última Encuesta Nacional (2008) reportó el ofrecimiento de drogas ilegales regaladas o vendidas. En Baja California 25.7 por ciento de la población reportó que le han ofrecido marihuana regalada, en contraste con 16.6 por ciento a nivel nacional. Asimismo, 12.2 por ciento de la población bajacaliforniana reportó que le han ofrecido otra droga ilegal regalada, en comparación con 7 por ciento a nivel nacional.<sup>2</sup> Esta diferencia, da cuenta de un contexto donde la disponibilidad y acceso a estas sustancias es mucho mayor.

Por otro lado, también es posible suponer, de acuerdo a Zúñiga (1990), que la interacción con la sociedad estadounidense –la mayor consumidora de drogas en el mundo-, genera patrones de consumo similares del lado mexicano. Aunque es difícil probar con certeza este planteamiento, algunos estudios que analizaron el consumo de drogas ilegales en migrantes mexicanos que habían trabajado en Estados Unidos, permiten sugerir esta hipótesis.

Por ejemplo, el estudio de Sánchez y Arellanez (2011) realizado en algunas ciudades de la frontera norte de México con migrantes que retornaban de Estados Unidos, encontró que de 159 migrantes que reportaron haber consumido drogas ilegales alguna vez en la vida, 36.5 por ciento inició el consumo durante la estancia en el vecino país.

Otro estudio también encontró que usuarios de cocaína y metanfetaminas que emigraron a Estados Unidos incrementaron el consumo durante la estancia en ese país y disminuyó al retorno a sus lugares de origen (Sánchez R. , Arellanez, Pérez, & Rodríguez, 2006).

---

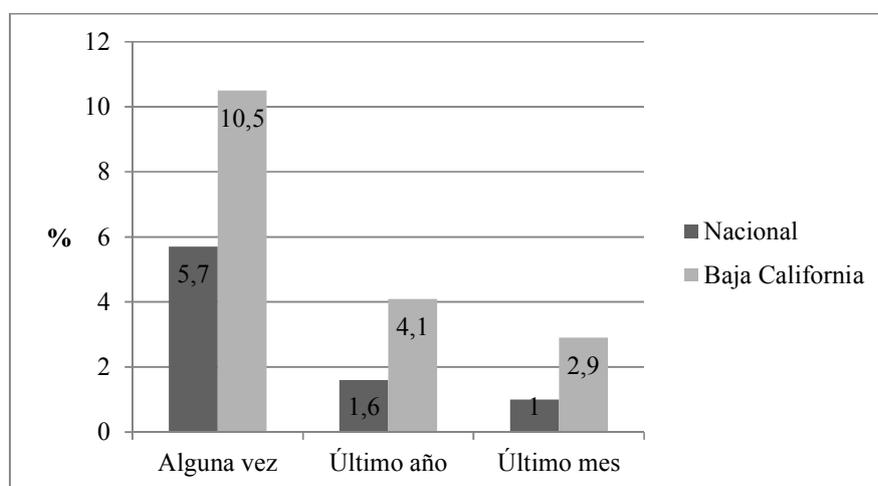
<sup>2</sup> Estimaciones propias con base en la Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

Resultados similares reportan el estudio realizado por Agudelo y Jaramillo (2011) en donde se encontró que del total de migrantes mexicanos entrevistados que consumían drogas ilegales (76), la quinta parte de ellos habían adquirido dicho hábito durante su estancia en Estados Unidos.<sup>3</sup>

### 3.2. Uso de drogas ilegales en Baja California: panorama actual

Baja California es una de las entidades que presenta una mayor prevalencia del uso de drogas ilegales (ENA, 2008). En la siguiente gráfica (3.1) se presenta la prevalencia global, anual y actual del uso de drogas a nivel nacional y en Baja California. Para los tres indicadores se observa un mayor porcentaje de población usuaria de drogas en esta entidad. También se muestran las prevalencias por sexo para Baja California, en donde se advierte que el uso de drogas se presenta mayormente entre los hombres (Gráfica 3.2).

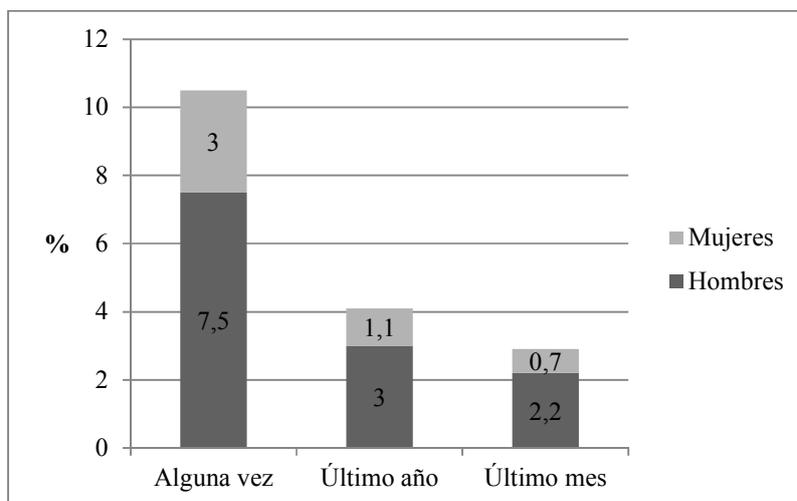
**Gráfica 3.1. Prevalencia global, anual y actual del uso de drogas ilegales, nacional y Baja California**



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

<sup>3</sup> Los resultados de estas investigaciones deben tomarse con sus debidas precauciones, ya que por la naturaleza de cada estudio no es posible determinar si los cambios en los patrones de consumo de drogas están asociados directamente con la migración. Es posible que exista el efecto de otras variables que no hayan sido consideradas y al mismo tiempo, las muestras no son representativas de la población objeto de estudio.

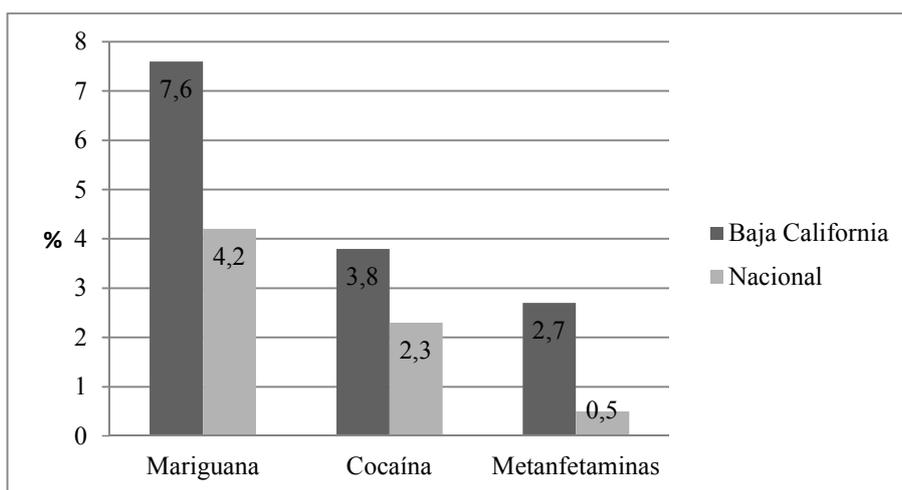
**Gráfica 3.2. Prevalencia global, anual y actual del uso de drogas por sexo, Baja California**



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

Las drogas ilegales más consumidas en Baja California son mariguana, cocaína y estimulantes tipo anfetamínico (que incluye en su mayoría a las metanfetaminas). En la siguiente gráfica se presenta una comparación entre la prevalencia en Baja California y a nivel nacional por tipo de droga. Se advierte que para las tres drogas el consumo es mayor en esta entidad.

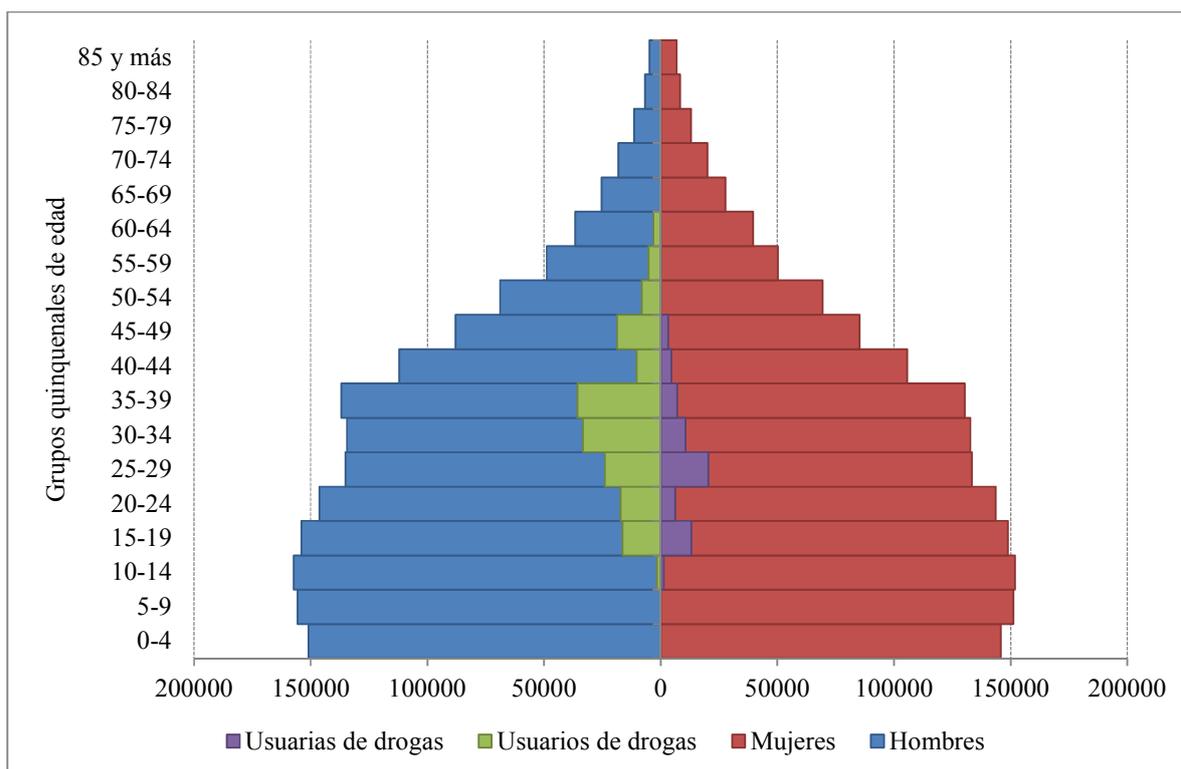
**Gráfica 3.3. Prevalencia global del uso de drogas ilegales según tipo de droga, nacional y Baja California**



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

A continuación se muestran dos pirámides poblacionales que ilustran la proporción de usuarios de drogas con respecto a la población bajacaliforniana. La primera de ellas muestra la proporción de quienes han usado drogas ilegales alguna vez en la vida y la segunda, muestra a quienes lo hicieron en el último año.

**Gráfica 3.4. Pirámide de población y usuarios de drogas alguna vez en la vida, Baja California\***



\*La población total de Baja California corresponde a la población censada en 2010.

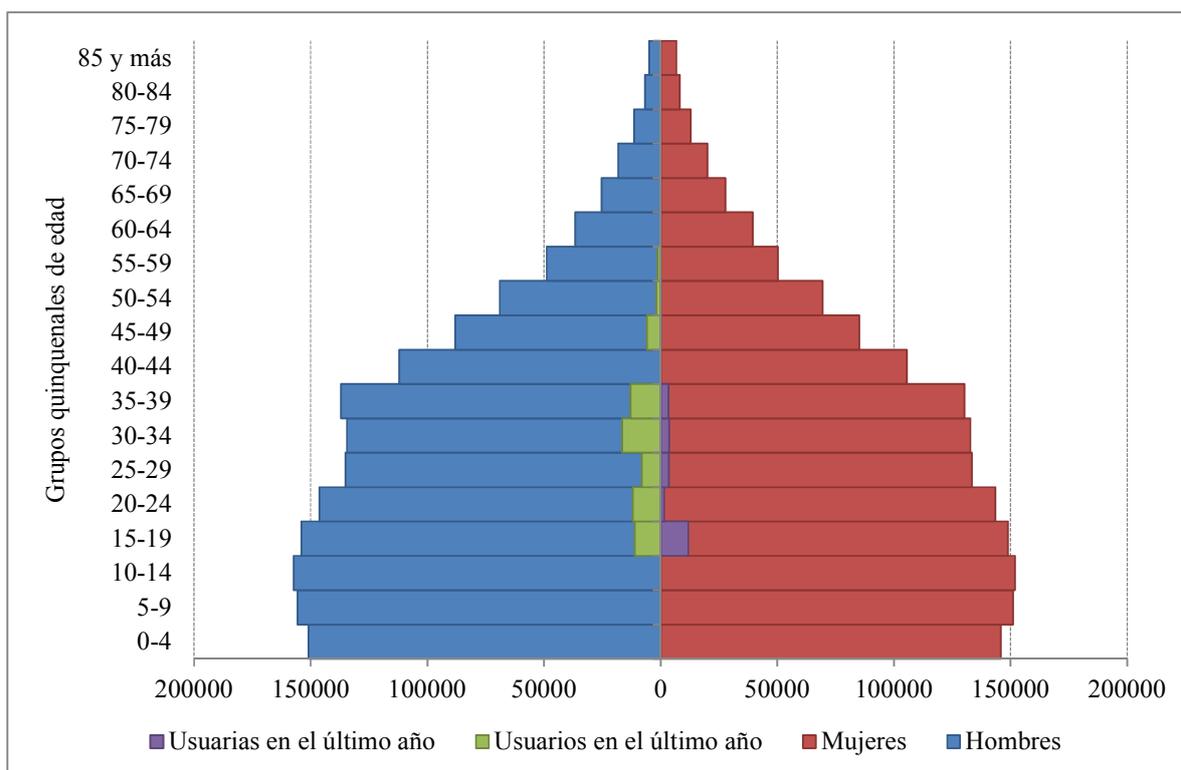
Fuente: XII Censo de Población y Vivienda 2010 y la Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

La pirámide permite observar que el uso de drogas alguna vez en la vida se presenta principalmente en el grupo de los hombres y se concentra en ciertos grupos etarios. Entre los hombres, el consumo se presenta en mayor medida entre los 30 y 39 años de edad, mientras que entre las mujeres es entre los 25 y 29 años. Es importante señalar que, aunque casi no es perceptible en la ilustración, sí existe una cantidad de usuarios (2,928) entre los 10 y 14 años lo que nos indica que el consumo de drogas inicia desde edades muy tempranas.

En la siguiente pirámide, referida al uso de drogas en el último año, se advierte una disminución importante en el número de individuos y se observa también, una distribución

menos diferenciada entre los grupos etarios de los hombres. Los grupos de edad que presentan una mayor proporción de consumidores son el de 30 a 34 años entre los hombres y el de 15 a 19 entre las mujeres. Hacia la punta de la pirámide se observa la disminución de los consumidores en cada grupo de edad, el último grupo que reporta consumo entre las mujeres es el de 35 a 39 y entre los hombres es de 20 años más.

**Gráfica 3.5. Pirámide de población y usuarios de drogas en el último año, Baja California\***



\*La población total de Baja California corresponde a la población censada en 2010.  
Fuente: XII Censo de Población y Vivienda 2010 y la Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

En la tabla 3.1 se presenta la distribución porcentual de los determinantes sociales de la salud en usuarios y no usuarios de drogas ilegales. Se observa que la mayoría de los entrevistados, tanto del grupo de usuarios de drogas ilegales y no usuarios, poseen estudios de secundaria, se dedican a trabajar y se sitúan en la categoría de ingreso medio. De aquellos que trabajan, se observa una mayor proporción de usuarios de drogas en trabajos con menor calificación (78.1%).

Los usuarios de drogas ilegales reportaron en mayor medida situaciones de violencia y venta de drogas en su colonia (76.9 y 72.7 % respectivamente) en contraste con los no usuarios (37.2 y 41.9 %). Asimismo son los usuarios de drogas los que más perciben su colonia como insegura (48.9 %) en relación a los no usuarios (33.5 %) (Tabla 3.1).

Se advierte que los usuarios de drogas han estado más expuestos al ofrecimiento de drogas regaladas o vendidas (94.3 %) y de igual manera, están más vinculados a personas que también usan drogas: casi 80 por ciento de los usuarios reporta que su mejor amigo (a) es consumidor (a), 14.2 por ciento reporta que su padre ha usado drogas y 26.8 por ciento que sus hermanos (as) también lo han hecho. Estas proporciones son menores entre los no usuarios (11.3, 3.6 y 8.9 % respectivamente) (Tabla 3.1).

En relación a la edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco se observa que la mayor parte de ambos grupos (usuarios y no usuarios) inició antes de los 20 años de edad, sin embargo, la proporción que inició después de esta edad es menor entre los usuarios (Tabla 3.1).

Como se advirtió anteriormente, la mayoría de los usuarios de drogas (74.3 %) son hombres jóvenes y adultos, es decir, entre los 18 y 40 años de edad.

**Tabla 3.1.**

**Distribución porcentual de determinantes sociales de la salud en usuarios y no usuarios de drogas ilegales en Baja California**

	<i>Total</i> <i>n= 2,286,793‡</i> <i>%*</i>	<i>Usuarios</i> <i>(último año)</i> <i>n= 93,206</i> <i>%*</i>	<i>No usuarios</i> <i>n= 2,073,839</i> <i>%*</i>
<i>Variables</i>			
<b>Escolaridad</b>			
Primaria	24.2	29.2	24.3
Secundaria	38.5	40.8	38.7
Bachillerato	26.2	23.9	26
Universidad/Posgrado	11	6.1	10.9
Total	100	100	100
<b>Ocupación</b>			
Trabaja	73.6	83.4	72
Estudia	11.8	11	12.5
Ama de casa	14.7	5.6	15.6
Total	100	100	100
<b>Calificación en el trabajo</b>			
Mayor calificación	34.8	21.9	35.5
Menor calificación	65.2	78.1	64.5
Total	100	100	100
<b>Ingreso mensual</b>			
Bajo	29	30.5	29.5
Medio	57.9	46.7	58.3
Alto	13.1	22.9	12.2
Total	100	100	100
<b>Violencia en la colonia</b>			
No	60	32.1	62.8
Sí	40	76.9	37.2
Total	100	100	100
<b>Venta de drogas en la colonia</b>			
No	55.5	27.3	58.1
Sí	44.5	72.7	41.9
Total	100	100	100
<b>Colonia Insegura</b>			
No	65.7	51.1	66.5
Sí	34.3	48.9	33.5
Total	100	100	100

Continuación...

	<i>Total</i> <i>n= 2,286,793</i> <i>%*</i>	<i>Usuarios</i> <i>(último año)</i> <i>n= 93,206</i> <i>%*</i>	<i>No usuarios</i> <i>n= 2,073,839</i> <i>%*</i>
<i>Variables</i>			
<b>Oportunidad de uso</b>			
No	71.7	5.7	78.1
Sí	28.3	94.3	21.9
Total	100	100	100
<b>Uso de drogas en el amigo</b>			
No	83	22.1	88.7
Sí	17	77.9	11.3
Total	100	100	100
<b>Uso de drogas en el padre</b>			
No	95.6	85.8	96.4
Sí	4.4	14.2	3.6
Total	100	100	100
<b>Uso de drogas en los hermanos</b>			
No	89.2	73.2	91.1
Sí	10.8	26.8	8.9
Total	100	100	100
<b>Edad primer uso de alcohol</b>			
Antes de los 20 años	75.3	82.4	72.8
Después de los 20	24.7	17.6	27.2
Total	100	100	100
<b>Edad primer uso de tabaco</b>			
Antes de los 20 años	85.2	93	82.3
Después de los 20	14.8	7	17.7
Total	100	100	100
<b>Edad</b>			
12 a 17	16.6	12.5	17.7
18 a 25	21.2	34.6	21.2
26 a 40	35.7	43.2	34.1
41 a 65	26.5	9.7	26.9
Total	100	100	100

Continuación...

	<i>Total</i>	<i>Usuarios (último año)</i>	<i>No usuarios</i>
	<i>n= 2,286,793‡</i>	<i>n= 93,206</i>	<i>n= 2,073,839</i>
	<i>%*</i>	<i>%*</i>	<i>%*</i>
<i>Variables</i>			
<b>Sexo</b>			
Mujer	50.3	25.7	52.3
Hombre	49.7	74.3	47.7
Total	100	100	100

\*Datos ponderados. Diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ )

‡ El total corresponde a toda la población encuestada.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

En la tabla 3.2 se muestran los resultados del análisis multivariado de los determinantes sociales de cada nivel asociados al uso de drogas ilegales en el último año en la población de Baja California. Se presentan las razones de momios con sus respectivos intervalos de confianza.<sup>4</sup>

Entre los determinantes de la posición socioeconómica se encontró una asociación positiva entre la calificación en el trabajo y el uso de drogas ilegales, de tal manera que quienes se desempeñan en trabajos menos calificados tienen mayores posibilidades de ser consumidores de drogas ilegales (RM= 6.1, IC 95% 1.6-22.7). A pesar de que la escolaridad no obtuvo una asociación significativa, es posible observar una tendencia que muestra que menores niveles de escolaridad se asocian más al uso de drogas. El ingreso mensual familiar, no presenta una asociación estadísticamente significativa.

En relación a los determinantes del contexto local, la violencia en la colonia presenta la mayor asociación con el uso de drogas (RM= 6.4, IC 95% 1.3-30), en relación a la venta de drogas o la percepción de inseguridad en la colonia.

<sup>4</sup> La razón de momios mide cuántos mayores o menores son los grados de probabilidad de que los individuos que poseen los factores de riesgo presenten el evento, en este caso, el consumo de drogas ilegales. Cuando en el intervalo de confianza se incluye el valor nulo (1) se debe interpretar como la ausencia de asociación entre los factores de riesgo y el evento.

Por otro lado, se observa que el ofrecimiento de drogas regaladas o vendidas y el hecho de que el (la) mejor amigo (a) también use drogas son situaciones que se relacionan de manera importante con el consumo (Oportunidad de uso, RM: 12.1, IC 95% 4.7-31; Uso de drogas en el mejor amigo, RM=8.2, IC 95% 4-16.8).

De igual manera, la presencia del consumo de drogas en la familia, ya sea por parte del padre y los (as) hermanos (as), se asocian con el uso de drogas.

En lo tocante a las conductas de riesgo, el uso de alcohol y tabaco, no se obtuvo una asociación estadísticamente significativa, sin embargo, es posible sugerir que el inicio del consumo de alcohol y tabaco en edades más jóvenes aumenta la posibilidad de consumir drogas.

La edad y el sexo de las personas son variables asociadas a este fenómeno, de tal manera que ser hombre y joven (18 a 25 años) son condiciones más relacionadas al uso de drogas ilegales en esta entidad.

**Tabla 3.2.**

**Resultados del análisis multivariado sobre determinantes sociales asociados al uso de drogas en el último año en la población de Baja California**

*Variables*

<b>Variables</b>	<b>RM *</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Escolaridad</b>		
Universidad/Posgrado	1	
Primaria	1.6	0.3-8.3
Secundaria	1.4	0.2-6.7
Bachillerato	1.1	0.2-6.1
<b>Calificación en el trabajo</b>		
Mayor calificación	1	
Menor calificación	6.1	1.6-22.7
<b>Ingreso mensual</b>		
Alto	1	
Bajo	0.3	0.1-1.2
Medio	0.3	0.1-1
<b>Violencia en la colonia</b>		
No	1	
Sí	6.4	1.3-30
<b>Venta de drogas en la colonia</b>		
No	1	
Sí	0.8	0.1-3.5
<b>Colonia Insegura</b>		
No	1	
Sí	1.1	0.3-3.5
<b>Oportunidad de uso</b>		
No	1	
Sí	12.1	4.7-31
<b>Uso de drogas en el amigo</b>		
No	1.0	
Sí	8.2	4-16.8
<b>Uso de drogas en el padre</b>		
No	1	
Si	3.5	1.2-9.5
<b>Uso de drogas en los hermanos</b>		
No	1	
Sí	5.3	2.3-12.3

*Continuación...*

<b>Edad primer uso de alcohol</b>	<b>RM*</b>	<b>IC 95 %</b>
Después de los 20	1	
Antes de los 20 años	1.3	0.3-4.6
<b>Edad primer uso de tabaco</b>		
Después de los 20	1	
Antes de los 20 años	1.9	0.4-7.8
<b>Edad</b>		
41-65	1	
12 a 17	1.0	0.4-2.4
18 a 25	2.9	1.3-6.3
26 a 40	1.5	0.7-3.3
<b>Sexo</b>		
Mujer	1	
Hombre	4.6	2.4-8.9

\* Razón de momios ajustada por el conjunto de variables de cada nivel, por edad y sexo.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

### **3.3. Determinantes sociales del uso de drogas. Discusión de resultados**

En este estudio se encontró que los niveles de escolaridad de los usuarios y no usuarios de drogas ilegales en Baja California no presentan diferencias pronunciadas. Sin embargo, a partir del análisis multivariado, se observó una tendencia que indica que un menor nivel de escolaridad se asocia más con el consumo de drogas ilegales.

En lo tocante al ingreso, a partir de la revisión bibliográfica, se esperaba encontrar diferencias importantes para este indicador entre los usuarios y no usuarios de drogas, sin embargo, no ha sido posible establecer una relación consistente. No obstante, existe una mayor proporción de usuarios de drogas ilegales (22.9 %) en la categoría de ingreso alto, en comparación con los no usuarios (12.2 %), esta situación sugiere que la presencia del consumo de drogas no es un fenómeno exclusivo de los grupos económicamente menos favorecidos, sino que por el contrario, la capacidad para adquirir la droga implica cierto poder adquisitivo. Datos de la misma Encuesta revelan que los consumidores gastan desde 50 hasta 2,000 pesos mexicanos mensuales en adquirir drogas ilegales.

Por su parte, se encontró que la mayoría de los usuarios y no usuarios de drogas son trabajadores, sin embargo, el tipo de trabajo que desempeñan establece una diferencia en cuanto al uso de drogas ilegales. En este análisis se observa que quienes desempeñan ocupaciones de menor calificación (obrero, personal de servicios domésticos, vendedor no asalariado, lavacoches) tienen mayores posibilidades de consumir drogas en relación a las ocupaciones de mayor calificación (profesionista, director, propietario, empleado). Este hallazgo es consistente con el estudio de Mensch y Kandel (1988) que reporta la relación entre ciertas ocupaciones y el uso de drogas.

Los datos anteriores reflejan que, quizá más que la escolaridad o el ingreso, es el tipo de trabajo el que permite entender el uso de drogas en la población. Al analizar las tres variables en conjunto, es posible sugerir que las diferencias en la posición socioeconómica de los individuos no resultan tan pronunciadas en una sociedad como la de Baja California por lo que no se advierten diferencias en relación al fenómeno del consumo de drogas.

En relación a los determinantes relacionados al contexto local, los resultados de este estudio reflejan que la presencia de violencia en la colonia, manifestada en amenazas con armas, violaciones y/o robos, está mayormente relacionada con el uso de drogas, incluso más que la venta de drogas o la percepción de la inseguridad en la colonia.

Es importante considerar que casi 45 por ciento de la población encuestada (Tabla 4.1) reportó la venta de drogas en su colonia, lo que no sólo da cuenta de la existencia de mercados de droga en los contextos locales y por ende, del fácil acceso y disponibilidad de sustancias, sino que indica que gran parte de la población está expuesta a este factor de riesgo y es probable que por ello sean otros los factores que favorecen el consumo, dicho en otras palabras, ya que gran parte de la población está expuesta a la oferta de drogas esta condición no es la que establece una diferencia importante entre quienes consumen y no consumen drogas ilegales, sino la explicación, a nivel del contexto local, se encuentra más asociada con la violencia que experimentan las comunidades o colonias.

Los resultados aquí presentados son congruentes con los resultados de otras investigaciones que han identificado al crimen y a la violencia como estresores crónicos que se asocian a una

mayor prevalencia de uso de sustancias (Stockdale, Wells, Tang, Belin, Zhang, & Sherbourne, 2007; Winstanley, Steinwachs, Ensminger, Latkin, Stitzer, & Olsen, 2008).

El estrés sobre la percepción del contexto social en el que se habita está asociado a mayores niveles de ansiedad, depresión y uso de drogas (Stockdale, Wells, Tang, Belin, Zhang, & Sherbourne, 2007), por lo que se esperaba encontrar una asociación importante entre la percepción de una colonia insegura y el consumo de drogas ilegales, sin embargo, no es posible establecer una relación consistente aunque hay que notar que el grupo de usuarios de drogas reportó más la inseguridad en sus comunidades.

Por otro lado, la oportunidad de uso de drogas y el uso de drogas en el (la) mejor amigo (a), como determinantes intermedios de la salud que muestran características y prácticas de la red de pares, mantienen una importante asociación con el uso de drogas ilegales en esta población.

La oportunidad de usar drogas a través del ofrecimiento de éstas ya sea regaladas o vendidas, advierte la disponibilidad de sustancias y de alguna manera, una práctica que implica la exposición al consumo. Casi la totalidad de los usuarios de drogas (Tabla 4.1.) reportó el ofrecimiento de las mismas, lo cual se asocia con mayores posibilidades de consumirlas. No es adecuado suponer que se hace referencia a la primera vez en que se usó la sustancia dado que el diseño de la pregunta no explora la dimensión temporal, sino que es posible que se esté haciendo referencia a una práctica común entre los pares consumidores.

No obstante, es importante considerar que existe un porcentaje importante de población (21.9 %) que reporta haber tenido la oportunidad para usar drogas aunque no ha incurrido en el consumo.

En relación al uso de drogas en el (la) mejor amigo (a), los resultados aquí obtenidos son acordes con otras investigaciones que reportan que generalmente quienes usan drogas mantienen amigos o conocidos que también lo hacen o bien, aprueban esta conducta. De acuerdo a Galván y colegas, en la bibliografía sobre uso de drogas y redes sociales, la influencia de los pares es el “mecanismo moldeador y alentador del uso de drogas más fuerte y consistente de todos” (Galvan, Serna, & Hernández, 2008, pág. 394). En este caso, casi 80 por ciento de los usuarios de drogas ilegales reportan que su mejor amigo (a) también es

consumidor (a), lo cual contrasta con los no usuarios quienes apenas 11 por ciento así lo reporta.

Por otro lado, diferentes características de la estructura y dinámica familiar impactan de diversas maneras en la salud de sus miembros. En este estudio se encontró que el uso de drogas en el padre y los (as) hermanos (as) se asocia significativamente con la presencia del consumo. La red familiar, como un determinante intermedio, y la asociación con el uso de drogas resultó consistente.

El uso de alcohol y tabaco resulta relevante porque son indicadores de los estilos de vida del individuo, además que el uso de estas sustancias mantiene una relación con el consumo de drogas ilegales. Pese a que en este trabajo no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad del inicio de consumo de alcohol y tabaco y el uso de drogas ilegales, se observó una tendencia que indica que haber iniciado el uso antes de los 20 años para ambas sustancias, presenta mayores probabilidades de usar drogas ilegales. Los resultados obtenidos para Baja California contrastan con los calculados a nivel nacional, donde el inicio temprano de alcohol o tabaco duplica efectivamente la posibilidad de usar drogas ilegales.

Este hallazgo resulta de suma importancia si también se comparan las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco en Baja California respecto al promedio nacional: las prevalencias de consumo diario de alcohol<sup>5</sup> (0.3 %) y de bebedores altos<sup>6</sup> (18.4 %) en Baja California son de las más bajas en México y la prevalencia de consumo de tabaco (19.4 %) está cerca del promedio nacional (Conadic, 2008). Quizá el nivel de consumo de estas sustancias (alcohol y tabaco) es bajo y no representa un problema de mayor magnitud entre la población como el caso de las drogas ilegales. Sin minimizar el consumo de alcohol y tabaco como un problema de salud, se intenta apuntar que la relación entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales parece contener características singulares en este contexto.

Asimismo, datos de la misma Encuesta, revelan que la edad promedio del inicio del consumo de alcohol en Baja California es de 17.7 años y del consumo de tabaco es de 16.8 años, lo que

---

<sup>5</sup> Se refiere a consumir diariamente al menos una copa.

<sup>6</sup> Quienes reportan haber consumido cinco copas o más, por ocasión, por lo menos alguna vez en la vida (Conadic, 2008).

efectivamente confirma que las edades de inicio del consumo de estas sustancias (alcohol y tabaco) es a edades tempranas y en este sentido, se requiere, a nivel metodológico generar un análisis más detallado de cada rango de edad. En este trabajo no fue posible profundizar en esta relación.

Por otro lado, con relación a los determinantes individuales, la edad y el sexo de los individuos son determinantes individuales que están muy asociados al consumo de drogas ilegales. Para el caso de la población de Baja California, la mayoría de los usuarios de drogas son hombres (74.3 %) cuyas edades fluctúan entre los 18 y 40 años de edad, es decir, son jóvenes y adultos jóvenes, lo cual coincide con los resultados de otras investigaciones (Merline, O'Malley, Schulenberg, Bachman, & Johnston, 2004).

Es importante resaltar que existe una proporción de usuarios de drogas ilegales entre los 12 y 17 años de edad, es decir, en la etapa de la adolescencia y aunque es una proporción menor (12.5 %) el hecho resalta por sí mismo, ya que es más probable que este grupo desarrolle mayores problemas asociados al consumo en las etapas posteriores de vida.

Estos hallazgos nos muestran que el fenómeno del consumo de drogas está configurado a partir de diferencias de género y a partir de las etapas del curso de vida.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos se observa que el consumo de drogas entre la población está asociado a factores que operan en diversos niveles de determinación. El tipo de trabajo que desempeñan los individuos, situaciones de violencia en las colonias, el uso de drogas en la red familiar y de pares, así como el género y la etapa de vida que viven los individuos son condiciones que, en un contexto como el de Baja California se asocian al consumo de drogas ilegales.

## CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue conocer los determinantes sociales del consumo de drogas ilegales en Baja California y avanzar en la comprensión de por qué esta entidad presenta los índices de consumo más altos en todo el país.

El estudio del consumo de drogas ilegales cobra relevancia principalmente por las situaciones críticas asociadas como la violencia, la transmisión de ciertas enfermedades, los accidentes, las muertes por sobredosis y por supuesto, por su relación con el mercado y el comercio de las mismas.

En este trabajo se partió desde la perspectiva teórica-conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud con el objetivo de analizar la dimensión social de este fenómeno. Cada vez más, ha quedado claro que el consumo de drogas ilegales no es un problema exclusivamente médico, sino que son diversos factores de carácter social y cultural los que intervienen para su desarrollo y mantenimiento. La perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, desarrollada por Julio Frenk y por la Organización de las Naciones Unidas, ayuda a comprender que, a través de diversos mecanismos, el contexto social afecta y determina las condiciones de salud de los individuos y las poblaciones.

El hecho de que algunas personas consuman drogas ilegales y otras no, no es un hecho aleatorio. Como se comprobó en este trabajo, el consumo está asociado a condiciones de un contexto social específico. Desde las condiciones macro estructurales, como el gobierno y las políticas económicas hasta las características biológicas de los individuos, existe una cadena de factores que juegan un papel importante en la explicación del consumo de drogas ilegales. Sostener que el consumo de drogas es un problema de salud, no implica concebir a éste como una enfermedad sino implica una concepción que incluya a las condiciones sociales de la población para explicar las diferencias de salud entre los individuos.

Para cumplir el objetivo de la presente investigación se analizó una de las principales fuentes de datos en este país, la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), realizada en hogares y con representatividad nacional y estatal. Aunque la Encuesta explora información muy variada y de suma importancia sobre el consumo de drogas ilegales, sigue prevaleciendo una visión individual del fenómeno ya que la mayoría de las variables exploran condiciones que atañen

sólo a los individuos y poco puede saberse de cómo es el entorno social donde ellos se desenvuelven.

Al mismo tiempo, no podemos desdeñar que estamos frente a un fenómeno ilegal y socialmente estigmatizado por lo que es muy probable que la información que arroja la Encuesta esté subestimada, y ante esta situación, es necesario pensar en nuevas formas de medir la magnitud de este fenómeno, aunque parece que el problema no radica en el diseño de las encuestas, sino en la condición de la ilegalidad que subyace al consumo de drogas.

También es pertinente complementar los estudios con otras fuentes disponibles -como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)<sup>1</sup>- y también con el diseño de estudios cualitativos que permitan llegar a donde las estadísticas no lo hacen.

Ahora bien, hablar sobre los determinantes sociales de la salud nos obliga a pensar en las condiciones del contexto macro social que favorecen el consumo y que difícilmente pueden ser captados o cuantificados en variables concretas. A pesar de la carencia de datos contundentes, es posible aventurar algunas líneas explicativas que ya han sido planteadas con anterioridad (Zuñiga, 1990).

La primera de ellas está relacionada con el tráfico y comercio de drogas. Baja California, en especial la ciudad de Tijuana, históricamente ha sido uno de los principales puertos de entrada de drogas ilegales hacia Estados Unidos, el país con más altos índices de consumo. Aunque no podemos aseverar una relación directa que dicte que a mayor tráfico mayor consumo, es posible suponer que las redes de tráfico a nivel local aumentan la disponibilidad y oportunidad para adquirir drogas. Tal como se apuntó, los datos que apoyan esta línea explicativa son el gran número de personas que reportó la venta de drogas en sus colonias, así como la oportunidad para usarla mediante el ofrecimiento de ésta ya sea regalada o vendida, datos que están por encima del promedio nacional.

La segunda línea explicativa indica que al existir una interacción importante con la población estadounidense es probable que existan prácticas sociales compartidas en relación al consumo

---

<sup>1</sup> El SISVEA genera estadísticas del comportamiento epidemiológico de las adicciones con base en la información proporcionada por los centros de tratamiento y rehabilitación del uso de drogas, ya sea gubernamentales y no gubernamentales, los Consejos Tutelares para Menores, los Servicios Médicos Forense y los servicios de urgencia de los hospitales.

de drogas. Hechos que posiblemente puedan sostener esta idea son que, por un lado, después de la marihuana y la cocaína, la droga más consumida en Baja California son los estimulantes tipo anfetamínico, conocidos coloquialmente como metanfetaminas, ice y/o cristal, sustancias que también desde la década de los sesentas presentan índices altos de consumo en California (Estados Unidos) (Gonzales, Mooney, & Rawson, 2010). Asimismo, algunos estudios reportaron que migrantes mexicanos que trabajaron en Estados Unidos cambiaron sus patrones de consumo de drogas ilegales, ya sea que incrementaron la cantidad de droga que consumían o bien, experimentaron con sustancias nuevas durante su estancia migratoria.

Si se tomará esta línea argumentativa, será necesario pensar a Baja California (México) y California (Estados Unidos), en especial, la zona fronteriza, como una misma región de consumo. Esta perspectiva no fue planteada en el origen de la investigación, sin embargo, ahora es necesario apuntar hacia el estudio del consumo de drogas como un fenómeno que se extiende más allá de las fronteras entre los países.

Al respecto, Salgado (2009), ya ha propuesto el concepto de *salud fronteriza* para hablar de un campo de acción de la “salud pública que refleja la diversidad y cambios en una región con cultura y desarrollo social diferenciales, pero que trasciende la división geopolítica, las diferencias culturales y los niveles de desarrollo entre los dos países” (Salgado, 2009, pág. 114). Aunque Salgado enfatiza la ejecución de acciones concretas para la población, vale la pena retomar la importancia del análisis de los problemas de salud con esta perspectiva integradora.

Ahora bien, a partir de este contexto social como telón de fondo, se debe comprender el perfil de los consumidores de drogas ilegales y sus determinantes sociales.

Al referirnos al primer grupo de determinantes sociales, los estructurales, se encontró que la escolaridad y el ingreso, indicadores frecuentemente asociados a varios problemas de salud, no mantienen una relación concluyente con el consumo de drogas ilegales en esta población. Este hallazgo invita a reflexionar más sobre las características de la sociedad bajacaliforniana porque quizá las desigualdades sociales, en términos de escolaridad o ingreso, no se manifiesten de forma tan pronunciada y por ello es probable que existan otro tipo de determinantes estructurales, que expliquen el consumo de drogas.

A diferencia de la escolaridad y el ingreso, el tipo de ocupación que desempeñan los individuos establece una diferencia entre quienes consumen y no consumen drogas ilegales, lo que nos lleva a pensar en los contextos psicosociales de los lugares de trabajo como verdaderos espacios de riesgo para el consumo de drogas. En esta investigación no ha sido posible profundizar en esta relación, sin embargo, se sabe que ciertas condiciones como las excesivas demandas físicas, mentales y emocionales con las que las personas lidian en sus lugares de trabajo, generan altos niveles de estrés, depresión o agotamiento.

Al referirnos a los determinantes intermedios, en el ámbito local, para el caso de Baja California, no es la venta de drogas en las colonias lo que se relaciona con el consumo de las mismas, como sucede con los datos a nivel nacional, sino es la presencia de violencia la que muestra la mayor asociación.

Nuevamente aparece la compleja relación entre drogas y violencia que ha recibido suficiente atención en la bibliografía. Se sabe que comunidades con altos niveles de violencia, a través de diversos mecanismos y procesos, propician el consumo de drogas ilegales entre la población, y los resultados aquí presentados pueden apuntar hacia esa dirección, sin embargo, también se ha reconocido que algunos consumidores participan en actividades ilícitas como el robo<sup>2</sup> con el fin de adquirir recursos para comprar drogas y también se ha enfatizado a la violencia como producto del mercado ilegal, por lo tanto, es difícil establecer causalidad en una sola dirección y suponer que sólo una causa a la otra. La relación entre violencia y drogas parece configurarse de manera más compleja y en este sentido, queda seguir explorando esta relación en contextos locales específicos y quizá incluir otro tipo de variables o indicadores que permitan comprender cómo se construye esta relación.

Por otro lado, en relación a otro grupo de determinantes intermedios, se encontró, tal como se esperaba, que quienes consumen drogas están vinculados a personas que también lo hacen. En este caso, se exploró el consumo de drogas en algún miembro de la familia (padre y/o hermanos) y el consumo en la red de pares, en específico de quien se considera el (la) mejor amigo(a) y los resultados permiten concluir una relación consistente, lo cual parece una

---

<sup>2</sup> Existe un importante número de personas detenidas por cometer algún delito o infracción y que estaban bajo los efectos de alguna droga ilegal. Así lo muestran los datos del SISVEA: de más de 8 mil detenidos que ingresaron a los Consejos Tutelares de Menores Infractores a nivel nacional en 2009, casi 25 por ciento estaba bajo los efectos de alguna sustancia mientras cometían el delito o infracción.

característica propia de este fenómeno y no es esencial al contexto bajacaliforniano. En este estudio no ha sido posible profundizar en el tipo de vínculos entre los miembros de la familia y los pares, o los mecanismos de influencia, sin embargo, la bibliografía ahonda sobre ello.

En lo tocante al consumo de alcohol y tabaco, como determinantes intermedios, en la presente investigación se encontró que para el caso de Baja California, el inicio del consumo de alcohol y tabaco antes de los 20 años de edad no se asocia significativamente con el consumo de drogas ilegales, a diferencia de los resultados mostrados en otros estudios y los datos calculados a nivel nacional. Este hallazgo resulta de suma importancia porque quizá el nivel de consumo de estas sustancias (alcohol y tabaco) es bajo y no representa un problema de mayor magnitud entre la población como el caso de las drogas ilegales. Con esta aseveración no se trata de minimizar el consumo de alcohol y tabaco como un problema de salud, sino que se intenta apuntar que la relación entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales parece contener características singulares en este contexto. En este sentido es necesario estudiar a mayor detalle cómo se desarrolla el consumo del alcohol y tabaco en esta población y comprender como se vincula al consumo de drogas ilegales.

Al respecto de los determinantes individuales, en el presente trabajo se encontró que la mayoría de los consumidores en Baja California son hombres jóvenes y adultos jóvenes -en edades que van desde los 18 hasta los 40 años de edad- lo cual parece indicar que el fenómeno de las drogas parece estar relacionado por un lado, a la juventud y por otro, a lo masculino.

Se sabe que el consumo en la adolescencia puede representar la manera de pertenecer a un grupo y conforme se incrementa la edad, algunos eventos, como unirse o casarse y convertirse en padre o madre, son factores que motivan el cese del consumo. Esto nos invita a seguir con el análisis del consumo de drogas ilegales desde una perspectiva que involucre la dimensión temporal en la vida de los individuos, de tal manera que se puedan reconstruir trayectorias de consumo que ayuden a entender por qué ciertas etapas de vida se relacionan más a este fenómeno.

Es un hecho que, en general, el consumo de drogas ilegales entre las mujeres es menor en comparación con el de sus pares masculinos, aunque también hay estudios que indican que entre ellas la preferencia es hacia otro tipo de sustancias, como el alcohol, el tabaco y/o las

drogas médicas. Cabe destacar que para el caso de Baja California, el consumo entre las mujeres es más elevado si se compara con otras entidades o con el promedio nacional, o dicho en otras palabras, la brecha entre el consumo de los hombres y el de las mujeres es menor. Estos datos exigen la futura realización de estudios con poblaciones específicas, como las mujeres, y además la inclusión de una perspectiva de género en el análisis, lo que permitirá reconstruir desde otro ángulo el fenómeno del consumo de drogas.

Los resultados de este trabajo permiten dar respuesta a la principal pregunta de investigación al describir y explicar los determinantes sociales del consumo de drogas y por tanto, contar con una aproximación al perfil de los consumidores: las drogas más consumidas son la marihuana, cocaína y metanfetaminas; la mayoría de los consumidores son hombres jóvenes y adultos jóvenes que trabajan, y se ocupan en trabajos de baja calificación. Asimismo, habitan en colonias donde la violencia está presente y generalmente se vinculan a personas que también consumen drogas, ya sea la familia y/o amigos.

En este sentido, la calificación en la ocupación -como determinante estructural-, el contexto comunitario y el consumo en las redes como determinantes intermedios, la edad y el sexo de los individuos, como determinantes individuales, son los determinantes sociales que en su conjunto, explican el consumo de drogas ilegales entre la población bajacaliforniana.

La propuesta de los determinantes sociales de la salud que se fundamenta en el análisis de factores situados en diversos niveles de determinación, resulta una estrategia adecuada para el estudio del consumo de drogas ilegales debido principalmente a que enfatiza el carácter social de este fenómeno y permite un análisis complejo de los contextos sociales del consumo. La inclusión de variables que caractericen tanto a los individuos como a sus entornos, permite contar con una visión integral de las condiciones de salud y posibilita conocer las diferencias entre los perfiles y tendencias de consumo de la población.

Es difícil hablar de drogas sin pensar en las consecuencias individuales y sociales no sólo del consumo, sino de su comercio ilegal, y en este sentido, resta continuar con el estudio de este fenómeno a partir de diseños complejos de investigación que aporten a la discusión en materia de política pública, de prevención y atención a la población.

La presente investigación ha aportado apenas un panorama general de cómo se constituye el consumo reciente de drogas ilegales en la población de Baja California y vale la pena continuar con el estudio más detallado de sus determinantes sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, F. (2003). La familia en los estudios de población en América Latina: estado del conocimiento y necesidades de investigación. *Papeles de Población* (037), 1-44.
- Agudelo, M., & Jaramillo, M. (2011). Cambios en los patrones asociados con la salud en los migrantes indocumentados: la experiencia en el norte de México, 2006-2007. *Medicina social*, 6(1), 26-33.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Cuarta ed.). Washington.
- Astorga, L. (1996). *El siglo de las drogas*. México: Espasa-Calpe Mexicana.
- Ávila, M. H. (2007). *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios*. Distrito Federal: Editorial Médica Panamericana.
- Barca, A., Otero, J., Mirón, L., & Santórum, R. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología*(25), 103-109.
- Blanco, M., & Pacheco, E. (2003). Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de Población* (038), 159-193.
- Boyd, C., & Mieczkowski, T. (1990). Drug use, health, family and social support in "crack" cocaine users. *Addictive Behaviours*, 15(5), 481-485.
- Burton, R., Johnson, R., Ritter, C., & Clayton, R. (1996). The effects of role socialization on the initiation of cocaine use: an event history analysis from adolescence into middle adulthood. *Journal of Health and Social Behaviour*, 37, 75-90.
- Caballero, M. Á., Ramos, L., González, C., & Saltijeral, M. T. (2010). Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 34, 576-584.
- Castillo, I., & Gutiérrez, A. D. (2008). Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 351-359.
- Chen, K., & Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85(1), 41-47.

- Collins, J. (1990). Summary thoughts about drug and violence. En M. De la Rosa, E. Lambert, & B. Gropper (Edits.), *Drugs and violence: causes, correlates, and consequences* (págs. 265-275). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Conadic. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Cuernavaca: Consejo Nacional contra las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría; Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Gonzalo Río Arronte, IAP.
- \_\_\_\_\_. (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Resultados por entidad federativa. Baja California*. Consejo Nacional contra las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría; Instituto Nacional de Salud Pública; Fundación Gonzalo Río Arronte, IAP.
- Cwikel, J. (2006). *Social Epidemiology*. New York: Columbia University Press.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Future Studies.
- Daniel, W. (2002). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. Distrito Federal: Limusa Wiley.
- Elo, I. T. (2009). Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective. *Annual Review of Sociology*, 35, 553-572.
- Escohotado, A. (1994). *Las drogas. De los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, J. (2008). The developmental antecedents of illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165-177.
- Frenk, J. (1994). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública* (Primera ed.). Distrito Federal: Fondo de Cultura Económica.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2004). The social epidemiology of substance use. *Epidemiologic Reviews*, 26, 36-52.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D., Smith, G., & Lynch, J. (2006). Indicators of socioeconomic position. En M. Oakes, & J. Kaufman, *Methods in Social Epidemiology* (págs. 47-85). San Francisco: Wiley.
- Galvan, J., Serna, G., & Hernández, A. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y tratamiento. *Salud Mental*, 31(5), 391-402.

- García, N. U. (2010). *Familias transfronterizas de la región Tijuana-San Diego. Identidad e interacciones sociales*. Tesis de maestría en Estudios Socioculturales. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Ghazal, J., & Gorman, B. (2010). Gender and Health Inequality. *Annual Review of Sociology*, 36, 371-386.
- Gomes, M. A. (2005). Determinantes de la Salud. Panel 1: Contexto del Sistema de Salud. San Juan: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio en los sistemas de salud. Taller San Juan Puerto Rico.
- Gonzales, R., Mooney, L., & Rawson, R. (2010). The methamphetamine problem in the United States. *Annual Review Public Health*, 385-398.
- González, P. (2009). *La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California*. Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California.
- International Narcotics Control Board. (2003). *Informe 2003*. International Narcotics Control Board.
- Kindig, D. (2007). Understanding Population Health Terminology. *The Milbank Quarterly*, 85(1), 139-161.
- Kosterman, R., Hawkins, D., Guo, J., Catalano, R., & Abbott, R. (2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health*, 90(3), 360-367.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada .
- Linares, P. N., & Cravioto, Q. P. (2003). Principales enfoques y estrategias metodológicas empleados en la investigación del consumo de drogas: la experiencia en México. *Revista cubana de medicina general y integral*, 19(2), Serial Online.
- Llenas-Muney, A., & Lichtenberg, F. (2005). Are the More Educated More Likely to Use Drugs. *Annals of Economics and Statistics*(79/80), 671-696.
- Malone, P., Lamis, D. A., Masyn , K. E., & Northrup, T. F. (2010). A Dual-Process Discrete-Time Survival Analysis Model: Application to the Gateway Drug Hypothesis. *Multivariate Behavioral Research*, 45, 790-805.
- Marchand, A. (2007). Mental health in Canada: Are there any risky occupations and industries? *International Journal of Law and Psychiatry*, 272-283.

- Marmot, M., Siegrist, J., & Theorell, T. (2006). Health and psychosocial environment at work. En M. Marmot, & G. R. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health* (págs. 97-130). New York: Oxford University Press.
- Martínez, J. L., Fuentes, F., Ramos, M., & Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, *15*(02), 161-166.
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. E., & Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, *27*(6), 17-28.
- Mayer, K. U. (2009). New Directions in Life Course Research. *Annual Review of Sociology*, *35*, 413-433.
- Medina-Mora, M. E., Peña-Corona, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano del tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*, *44*(Suplemento 1), 109-116.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño, S., & Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, *131*(4), 383-395.
- Mensch, B. S., & Kandel, D. B. (1988). Do Job Conditions Influence to Use Drugs. *Journal of Health and Social Behaviour*, *29*(2), 169-184.
- Merline, A., O'Malley, P., Schulenberg, J., Bachman, J., & Johnston, L. (2004). Substance use among adults 35 years of age: prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. *American Journal of Public Health*, *94*(1), 96-103.
- Mora-Ríos, J., Nátera, G., & Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo de jóvenes. *Salud Mental*, *28*(2), 82-91.
- Mungaray, A., & Samaniego, M. A. (2006). De 1945 a nuestros días. Internacionalización económica y democracia política en Baja California. En M. A. López (Ed.), *Breve historia de Baja California* (págs. 183-229). Baja California: Miguel Ángel Porrúa.
- Ochoa, E., & Mádoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y seguridad en el trabajo*, *54*(213), 25-32.
- Ojeda, N. (1994). Familias transfronterizas en Tijuana, migración y trabajo internacional. En N. Ojeda, & S. López, *Familias transfronterizas en Tijuana: dos estudios complementarios*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.

- Ovalle, L. P. (2006). Las redes transnacionales del narcotráfico y su territorialización en Baja California. En E. Garduño, *Cultura, agentes y representaciones sociales en Baja California* (págs. 265-232). Tijuana: Miguel Ángel Porrúa.
- \_\_\_\_\_ (2010). El impacto de las redes de narcocontráfico en la vida cotidiana. En D. Pinera, & J. Carrillo, *A cien años de la Revolución Mexicana 1910-2010* (págs. 399-411). El Colegio de la Frontera Norte y Universidad Autónoma de Baja California.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviours. *Annual Review of Sociology*, 36, 349-370.
- Ritterman, M. L., Fernald, L. C., Ozer, E. J., Adler, N. E., Gutierrez, J. P., & Syme, L. (2009). Objective and subjective social class gradients for substance use among Mexican adolescents. *Social Science and Medicine*, 68, 1843-1851.
- Rojas, E., Fleiz, C., Villatoro, J., Gutiérrez, M., & Medina-Mora, M. E. (2009). Tendencias del consumo de drogas de 1998 a 2005 en tres ciudades de la zona norte de México: Ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana. *Salud Mental*, 32(1), 13-19.
- Romaní, O. (1997). Etnografía y drogas: discursos y prácticas. *Nueva Antropología*, XVI(53), 39-66.
- Romero, M., Rodríguez, E. M., Durand-Smith, A., & Aguilera, R. M. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Primera parte. *Salud Mental*, 26(6), 76-84.
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografía Humanitas*, 5, 69-84.
- Salgado, N. (2009). Salud fronteriza: Hacia una definición. En G. Rangel, & M. Hernández, *Condiciones de salud en la frontera norte* (págs. 105-119). México: Secretaría de Salud, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de la Frontera Norte.
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D., & Gannon-Rowley, T. (2002). Assessing "neighborhood effects": social process and new directions of research. *Annual Review of Sociology*, 28, 443-478.
- Sánchez, R., & Arellanez, J. L. (2011). Uso de drogas en migrantes mexicanos captados en las ciudades de la frontera noroccidental México-Estados Unidos. *Estudios Fronterizos*, 12(23), 9-27.
- Sánchez, R., Arellanez, J. L., Pérez, V., & Rodríguez, S. (2006). Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental*, 29(1), 35-43.

- Sanz , M., Iraurgi, I., Martínez-Pampliega, A., & Cosgaya, L. (2006). Consumo marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones*, 18(1), 39-48.
- Schaefer-McDaniel, N., O'Brien, M., O'Campo, P., & Gearey, W. (2010). Examining methodological details of neighborhood observations and the relationship to health: A literature review. *Social Science and Medicine*, 277-292.
- Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R., & Vallejo-Seco, G. (2005). Family Risk Factors for Adolescent Drug Misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 14(3), 1-15.
- Secretaría de Salud. (1999). *El consumo de drogas en México. Diagnóstico, tendencias y acciones*. Recuperado el 01 de agosto de 2012, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>
- \_\_\_\_\_ (2005). *Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y drogas, 2005. Reporte Ejecutivo*. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Segob. (2011). *Encuesta sobre migración en la frontera norte de México, 2009. Serie anualizada 2002 a 2009*. Tijuana: Secretaría de Gobernación; Consejo Nacional de Población; Instituto Nacional de Migración; Secretaría de Relaciones Exteriores; Secretaría del Trabajo y Previsión Social; El Colegio de la Frontera Norte.
- Shaw, M. (2004). Housing and Public Health. *Annual Review of Public Health*, 25, 397-418.
- Shinn, M., & Siobhan, T. M. (2003). Community Context of Human Welfare. *Annual Review of Psychology*, 54, 427-459.
- Solar, O., & Irwin , A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion*. Génova: World Health Organization.
- Soto, E. (2008). *Evadir la línea. Drogas y trabajo en la industria maquiladora de Chihuahua* (Primera ed.). Chihuahua: ENAH Chihuahua.
- Stafford, M., & McCarthy, M. (2006). Neighbourhoods, housing, and health. En M. Marmot, & R. G. Wilkinson (Edits.), *Social Determinants of Health* (págs. 297-317). New York: Oxford University Press.
- Stockdale, S. E., Wells, K. B., Tang, L., Belin, T. R., Zhang, L., & Sherbourne, C. (2007). The importance of social context: Neighborhood stressors, stress-buffering mechanisms, and alcohol, drug and mental health disorders. *Social Science and Medicine*, 65, 1867-1881.

- Swaim, R., Beauvais, F., Chavez, E., & Oetting, E. (1997). The Effects of School Dropout Rates on Estimates of Adolescent Substance Use among Three Racial/Ethnic Group. *American Journal of Public Health, 87*, 51-55.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2011). *World Drug Report*. New York: United Nations Publications.
- Valente, T., Gallaher, P., & Mouttapa, M. (2004). Using social networks to understand and prevent substance use: a transdisciplinary perspective. *Substance use and misuse, 39*(10-12), 1685-1712.
- Velasco, L., & Contreras, O. (2011). *Mexican Voices of the Border Region*. Philadelphia: Temple University Press.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Juárez, F., Rojas, E., Carreno, S., & Berenzon, S. (1988). Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction, 93*(10), 1577-1588.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Aguilera, R., Ramos-Lira, L., Medina-Mora, M. E., & Anthony, J. C. (2003). Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria en la Ciudad de México. *Salud Mental, 26*(2), 22-33.
- Wilson, K., Eyles, J., Ellaway, A., Macintyre, S., & Macdonald, L. (2010). Health status and health behaviours in neighbourhoods: A comparison of Glasgow, Scotland and Hamilton, Canada. *Health and Place, 331-338*.
- Winstanley, E. L., Steinwachs, D. M., Ensminger, M. E., Latkin, C. A., Stitzer, M., & Olsen, Y. (2008). The association of self reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 173-182*.
- World Health Organization. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: World Health Organization.
- Zamudio, C. [entrevista] (2012) por Iraís Salazar (trabajo de campo), *El consumo de drogas ilegales en Baja California. Una perspectiva desde los determinantes sociales de la salud*.
- Zuñiga, V. (1990). Uso de drogas e interacción transfronteriza en las ciudades fronterizas de Tamaulipas. *Frontera Norte, 2*(3), 115-135.