

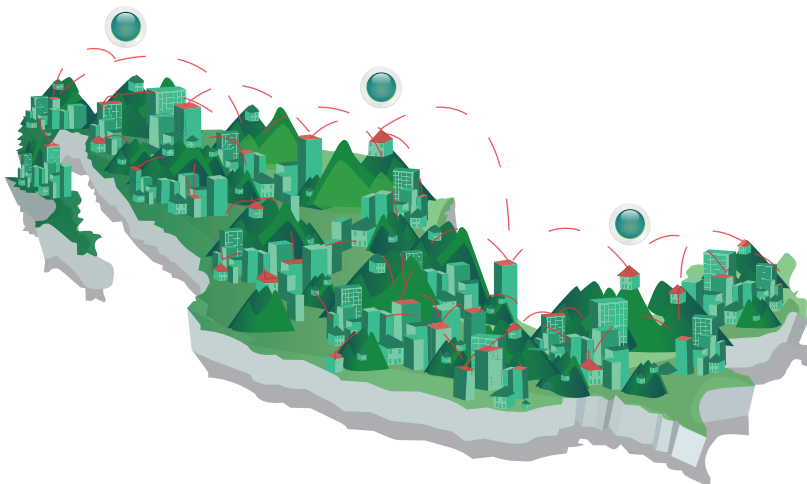
ENCODAT

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco

2016-2017

REPORTE DE

ALCOHOL



Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol

Primera edición 2017

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

Editor: Secretaría de Salud
Tiraje: 2000 ejemplares
Reservados todos los derechos
ISBN: En trámite

Impreso en México / Printed in México

Diseño editorial: Aurora Paredes Mendoza, Alejandra Ojeda Pérez, Daniel Domínguez Resendiz
Diseño de portada: Personal de la Unidad de Encuestas y Análisis de Datos del INPRFM

Citación para el presente documento:

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. **Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol.** Villatoro-Velázquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.

Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx

Directorio
Secretaría de Salud

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Dr. José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
**Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y
Hospitales de Alta Especialidad**

Dr. Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
**Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación
y Participación Social**

Mtro. Gustavo Nicolás Kubli Albertini
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Julio Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Lic. Enrique Balp Díaz
Director General de Comunicación Social

Directorio
Comisión Nacional contra las Adicciones

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dra. Nora Leticia Frías Melgoza
Directora General de Atención y Tratamiento

Mtra. María José Martínez Ruiz
Directora General Eventual

Lic. José Israel Velázquez Holguín
Director General Eventual

Lic. José Bajos Linares
Director General Eventual

Lic. Martha Margarita Valadez Tamez
**Directora General Adjunta de Políticas y
Programas contra las Adicciones**

Directorio
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Maria Elena Medina Mora-Icaza
Directora General

Dra. Claudia Becerra Palars
Directora de Servicios Clínicos

Lic. Ana Maria De la Parra Coria
Directora de Administración

Mtra. Guillermina Natera Rey
Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Dr. Francisco Julio Pellicer Graham
Director en Neurociencias

Dr. Héctor Sentíes Castellá
Director de Enseñanza

Dr. Jorge Julio González Olvera
Subdirección de Investigaciones Clínicas

Directorio
Instituto Nacional de Salud Pública

Dr. Juan Rivera Dommarco
Director General

Dr. Eduardo César Lazcano Ponce
Director Adjunto del Centro de Investigación en Salud Poblacional

Dr. René Leyva Flores
Encargado de la Dirección Adjunta del Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Dr. Simón Barquera Cervera
Director Adjunto del Centro de Investigación en Nutrición y Salud

Dra. Celia Mercedes Alpuche Aranda
Directora Adjunta del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas

Dr. Pedro Saturno Hernández
Director Adjunto del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas

Dra. Hortensia Reyes Morales
Directora Adjunta del Centro de Información para Decisiones en Salud Pública

Dr. Ildefonso Fernández Salas
Director del Centro Regional de Investigación en Salud Pública

Dra. Laura Magaña Valladares
Secretaria Académica



CRÉDITOS

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT) es un esfuerzo coordinado por la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), con la participación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y del Instituto Nacional de Salud Pública, Instituciones que tuvieron a su cargo el diseño conceptual, la elaboración de los cuestionarios del hogar e individual, la capacitación de los encuestadores, el trabajo de campo, la supervisión del trabajo de campo así como el análisis e interpretación de los resultados que se presentan en este libro.

La preparación y el trabajo de campo de la Encuesta se realizaron con financiamiento de la Secretaría de Salud.

Los análisis de la información fueron financiados por el Departamento de Estado de los Estados Unidos de América así como la impresión de los libros. Las opiniones, hallazgos y conclusiones aquí mencionadas son de los autores y no reflejan necesariamente los del Departamento de Estado de los Estados Unidos.



Coordinación General

Jorge Ameth Villatoro Velázquez
Ma. Elena Medina-Mora Icaza
Mauricio Hernández Ávila
Juan Pablo Gutiérrez
Aurora Franco Núñez
Luz Myriam Reynales Shigematsu
Martín Romero Martínez
María José Martínez Ruiz
Martín Mosqueda Ventura

Diseño Conceptual

Jorge A. Villatoro Velázquez
Clara Fleiz Bautista
Ma. Elena Medina-Mora Icaza
Diana Anahí Fregoso Ito
*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz*

Juan Pablo Gutiérrez
Luz Myriam Reynales Shigematsu
Martín Romero Martínez
Aurora Franco Núñez
Laura R. Mendoza Alvarado
Instituto Nacional de Salud Pública

Diseño Logístico

Aurora Franco Núñez
Juan Pablo Gutiérrez
Edgar Antonio Martínez
Gustavo Romero
Isabel Olvera
Manuel Martínez
Melchisedec Maldonado
Veronica A. Jasso
Susana Segoviano
Rosalba Torres
Instituto Nacional de Salud Pública

Diseño y Control Muestral

Martín Romero Martínez
Aurora Franco Núñez
América Andrea Sandoval Zárate
Juan Manuel Zurita Luna
Instituto Nacional de Salud Pública

Capacitación de Personal de Campo

Drogas y Alcohol

Clara Fleiz Bautista
Ailema Roxana Mujica Salazar
Diana Anahi Fregoso Ito
Esbehidy Resendiz Escobar
Itzia Sayuri Soto Hernández
Michelle Bretón Cirett
Vianey Cañas Martínez
Jessica Rubí Merino Martínez
Jorge A. Villatoro Velázquez
*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz*

Tabaco

Luz Myriam Reynales Shigematsu
Luis Zavala Arciniega
Wayra Citlali Paz Ballesteros
Evelyn Rocío Jiménez Mendoza
Ailen Reyna Velázquez Viamonte
Cecilia Guzmán Rodríguez
Miguel Ángel Rodríguez Andrade
Zyanya Norman González
Moisés Ortiz Vargas
María Guadalupe Flores Escartin
Instituto Nacional de Salud Pública

Cuestionario de Hogar

Laura R. Mendoza Alvarado
Claudia S. Romo Rodríguez
Instituto Nacional de Salud Pública

Operativa

Aurora Franco Núñez
Laura R. Mendoza Alvarado
Instituto Nacional de Salud Pública

Prevención del Delito de Alto Impacto

Capitán Raúl Pazos Hernández
Secretaría de Seguridad Pública del D.F.



Levantamiento de Campo

Aurora Franco Núñez
Juan Pablo Gutiérrez
Edgar Antonio Martínez
Gustavo Romero
Isabel Olvera
Manuel Martínez
Melchisedec Maldonado
Veronica A. Jasso
Susana Segoviano
Rosalba Torres

Instituto Nacional de Salud Pública

Desarrollo de Sistemas y Bases de Datos

Fernando Zapata Hernández
Adán Armando Barrios Hernández
Esaú Jafet Palafox Chávez
Lester Carballo Pérez

Instituto Nacional de Salud Pública

Supervisión de Trabajo de Campo

Ailema Roxana Mujica Salazar
Esbehidy Resendiz Escobar
Itzia Sayuri Soto Hernández
Michelle Bretón Cirett
Vianey Cañas Martínez
Diana Anahi Fregoso Ito
Jessica Rubí Merino Martínez
*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz*

Luis Zavala Arciniega
Juan Carlos García Buendía
Ailen Reyna Velázquez Viamonte
Miguel Ángel Rodríguez Andrade
Instituto Nacional de Salud Pública

Análisis Estadístico

Drogas y Alcohol

Jorge A. Villatoro Velázquez
Diana Anahi Fregoso Ito
Esbehidy Resendiz Escobar
Ailema Roxana Mujica Salazar
Itzia Sayuri Soto Hernández
Michelle Bretón Cirett
Vianey Cañas Martínez
Jessica Rubí Merino Martínez

*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz*

Tabaco

Luz Myriam Reynales Shigematsu
Miguel Ángel Rodríguez Andrade
Zyanya Norman González
Valeria Serrano Cote
Luis Zavala Arciniega
Wayra Citlali Paz Ballesteros
Instituto Nacional de Salud Pública

Elaboración de los Libros

Drogas y Alcohol

Jorge A. Villatoro Velázquez
Esbehidy Resendiz Escobar
Ailema Roxana Mujica Salazar
Itzia Sayuri Soto Hernández
Michelle Bretón Cirett
Vianey Cañas Martínez
Ma. Elena Medina-Mora Icaza

*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz*

Tabaco

Luz Myriam Reynales Shigematsu
Luis Zavala Arciniega
Wayra Citlali Paz Ballesteros
Daniela Sarahi Gutiérrez Torres
Juan Carlos García Buendía
Moisés Ortiz Vargas
María Guadalupe Flores Escartin
Instituto Nacional de Salud Pública



Informe Metodológico

Martín Romero Martínez
Aurora Franco Núñez
Laura Mendoza Alvarado
Juan Pablo Gutiérrez

Instituto Nacional de Salud Pública

Coordinación Logística de la Elaboración de los Reportes

Marycarmen Noemí Bustos Gamiño

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Comité Externo de la ENCODAT 2016-2017

Dr. Roy Campos

Presidente de Consulta Mitofsky

Dr. Sergio Aguilar-Gaxiola

Universidad de California, Davis

Dr. Arturo Revuelta Herrera

Director de Información Epidemiológica de la Secretaría de Salud

Guus Zwitser, MSc

Coordinador Ejecutivo

Programa de Política de Drogas

Centro de Investigación y Docencia Económicas – Región Centro

Asesor para la Clasificación de Sustancias Psicoactivas

Dr. Mario Gómez Espinosa

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz



AGRADECIMIENTOS

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016, es el producto del esfuerzo coordinado entre varias instituciones y profesionales del ámbito de las adicciones, a todos quienes participaron nuestro reconocimiento.

El apoyo que nos dieron los estados a través de los Servicios Estatales de Salud y las Comisiones contra las Adicciones de las entidades federativas, resultó muy valioso para poder llevar a buen puerto este estudio.

La Dirección General de Epidemiología llevó a cabo la dictaminación del estudio e hizo recomendaciones importantes para su instrumentación, a través del Dr. Arturo Revuelta Herrera, Dr. Mauricio Ubilla y del Mtro. Mario Cortés. A ellos un especial reconocimiento por su esmero y apoyo para este estudio.

El Comité Técnico Externo, conformado por el Dr. Roy Campos, Presidente de Consulta Mitofsky, el Dr. Sergio Aguilar Gaxiola, Profesor de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la Universidad de California en Davis y el Mtro. Guus Zwitter, Coordinador Ejecutivo del Programa de Política de Drogas del Centro de Investigación y Docencia Económicas, Región Centro, jugó un importante papel y les agradecemos sus valiosas recomendaciones para mejorar aspectos relevantes del estudio.

La labor de campo en estos estudios es sin duda un gran reto cada vez más difícil y requiere de un gran trabajo por parte de los encuestadores, cartógrafos, responsables de cómputo, supervisores y coordinadores, quienes realizaron un extraordinario esfuerzo aún en condiciones muy difíciles de trabajo, sea por inseguridad, por cuestiones de salud o incluso administrativas. A ellos sin duda nuestro mayor reconocimiento por su dedicación y esfuerzo para sacar adelante este estudio.

Agradecemos el gran apoyo recibido cuando iniciamos este proyecto al Mtro. Raúl Martín del Campo, al Dr. Víctor Guiza, a la Lic. Patricia Reyes del Olmo, al Lic. Oliver Galeana y al Lic. Héctor Martínez.

Un agradecimiento especial al personal administrativo de las instituciones involucradas cuya labor facilitó el que este proyecto saliera adelante en tiempo y forma.

A la Mtra. Norma Curiel, cuyo apoyo con el grupo de la línea de CONADIC (01800-911-2000) fue invaluable para atender y canalizar a la población que solicitó ayuda durante todo el operativo de campo, mil gracias a todos ustedes por esta labor tan importante.

Al equipo que apoyó en el desarrollo del componente genético que se midió por primera vez en este estudio, al Dr. Humberto Nicolini, a la Dra. Alma Genis y a la Dra. Beatriz Camarena.



Externamos también un agradecimiento especial a la Embajada de los Estados Unidos en México, quien a través de sus oficinas de INL, aportó financiamiento adicional para hacer posibles estas publicaciones y otros productos asociados a la ENCODAT 2016-2017 a través del número de proyecto SINLEC17CA2011 de la Iniciativa Mérida.

Finalmente y de manera muy especial, a la población que se visitó en sus hogares para llevar a cabo el estudio. Su apoyo con sus respuestas, su disposición a atender a los encuestadores, su ofrecimiento del espacio, del agua o de un refrigerio, son alicientes importantes para la labor que hemos desarrollado. Gracias por su apoyo.

CONTENIDO

Presentación	i
Introducción	iii
ALCOHOL	
1. Panorama Epidemiológico del Consumo de Alcohol	19
2. Metodología del Estudio	29
3. Resultados Principales	45
Prevalencias y tendencias del consumo de alcohol	47
Población total	
Población de 12 a 17 años	
Población de 18 a 65 años	
Tendencias de la edad de inicio del consumo de alcohol	53
Tendencias regionales del consumo de alcohol	55
Población total	
Población de 12 a 17 años	
Población de 18 a 65 años	
Variaciones estatales del consumo de alcohol	57
Consumo per cápita en la población de 15 a 65 años	60
El pre-copeo en jóvenes	61
Dificultades y problemas relacionados al consumo de alcohol	63
Tratamiento y necesidades de atención	65
Percepción de riesgo y tolerancia social del consumo de alcohol	68
Resumen de Resultados	71
4. Conclusiones y Sugerencias	75
5. Referencias	81
6. Glosario	85
Anexo A: Desglose por Estado de la Tasa de Respuesta	
Anexo B: Análisis de las Encuestas 2011, Tradicional 2016 y ENCODAT 2016-2017	
Anexo 1: Tendencias de Alcohol	
Anexo 2: Tendencias de Alcohol por Regiones	
Anexo 3: Intervalos de Confianza de Alcohol Nacional y Estados	
Anexo 4: Consumo Per cápita	
Anexo 5: Cuadros de Tratamiento de Alcohol	
Anexo 6: Mapas del Consumo de Alcohol	



PRESENTACIÓN

El problema mundial de las drogas representa uno de los mayores desafíos para todos los gobiernos del orbe; hoy, la realidad internacional nos impele a ver más allá de lo aparente, a escudriñar el trasfondo de las cosas que se nos presentan como si no lo tuviesen y averiguar lo que hay detrás del consumo de sustancias, sean éstas legales o ilegales, como la frecuencia con que son consumidas, las proporciones de hombres y mujeres que las utilizan con fines de intoxicación, así como las entidades federativas con mayores índices de uso, abuso y dependencia.

En el concierto de las naciones, se difumina cada vez más la distinción entre países productores, de tránsito y consumidores, para dar paso a la concepción globalizada de que las drogas, desde su producción, manufactura, distribución y consumo, representan una seria amenaza para la salud pública y la gobernabilidad de los países.

El consumo de drogas es muy variable, tanto en términos de la magnitud del uso, como del tipo de sustancia y de los grupos etarios que las utilizan; esta diversidad da lugar a varias incógnitas como el hecho de si existe un sólo problema de drogas o son distintos problemas que ameritan políticas diferentes para su abordaje adecuado.

Por consiguiente, las autoridades sanitarias impulsan acciones que les permitan conocer de manera precisa las tendencias y otras características propias del problema en sus territorios, con el afán de diseñar mejor sus políticas, planes y programas. En consecuencia, uno de los principales retos consiste en prevenir los primeros contactos con las sustancias psicoactivas y retrasar la edad de inicio, adoptando un enfoque centrado en las personas y la salud pública, reconociendo que el consumo y los trastornos asociados, son complejos y de naturaleza crónica, que deben ser prevenidos y tratados con intervenciones basadas en evidencia científica y pleno respeto a los derechos humanos.

El Gobierno de la República, al tener presentes estos conceptos, ha delineado una estrategia complementaria conformada por acciones para controlar la oferta pero también para reducir la demanda de drogas, con base en un abanico de intervenciones que abarca desde la prevención en grupos con alta vulnerabilidad, pasando por tareas de detección temprana, referencia oportuna, tratamiento y rehabilitación, hasta esfuerzos en materia de capacitación, normatividad e investigación científica. Ésta es fundamental para conocer la dinámica nacional y local del consumo de drogas (legales e ilegales) y el presente estudio da fe de ello, ya que la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, es continuación de las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en hogares en 1988, 1993, 1998, 2002, 2008 y 2011, para conocer la realidad del uso, abuso y dependencia a sustancias con potencial adictivo en el país, y replantear las líneas de acción para su atención integral impulsadas hasta ahora.



Un pilar del trabajo gubernamental lo constituye el federalismo articulado, con base en el cual las políticas públicas se concretan en los estados y municipios gracias a la participación de los tres órdenes de gobierno, con el apoyo de los sectores social y privado. Es así que los programas en materia de salud y atención a las adicciones, forman parte de una gran alianza en beneficio de las y los mexicanos. Con la participación ciudadana creamos mejores condiciones de gobernabilidad para proteger las fortalezas de México ante la amenaza de las drogas: la salud de nuestras mujeres y hombres que día con día forjan un futuro mejor para esta gran nación.

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones



INTRODUCCIÓN

Los patrones de consumo de bebidas con alcohol han sido estudiados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz desde hace más de cuatro décadas. Se trata del problema de uso de sustancias más extendido en nuestro país con graves consecuencias sociales y para la salud de la población. El abuso de alcohol se asocia con más de 64 enfermedades y es el principal factor de riesgo para enfermar.

Las encuestas de hogares son el mecanismo más efectivo para su estudio. Permiten conocer cuánto alcohol se bebe, cómo se distribuye por grupos de población y por ocasiones de consumo, qué factores aumentan o disminuyen la probabilidad de consumir y desarrollar problemas y cuáles son los daños con los que se asocia. Podemos estimar la proporción que requiere atención, el tipo de tratamiento que se necesita y la proporción que lo recibe.

Merced a estos estudios hemos aprendido que una proporción elevada de la población especialmente mujeres, no bebe alcohol, esto ocasiona que el alcohol disponible lo consuma una proporción menor de la población, en su mayoría hombres. Sabemos también que quienes más recursos tienen, consumen la mayor proporción del alcohol disponible, pero que también los problemas de consumo se concentran en los más pobres, quienes con frecuencia beben con patrones más riesgosos.

El alcohol tampoco se distribuye uniformemente a lo largo de los días de la semana, el consumo se concentra en los fines de semana, con frecuencia iniciando desde el jueves. Esta forma de beber se asocia con riesgos importantes derivados de la práctica de consumir grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo, de no acompañarlo con alimentos y porque con frecuencia se bebe en ocasiones de riesgo como antes de conducir un automóvil. El desenlace de la forma en que se distribuye el alcohol disponible es un bajo consumo diario, bajo consumo de cantidades limitadas (1 o 2 copas) de alcohol por ocasión y en cambio patrones explosivos de consumo asociado con grandes cantidades y un nivel elevado de consumo excesivo, patrón que copian los adolescentes, con participación cada vez más amplia de las mujeres.

El alcohol es responsable de una proporción importante de la carga de la enfermedad en México (6.5% de muertes prematuras y 1.5% de los días vividos sin salud)¹, por ello, es necesario instrumentar medias de protección y promoción de la salud, de prevención y de tratamiento.

La encuesta cuyos resultados se presentan en este informe, nos proporciona información sobre la extensión y magnitud del problema, la forma en que afecta a diferentes grupos de la población entre 12 y 65 años que habita en localidades urbanas y rurales del país y las tendencias. La encuesta que visitó 55,907 hogares en el país con una tasa de no respuesta de 26%, tiene representación estatal.

Sus resultados no muestran aumento en el número de bebedores totales pero sí del consumo diario, del consumo consuetudinario y excesivo. Este aumento en los patrones de consumo riesgoso, se refleja también en un aumento de la población que presenta problemas con su manera de beber y en la que enferma. La proporción de la población que no recibe tratamiento sigue siendo amplia.

¹ Gómez Dantés y colaboradores, Prioridades de Investigación en Salud en México. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 2017.



El aumento de la disponibilidad lleva a la necesidad de revisar la política de impuestos, con medidas orientadas a disminuir el consumo riesgoso e impactar a las bebidas que están consumiendo los adolescentes a quienes es menester proteger. Los resultados llaman a reforzar la prevención con enfoque de género dirigida especialmente a la población femenina, que presenta un crecimiento más dinámico del consumo riesgoso, de conductas suicidas y de embarazos tempranos. La prevención del consumo durante el embarazo y la lactancia cobran especial importancia.

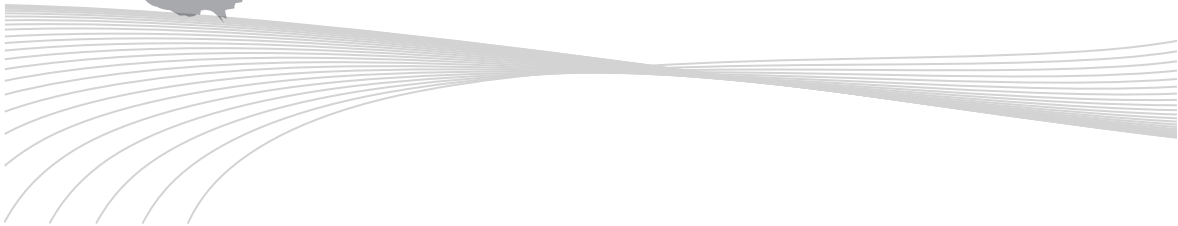
La prevención debe de poder llegar a la población masculina a fin de que aprendan a moderar su consumo, apoyada por medidas de protección a la salud que permitan disminuir daños, como el programa de detección de aliento alcohólico en conductores e instrumentar programas comunitarios que han probado ser exitosos a fin de reducir el riesgo de violencia.

El aumento de la disponibilidad de tratamiento que permita cerrar la brecha de la atención es también un imperativo, la encuesta muestra que más de 3 millones de personas requieren intervenciones breves y casi 2 millones tratamiento especializado. Es claro que esta demanda sólo podrá cubrirse si se integra la atención de esta condición en el sistema nacional de salud. Aumentar la cobertura ayudará a alcanzar la meta del Desarrollo Sustentable propuestas por las Naciones Unidas. La Encuesta viene a llenar un hueco muy importante de información que habrá de orientar la política pública en los próximos años.

María Elena Medina-Mora



PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL





PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de sustancias psicoactivas se ha monitoreado desde diversas fuentes (sistemas de información en drogas, encuestas poblacionales, encuestas en grupos específicos, etc.), ya que cada una proporciona información vital, complementaria y específica. Ninguna fuente por sí sola da una visión completa de la problemática.

Bajo este contexto, a continuación se presenta el panorama del consumo de alcohol conforme los resultados de diversas fuentes, comenzando por las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) en hogares.

Panorama Nacional

Encuestas en Hogares

En cuanto al consumo de alcohol en población general, la última Encuesta Nacional de Adicciones¹ mostró un aumento significativo entre los años 2002 y 2011 en las prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida (64.9% a 71.3%), en el último año (46.3% a 51.4%) y en el último mes (19.2% a 31.6%), siendo esta última la que presentó el mayor crecimiento; el porcentaje de dependencia también aumentó significativamente de 4.1% a 6.2%.

Este aumento también se presentó en la población adolescente, en donde el consumo alguna vez pasó de 35.6% en 2002 a 42.9% en 2011, mientras que el consumo en el último año se incrementó de 25.7% a 30% y para la prevalencia en el último mes prácticamente se duplicó de 7.1% a 14.5% en el mismo periodo. El consumo excesivo de alcohol en esta población en 2011 fue de 14.5% (17.3% en hombres y 11.7% en mujeres). También se observó un incremento en las prevalencias de la población adulta (18 a 65 años), el consumo alguna vez en la vida pasó de 72% a 77.1%, mientras que el consumo en los últimos 12 meses aumentó de 51.3% a 55.7% y el del último mes incrementó de 22.2% a 35%. El consumo excesivo de alcohol para esta población en 2011 fue de 36.5% (53.6% en los hombres y 20.8% en las mujeres).

A su vez, el índice de adolescentes que presentó dependencia al alcohol incrementó significativamente con respecto a la medición de 2002, pasando de 2.1% a 4.1% en 2011. Por sexo, el porcentaje de hombres que presentó dependencia al alcohol se duplicó de 3.5% a 6.2%, mientras que en las mujeres se triplicó de 0.6% a 2%. Por su parte, la población de 18 a 65 años también mostró incrementos del año 2002 a 2011 de 4.6% a 6.6%. En los hombres pasó de 9.6% a 11.8%, en tanto que en las mujeres que presentaron dependencia el porcentaje se duplicó de 0.7% a 1.7%.

Con respecto a la edad de inicio del consumo de alcohol, en el estudio de 2008, el 49.1% de las personas mencionó haberlo consumido por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2%. La edad de inicio fue de 16.6 años en hombres, y en las mujeres se encontró alrededor de los 19 años en 2011.



Encuestas en Estudiantes

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014² obtuvo prevalencias de consumo en estudiantes de 5° y 6° de primaria, así como estudiantes de secundaria y bachillerato. En estos dos últimos niveles, el 53.2% de los estudiantes mencionó haber consumido alcohol alguna vez en su vida; para cada nivel educativo, el 41.9% de los hombres y el 39.4% en las mujeres de nivel secundaria han consumido alcohol alguna vez en la vida, mientras que en bachillerato estos porcentajes incrementan a 74.5% y 73.3%, respectivamente. Por estado, la Ciudad de México (65.8%), Jalisco (61.4%), el Estado de México (60.7%), Tlaxcala (59.9%) y Michoacán (59.6%) presentan las prevalencias más elevadas en el consumo alguna vez.

El porcentaje de estudiantes de secundaria y bachillerato que ha bebido de manera excesiva (5 copas o más en el último mes en una sola ocasión) fue de 14.5%, 15.7% en hombres y 13.3% en mujeres, por estado, la Ciudad de México (19.5%), Durango (17.7%), Jalisco (17.4%) y Michoacán (18.7%) presentan prevalencias por arriba del nacional. Mientras que el consumo problemático fue de 14.4%, 16.5% en hombres y 12.4% en mujeres.

En tanto, en primaria cerca del 17% (21.5% hombres, 12.1% mujeres) de la población estudiantil indicó haber probado alguna bebida alcohólica y 2.4% de los estudiantes presentó consumo excesivo. Por entidad, Querétaro (4.8%) y Tlaxcala (4.2%) son los estados con prevalencias por arriba del nacional en el consumo excesivo.

A lo largo de los años se han observado cambios en el consumo de alcohol. En 1991³, se reportó que el consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 49.7%, porcentaje que incrementó en el 2014 a 53.2%. Asimismo, el aumento en el consumo excesivo de alcohol pasó de 9.5% en 1991 a 14.5% en 2014. Al hacer un comparativo por sexo de este indicador, se observa que en ambas mediciones las mujeres tienen prevalencias menores a las de los hombres. En 1991 la prevalencia fue de 13.4% en hombres y 5.3% en mujeres; sin embargo, actualmente la prevalencia de consumo excesivo en hombres es de 15.7% y en mujeres 13.3%. A nivel secundaria y bachillerato los estados en los que se encuentra más elevado el consumo excesivo son Ciudad de México (19.5%), Michoacán (18.7%), Durango (17.7%) y Jalisco (17.4%), mientras que en el caso de alumnos de primaria, únicamente Querétaro (4.8%) y Tlaxcala (4.2%) tienen porcentaje mayor al nacional (2.4%).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA 2016)⁴

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones del país (SISVEA) recolecta información de diversas instituciones con la finalidad de llevar a cabo un diagnóstico de los indicadores de salud relacionados con el consumo de drogas, así como identificar las características sociodemográficas y los patrones de consumo de sustancias adictivas legales o ilegales en las personas que acuden o ingresan a estas instituciones. La información se obtiene a través de cuestionarios estandarizados. Este cuestionario se aplica sólo en el primer ingreso de la persona durante el año en curso.



Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales

En 2016 estos centros registraron un total 60 582 personas provenientes de 1 125 centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales de las 32 entidades federativas. De los cuales, 89.6% (54 276) fueron hombres y 10.4% (6 306) mujeres, la media de edad fue de 31.08 años.

La principal droga de inicio fue el alcohol (45.8%), reportada por el 45.8% de los hombres y el 45.4% de las mujeres. Por grupo de edad, el mayor porcentaje se registró en las personas mayores de 35 años (61.4%), seguidas por el grupo de 30 a 34 años (45.3%) y el grupo de 25 a 29 años (39.3%).

Del porcentaje que reportó el alcohol como droga de inicio, 64.7% refirió no tener estudios, 50% reportó estudios de primaria, 39.9% secundaria, 45.4% bachillerato, 60.3% licenciatura y 65.8% en posgrado; por lo que se observa que, tanto en niveles altos de estudios como en la ausencia de ellos, el alcohol es la principal droga de inicio.

El 39.3% de las personas refirió el alcohol como droga de impacto, y afecta en mayor medida a los hombres (40.1%) en comparación con las mujeres (32.7%). Respecto a los grupos de edad, las personas mayores de 35 años tienen el porcentaje más alto, ya que el 64.9% lo indicó como droga de impacto. Asimismo, el 66.6% de quienes reportaron el alcohol como droga de impacto no cuentan con estudios, 49.9% únicamente tiene primaria, 32.3% secundaria, 33.7% bachillerato, 52.1% licenciatura y 61.3% posgrado.

En la región sur, el alcohol fue la principal droga de impacto (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán y Veracruz) con el 69.4%.

Consejos Tutelares para Menores

En 2016 se tuvo un registro de 2 124 menores, con una media de edad de 16.3 años, de los cuales en su mayoría fueron hombres (92.7%). Se encontró que el 91.9 % pertenece al grupo de 15 y más años de edad y el 8.1% se encuentra entre los 10 y 14 años. Asimismo, el 77.9% tenía escolaridad de nivel básico y el 51.86% indicó tener actividad laboral estable o inestable. Se identificó al tabaco como principal droga de inicio (25%) seguida por el alcohol y la mariguana (24.2% y 19.9%, respectivamente).

El 28.1% de los menores cometió un delito bajo el efecto de alguna sustancia, los más frecuentes fueron robo y delitos contra la salud (56.5% y 17.8%, respectivamente) de estos el 94.1% son hombres; y las sustancias que consumieron con mayor frecuencia fueron el alcohol con 34.8%, seguida de la mariguana 31.5% y los inhalables con 15.1%.

Servicios de Urgencias Hospitalarias

Durante 2016 se reportaron 13 405 eventos, el 57.1% de ellos fueron mujeres. La media de edad fue de 37.5 años, y el 48.6% eran mayores de 35 años de edad. En el grupo de edad de 15 a 29 años, se registraron ligeramente más mujeres que hombres. En cuanto al nivel de escolaridad, 55.1% tenía la



primaria o secundaria y 9.9% no contaba con estudios. El 35.2% se dedicaba a labores del hogar, 29% tenía alguna actividad laboral estable y 13.5% eran estudiantes. El 3.9% de los pacientes que se presentó al servicio de urgencias se encontraba bajo el efecto de alguna droga. De ellos, en el 67.8% de los casos, la sustancia consumida fue el alcohol, seguida por la mariguana con 9.7%.

Servicio Médico Forense

De acuerdo con los 11 356 reportes registrados en 2016, el 78.5% de las defunciones pertenecieron al sexo masculino. La media de edad fue de 47.2 años y el 56.7% fue de personas mayores de 40 años. En el 8.6% se encontró evidencia de alguna sustancia, siendo el alcohol la de mayor frecuencia (66.6%), seguida de los tranquilizantes (17.3%) y la mariguana (6.7%).

Entre las causas frecuentes de decesos bajo la influencia del alcohol, el suicidio (77.38%) tiene el porcentaje más alto, seguido del homicidio (68.8%) y los accidentes (62.2%).

Unidades de Especialidades Médicas – Centro de Atención Primaria en Adicciones

En 2016, un total de 53 mil 588 personas acudieron a las UNEME-CAPA a solicitar atención por dificultades relacionadas con sustancias psicoactivas, de los cuales, 19 mil 880 (37.1 %) lo hicieron debido al consumo de alcohol (droga de mayor impacto) y de estos, 62.5 % fueron hombres y 37.3% mujeres.

El segundo lugar como droga de impacto lo ocupó la mariguana, con un total de 17 mil 808 personas atendidas (33.2 %); de estos, los hombres representaron el 80.3% de consumidores y las mujeres el 19.7%.

El tabaco ocupó el tercer lugar con un 11.9%; siendo los varones nuevamente quienes presentaron el mayor consumo, con un 59.2%, ante un 40.7% por parte de las mujeres; se observa una menor brecha en el consumo de esta sustancia entre hombres y mujeres.

Las metanfetaminas (7.9%), inhalables (4.6%), cocaína (2.6%) y el crack (1.0%), se ubicaron a continuación como drogas de impacto; finalmente, otras sustancias como los tranquilizantes, la heroína, anfetaminas, pasta base, alucinógenos, antidepresivos y otros, tienen una representación menor al 1 %.

Cabe resaltar que la mayoría de las sustancias mencionadas, han mostrado porcentajes similares en los últimos años: por ejemplo el alcohol, en el 2014 presentó el 36.8%, aumentando ligeramente en el 2015 (37.7%) y mostrando una disminución no significativa en 2016 (37.1%).

De igual manera, la mariguana ha mantenido niveles muy parecidos: en 2014 (34.0%); 2015 (33.3%) y en 2016 (33.2%); por su parte el tabaco, en 2014 presentó una prevalencia total del 12.0%; en el 2015 del 12.4% y para 2016 fue 11.9%.



Las metanfetaminas son las únicas sustancias que presentaron cambios notables al incrementar de 4.7% a 7.9% entre los años 2014 y 2016.

Tomando en cuenta la demanda de servicios por grupos de edad, los adolescentes de 12 a 17 años representan el más importante, con un 48.2%, que corresponde prácticamente a la mitad de usuarios que recibieron tratamiento en las unidades en el año 2016. Los adultos jóvenes de 18 a 29 años, representaron el segundo grupo de atención, con un 31.3%; y el tercero, los adultos de 35 a 49 años (10.3%).

Centros de Integración Juvenil (CIJ)⁵⁻⁷

El último reporte disponible, correspondiente al segundo semestre de 2016, indica que de un total de 2 423 usuarios que acudieron por primera vez a tratamiento en los Centros de Integración Juvenil, el 20.1% (488 personas) correspondía a usuarios exclusivos de alcohol y poco más de la mitad fueron hombres (67.2%); en su mayoría contaban con estudios de secundaria (42.8%) y bachillerato (26.5%) y se dedicaban a alguna actividad laboral (38.1%) o a estudiar (36.7%). La mayoría de quienes solicitaron tratamiento por el consumo de bebidas refirió haber acudido por recomendación familiar (38.3%) y por iniciativa propia (38.1%).

En cuanto a los problemas asociados al consumo de alcohol referidos por los pacientes, la mayoría indicó tener problemas familiares (67.2%), seguidos por quienes indicaron tener problemas psicológicos y de salud (38.5% y 32.2%, respectivamente), en tanto que un 27.7% mencionó tener problemas escolares.

En general, quienes solicitaron ayuda en los Centros de Integración Juvenil, iniciaron el consumo de alcohol a los 16.2 años. Un 94.9% reportó haber consumido bebidas alcohólicas durante el último año, el 65.6% durante el último mes y 18.2% declaró consumo excesivo de alcohol diariamente.

A nivel nacional, la prevalencia de alcohol alguna vez de los usuarios de drogas ilícitas que ingresaron por primera vez a tratamiento fue de 86.8% y las entidades con porcentajes superiores al 90% fueron Baja California, Campeche, Coahuila, Durango, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas. Por otro lado, el 11.5% a nivel nacional reportó al alcohol como droga de impacto, siendo los estados más afectados: Baja California Sur, Ciudad de México, Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas, con porcentajes que superan al nacional.

Panorama Internacional

Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014 (OMS)⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dio a conocer en el “Informe de la Situación Mundial del Alcohol y Salud 2014” que entre sus países miembros el consumo per cápita de esta sustancia a nivel mundial en el año 2010 fue de 6.2 litros de alcohol puro en personas de 15 años en adelante, lo que se traduce en 13.5 gramos de alcohol puro por día.



Fue en Europa y América donde se encontraron los niveles más altos de consumo per cápita de alcohol puro con 10.9 y 8.4 litros, respectivamente en la misma población.

A nivel mundial, aproximadamente 16% de los consumidores mayores de 15 años presentaron consumo riesgoso de alcohol; es decir, consumen 60 gramos o más de alcohol puro (6 tragos estándar en la mayoría de los países) al menos en una ocasión en los últimos 30 días. Cabe resaltar, que el uso nocivo del alcohol se encuentra entre los cinco principales factores de riesgo para la enfermedad, la discapacidad y la muerte en todo el mundo. En 2012, el 5.9% del total de muertes a nivel mundial (3.3 millones) se debieron al consumo de esta sustancia.

En cuanto a la población adolescente (15 a 19 años de edad), las regiones de Europa (69.5%), América (52.7%) y del Pacífico Occidental (37.3%) tuvieron las mayores prevalencias de consumo en el último mes y estuvieron por arriba del promedio mundial (34.1%). Globalmente, los episodios de consumo alto de alcohol fueron más frecuentes entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad que entre la población total. Los mayores porcentajes de consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes se presentan en Europa (40%), América (29.3%) y la región del Pacífico Occidental (18.3%).

Aunado a ello, en todas las regiones pertenecientes a la OMS, son las mujeres quienes se abstienen en mayor medida de consumir alcohol durante toda su vida, en promedio beben menos que los hombres y tienen menos episodios de consumo excesivo de alcohol; sin embargo estas diferencias entre sexos se hacen menores en las regiones de América, África y Europa.

Observatorio Interamericano de Drogas 2015⁹

A nivel interamericano, el consumo de alcohol varía de un país a otro, de tal manera que el consumo de alcohol alguna vez en la vida, en población general, va desde menos de 40% en Costa Rica hasta más de un 90% en Uruguay; la prevalencia en el último año se encuentra entre el 50% y 60% en Perú, Venezuela, Barbados, Chile, República Dominicana, Colombia y Bolivia, mientras que en países como Brasil y Suriname es menor al 50%. Las prevalencias más altas en el último año se presentaron en Canadá, Uruguay y Estados Unidos (79.8%, 74% y 66.3, respectivamente); mientras que la más baja fue en El Salvador con un 18%. Asimismo, al analizar el consumo de alcohol por grupos de edad, los niveles más altos se encontraron en la población de 18 a 34 años. Las tendencias de consumo de alcohol a largo plazo en el último mes se han mantenido estable en Argentina, Chile, Estados Unidos y Uruguay, mientras que en Perú (de 46.3% en 1998 a 30.5% en 2010) y Chile (58.1% en 2006 y 40.8% en 2012) la prevalencia de consumo en el último mes ha mostrado disminuciones considerables.

Entre los estudiantes de secundaria los hábitos de consumo de alcohol se presentan en diferentes niveles. En cinco países sudamericanos y del Caribe, más del 75% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, en tanto que en El Salvador y Venezuela poco más del 30% ha experimentado con el alcohol. En cuanto a la prevalencia del último mes, se presentaron variaciones de menos del 10% hasta por encima del 50%. Casi la mitad de los estudiantes en Argentina, Colombia y San Vicente y las Granadinas consumió alcohol durante el último mes, mientras que los índices más bajos de consumo se presentaron en Honduras (12.7%), Perú (12%) y El Salvador (7%). En cuanto al



consumo compulsivo de alcohol en estudiantes de Estados Unidos, el 12.5% de los hombres y el 10.9% de las mujeres consumieron alcohol de esta manera el año anterior a la encuesta; en Canadá las cifras fueron de 38.6% en hombres y de 35.2% en mujeres. En Sudamérica, entre el 60% y el 70% de los estudiantes presentó este tipo de consumo, mientras que en el Caribe lo hicieron entre el 40% y el 60% de los estudiantes.

Otros Estudios

En cuanto a otros estudios internacionales, la Encuesta Nacional de Salud y Consumo de Drogas 2015¹⁰ (NSDUH por sus siglas en inglés), aplicada en hogares de EUA mediante entrevista a personas mayores de 12 años de edad, identificó que el 81% de la población ha consumido alcohol alguna vez en la vida y el 65.7% lo hizo en el último año; casi una cuarta parte (24.9%) consumió alcohol de manera excesiva en los 30 días anteriores a la encuesta.

Por grupos de edad, el consumo de alcohol entre los adolescentes de 12 a 17 años fue de 28.4% alguna vez y 22.7% en el último año, en los adultos jóvenes de 18 a 25 años fue de 82.4% y 75.5% respectivamente, y en la población de 26 años en adelante el 87.1% refirió haber consumido alcohol alguna vez en la vida y el 69.2% en el último año. De estos grupos de edad el 5.8%, 39% y 24.8%, respectivamente reportaron un consumo excesivo de alcohol.

De manera general, los datos reportados en Centros de Tratamiento muestran que el alcohol es la principal droga de inicio (46.4%), la cual conlleva al uso de otras sustancias. Asimismo, se observó un incremento en la participación de las mujeres y el consumo de alcohol. Los datos indican que en la actualidad la diferencia del consumo de alcohol entre hombres y mujeres jóvenes ha ido disminuyendo. Por otra parte, el consumo de alcohol se presenta en una alta proporción de jóvenes menores de edad, lo que indica una disminución en la edad de inicio de consumo. El Informe sobre la Situación Mundial del Alcohol y Salud 2014, de la OMS, refiere que la población entre 15 y 19 años de las regiones de América (52.7%), Europa (69.5%) y del Pacífico Occidental (37.5%), tuvieron las mayores prevalencias de consumo en el último mes y presentaron porcentajes arriba del promedio mundial.

Además, los datos dan cuenta del riesgo que conlleva el consumo en exceso de esta sustancia o la dependencia a ella, como los reportados por el Servicio Médico Forense en México donde el 67.9% de los casos muestran presencia de alcohol.

La revisión realizada en los distintos estudios sobre el consumo de alcohol, nos permite contar con una visión más amplia sobre las características del consumo de esta sustancia, así como ver las diferencias existentes entre un grupo de la población específica y un contexto específico. Lo que da evidencia significativa para la creación de políticas públicas hacia la prevención y el ejercicio de fortalecimiento de las redes de apoyo para hacerle frente a esta situación.



METODOLOGÍA DEL ESTUDIO





Introducción

La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), encomendó al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM) la realización de la “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017” (ENCODAT 2016-2017). Su objetivo general fue estimar a nivel de entidad federativa y nacional las prevalencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas tanto médicas como no médicas, así como evaluar las tendencias de su consumo, en la población adolescente con edad entre 12 y 17 años y en la población adulta con edad entre 18 y 65 años. Además, la encuesta se diseñó para conocer los factores asociados al consumo de estas sustancias, así como las necesidades de atención y el uso de servicios relacionados con el consumo de las mismas.



Objetivos

Los objetivos específicos que se plantearon para la ENCODAT 2016-2017 son:

- Estimar la prevalencia del consumo de drogas tanto médicas como no médicas, alcohol y tabaco a nivel de entidad federativa y nacional.
- Evaluar las tendencias en el consumo de drogas, alcohol y tabaco, mediante la comparación de los resultados de la ENCODAT 2016-2017 con las encuestas nacionales de adicciones previas.
- Identificar los grupos de población con mayor riesgo a presentar problemas debido al consumo de drogas (médicas y no médicas), alcohol y tabaco.

Metodología

La ENCODAT 2016-2017 es una encuesta de hogares diseñada para hacer inferencias a nivel nacional y para las 32 entidades federativas del país. En la ENCODAT 2016-2017 se encuentran representadas poblaciones rurales, urbanas y metropolitanas, poblaciones que son descritas a detalle en el Tabla 1. En la ENCODAT 2016-2017, al igual que en la ENA 2011 y 2008, fueron excluidas las localidades donde más de la mitad de la población de 5 años y más hablaba sólo alguna lengua indígena. La adopción de este criterio se fundamentó en que el tema de las adicciones puede ser sensible o delicado para los entrevistados, motivo por el que no se consideró conveniente el uso de intérpretes o informantes sustitutos para la obtención de la información. En cada hogar seleccionado, siempre que la composición del mismo lo permitiera, se seleccionó a un adulto de 18 a 65 años y a un adolescente de 12 a 17 años de edad. La selección se llevó a cabo mediante muestreo aleatorio simple en cada uno de los dos grupos de edad.

Los resultados obtenidos de la ENCODAT 2016-2017 permiten:

- Estimar para cada entidad federativa la prevalencia del consumo de drogas (médicas y no médicas), en la población de 12 a 65 años.
- Identificar las entidades federativas donde hay mayor consumo de drogas.
- Evaluar la relación entre los factores de riesgo ambientales, interpersonales, familiares y personales con la experimentación, uso habitual y uso problemático de drogas, alcohol o tabaco.
- Desarrollar y evaluar modelos de predicción del consumo de drogas, alcohol y tabaco, con objeto de incidir en la creación e implementación de programas de prevención.
- Proveer información a los sectores de Salud y Educación que ayude a desarrollar y fortalecer medidas preventivas sobre el uso habitual y el uso problemático de alcohol y tabaco.
- Desarrollar nuevas líneas de investigación en el campo del abuso de sustancias.
- Conocer la relación que existe entre uso de drogas, comportamiento antisocial, violencia y salud mental.

Unidades de Análisis

Las unidades de análisis definidas para ENCODAT 2016-2017 son las siguientes:



- Hogar, conjunto de personas relacionadas por algún parentesco o no, que habitualmente duermen en una vivienda¹ bajo el mismo techo, beneficiándose de un ingreso común, aportado por uno o más de los miembros del hogar.
- Adolescentes, integrantes de los hogares con edad entre los 12 a 17 años.
- Adultos, integrantes de los hogares con edad entre los 18 y 65 años.

Estratificación

Debido a que las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en 1998 y 2002 señalaron la existencia de asociaciones estadísticas entre el consumo (alcohol, tabaco, drogas) con el tamaño de localidad, la población objetivo de la ENCODAT 2016-2017 se estratificó como se describe a continuación:

Tabla 1. Estratificación de localidades según urbanidad

Estrato	Descripción de acuerdo a los resultados del Censo 2010
I. Ciudad o área metropolitana	<ul style="list-style-type: none"> • Capitales de los estados. • Localidades con más de 100 mil habitantes. • Localidades con 2 500 o más habitantes de los municipios que formaban las áreas metropolitanas en el 2000.
II. Complemento urbano	<ul style="list-style-type: none"> • Localidades no incluidas en los estratos rural y metropolitano.
III. Rural	<ul style="list-style-type: none"> • Localidades con menos de 2 500 habitantes.

Tamaño de la muestra

La ENCODAT 2016-2017 tuvo como propósito evaluar las tendencias de las prevalencias de consumo, por ello, se buscó que las estimaciones de la ENCODAT 2016-2017 tuvieran precisiones similares a las estimaciones regionales de la ENA 2011 y estatales de la ENA 2008. El tamaño de muestra de entrevistas completas individuales por entidad federativa se determinó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \cdot (1-p) \cdot deff}{r^2 \cdot p}$$

En donde:

- n* Tamaño de muestra en individuos con entrevista completa.
- p* Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, p=71% para alcohol, p=48% para tabaco y p=7% para drogas ilegales; estos valores se estimaron de la ENA 2011.

¹Por razones de tipo operativo no se incluyeron viviendas colectivas como: instalaciones militares, cárceles, conventos, hoteles y asilos.



- $z_{\alpha/2}$ Cuantil 97.5%, $(1 - \alpha/2)$ %, de la distribución normal con media cero y varianza uno.
- r Error relativo máximo de estimación en el 95% de las realizaciones del procedimiento de muestreo. $r \cdot p$ es la semi-amplitud del intervalo de confianza al 95%.
- $Deff$ Efecto de diseño: Se interpreta como el número de unidades colectadas por la ENCODAT 2016-2017 que son equivalentes, para propósitos de estimación, a una unidad colectada mediante un muestreo aleatorio simple. El $deff$ asumido fue de 2.18 para las encuestas estatales; el valor 2.18 se eligió porque resultó ser mayor a los efectos de diseño observados en la ENA 2011 para la estimación del consumo alguna vez en la vida de alcohol ($deff=2.0$) y drogas ilegales ($deff=1.9$); el $deff$ para consumo alguna vez en la vida de tabaco fue 2.3. Además, $deff=2.18$ fue usado en la ENA-2008 para las encuestas estatales.
- TR Tasa de respuesta esperada (70%); se eligió 70% porque en la ENA 2011 se obtuvo una tasa de respuesta total del 72%.
- h Promedio de personas seleccionadas por vivienda (1.20), valor que se estimó de la ENA 2011.

El fenómeno del consumo es diferente para cada sustancia (alcohol, tabaco y drogas), por ello, se eligieron diferentes prevalencias (p) para cada sustancia; luego, para cada sustancia se seleccionaron las semi-amplitudes de los intervalos de confianza ($r \cdot p$) y se calculó el tamaño de muestra (Tabla 2). Las semi-amplitudes ($r \cdot p$) se seleccionaron mediante un análisis exploratorio; aquí solo se presenta el resultado final.

Tabla 2. Tamaño de muestra, en entrevistas completas, por estado para las sustancias alcohol, tabaco y drogas.

Sustancia	Prevalencia alguna vez en la vida	Semi-amplitud relativa (r) del intervalo de confianza	Semi-amplitud del intervalo de confianza ($r \cdot p$)	Entrevistas completas de personas 12 a 65 años
Alcohol	71%	4.6%	3.26%	1 617
Tabaco	48%	7.5%	3.60%	1 613
Drogas	7%	26.0%	1.82%	1 646

A partir de la Tabla 2 se eligió un tamaño de muestra de 1 600 individuos como un tamaño de muestra que resultaba apropiado para estimar las prevalencias de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Una vez que se determinó $n=1\ 600$ individuos, se dedujo que el número de viviendas por estado que se deberían visitar serían $1\ 600 / (1.2 \cdot 0.7) = 1905$ viviendas por estado. En consecuencia, a nivel nacional se planeó obtener 51 200 cuestionarios individuales completos al visitar 60 952 viviendas. Finalmente, con el fin de constatar que la precisión de la ENCODAT 2016-2017 es comparable a la precisión de las encuestas ENA 2008 y la ENA 2011, en la Tabla 3 se compara el número esperado de entrevistas completas.



Adicionalmente, la Tabla 3 muestra que el número esperado de individuos de la ENCODAT 2016-2017 es mayor o igual al de la ENA 2008; en contraste, el número de individuos por entidad de la ENCODAT 2016-2017 es menor al número obtenido en las regiones de la ENA 2011, pero el incremento en la semi-amplitud de los intervalos es modesto por el siguiente argumento. De modo aproximado, la amplitud de los intervalos de confianza de la ENCODAT 2016-2017 es multiplicada por el factor 1.05 ($\sqrt{437/400}$) para adolescentes y 1.09 ($\sqrt{1426/1200}$) para adultos; por ejemplo, un intervalo de $\pm 5\%$ para adultos de la ENA 2011 pasa a ser de $\pm 5.45\%$. En consecuencia, los tabulados obtenidos en la ENA 2008 y ENA 2011 tienen precisiones similares a los tabulados de la ENCODAT 2016-2017.

Tabla 3. Promedio de entrevistas completas por entidad.

Encuesta*	Promedio de entrevistas completas en personas entre 12 a 17 años	Promedio de entrevistas completas en personas entre 18 a 65 años
ENA 2008 El dominio fue el estado, se excluyeron los estados con sobre-muestra: Estado de México y Quintana Roo	406	1 107
ENA 2011 El dominio fue la región, se excluyó a la región con sobre-muestra: Norte Centro	437	1 426
ENCODAT 2016-2017 El dominio es el estado, ningún dominio tiene sobre-muestra	400	1 200

*Los valores de las encuestas ENA 2008 y ENA 2011 son valores observados; los valores de ENCODAT 2016-2017 son estimados.

Nota sobre la estimación de las prevalencias

La precisión de las estimaciones es expresada mediante intervalos, (a, b), con un nivel de confianza² del 95%. Es importante tomar en cuenta la precisión de las estimaciones de la ENCODAT 2016-2017 en el análisis, porque la amplitud de los intervalos (a, b) puede ser de poca utilidad práctica para algunos lectores; por ejemplo, si el intervalo de confianza es (1%, 6%) y si el usuario toma decisiones diferentes en los escenarios donde la prevalencia de interés es 1% o 6%. En general, se obtienen intervalos de poca utilidad práctica cuando se estiman prevalencias muy pequeñas o cuando se analizan sub-poblaciones donde el tamaño de muestra es reducido; en el caso particular de la ENCODAT 2016-2017, se conmina al lector para que cuando tenga prevalencias estatales menores a 2% revise con atención el intervalo de confianza.

² Intervalo de Confianza al 95%: Intervalo aleatorio (a,b) que cubrirá a la cantidad poblacional de interés (parámetro) en un 95% de las veces que se repita el procedimiento de muestreo; esto es, los intervalos de confianza tienen una tasa de error planeada.