

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIAS ECONÓMICAS, A.C.



CAMBIOS EN LAS DINÁMICAS DE CONSUMO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD  
ESTUDIANTIL DEL CIDE DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA

ANDRÉS DANIEL PÉREZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE LA TESINA: MTRO. GUUS ZWITSER

AGUASCALIENTES, AGS.

2022

*Trata de dejar el mundo en mejores  
condiciones que las que tenía cuando*

*llegaste a él*

*-Robert Baden-Powell*

## **Agradecimientos**

El presente trabajo es el resultado del esfuerzo y apoyo, de todas las personas que me acompañaron durante estos años. En primer lugar, gracias a mi familia por el amor. Agradezco a mis padres por ser las personas incondicionales que me brindaron todo el amor, los recursos y educación, que me permitieron llegar a ser el hombre que soy hoy. Gracias por su apoyo, por su comprensión y sus abrazos. Gracias por la comida, por darme un techo y por brindarme recursos para mi desarrollo personal. Gracias por los valores inculcados, por las experiencias brindadas y apoyarme para conseguir una Licenciatura. Gracias por ser personas que me inspiran a crecer, que me inspiran a ser una buena persona, que me inspiran a ser feliz. Gracias por darme el amor incondicional que sólo unos padres pueden brindar, siempre estarán en mi corazón. Si existe el destino ustedes son la prueba, porque son los mejores padres que pude haber tenido. Agradezco a mi hermana por ser una persona que se preocupó por mí, que me protegió y me aconsejó. Muchas gracias por las risas que compartimos Julia. Eres una mujer muy fuerte y me inspiras a seguirme superando. Eres la mejor hermana del mundo, y te agradezco por el amor y protección que siempre me diste. No importa cuánto tiempo pase, yo siempre estaré para ti. Le agradezco a mi padre, mi madre y mi hermana, por brindarme un hogar amoroso, y lleno de risas. Los amo con todo mi corazón, y les dedico a ustedes tres este logro. Gracias a mis abuelos por cuidarme desde mi niñez hasta ahora. Gracias a mis tíos por compartirme de sus gustos que ahora tomo como míos. Gracias a mis primos por las horas de risas y juegos, que son los mejores recuerdos de mi infancia. Gracias a mi cuñado por ser un nuevo amigo y parte de la familia. Y gracias a mi familia en general, por el apoyo y amor en todos estos años. Son una gran familia, las mejores risas y los mejores recuerdos los tengo a su lado. Este logro no es de 4 años, es de 23 años y ustedes son gran parte de él. Gracias por todo su amor. Gracias a Kerchak, Chuleta, Sony y Canela, por siempre llenarme del amor incondicional, de ese que sólo los perros conocen.

En segundo lugar, gracias a mi director y a mis lectores, por el apoyo durante la tesina. Gracias Guus por darme una perspectiva del consumo tan necesaria para proteger a las personas consumidoras. Muchas gracias Guus tu apoyo y conocimiento en el tema fue fundamental para conseguir la tesina que deseaba. Gracias por siempre estar ahí para las juntas, dudas y correcciones. Este trabajo te pertenece tanto como a mí. Gracias Dra. Ospina, su aporte acerca

del tema y su guía en el trabajo desde hace más de un año fueron clave. Gracias Dr. Bustos por ser guiar mi trabajo a puerto en los momentos finales.

En tercer lugar, gracias a mis amistades por ser mi segunda familia. Con ustedes viví risas, desveladas y hasta llanto, gracias por ser parte de mi vida. Fernanda los mejores recuerdos que tengo a tu lado son paseando en Chapultepec, comiendo quesadillas en Ciudad de México y trabajando a tu lado. Gracias por todo el apoyo académico, por todo lo que me enseñaste, por la paciencia, por las risas y sobre todo gracias por acompañarme todo este tiempo, sin ti estos cuatro años hubieran sido 100 veces más difíciles. Julia el mejor recuerdo que tengo contigo es cuando fuimos a la presa. Gracias por ser una gran amiga, que estuvo para mí en momentos de estrés y momentos difíciles, y gracias por permitirme aprender tanto de ti, eres una persona maravillosa y muy divertida. Palo el mejor recuerdo que tengo a tu lado es nadando en Conca. Gracias por siempre ser una persona tan linda y cariñosa conmigo y enseñarme tanto de tantos temas siempre aprendo contigo, una gran roomie. Pao el mejor recuerdo que tengo contigo es cantando a todo pulmón en tu coche. Gracias por ser una amiga tan divertida y a la vez que brinda tanto apoyo, eres una gran persona. Fero el mejor recuerdo que tengo contigo es visitando los museos de Ciudad de México. Gracias por ser una persona tan autentica y honesta, gracias por recomendarme para trabajo, y gracias por el apoyo y los buenos momentos. Sofía el mejor recuerdo que tengo contigo es cuando fuimos a Fresnillo. Gracias por ser una persona que me brindó mucho conocimiento y momentos divertidos, me divertí mucho contigo este tiempo. Cesar el mejor recuerdo que tengo contigo es comiendo taquitos de pastor en Ciudad de México. Gracias por los momentos tan divertidos que compartimos, por seguir los chistes y también por los momentos de trabajo cuando eran finales. Dary el mejor recuerdo que tengo contigo es en el atardecer de Sayulita. Gracias por pasar tantas horas hablando conmigo, y ser una persona con la que viví tantos buenos momentos. Nico el mejor recuerdo que tengo a tu lado es debatiendo contigo en comedor. Gracias por ser una persona tan buena, y que siempre me motivó a seguir adelante. Víctor el mejor recuerdo que tengo contigo es acampando en cuatro palos. Gracias por las pláticas, las discusiones y por ser mi amigo. Tom el mejor recuerdo que tengo contigo es desayunando waffles. Muchas gracias por ser un gran amigo a pesar de la distancia. Fermín el mejor recuerdo que tengo contigo es aquel día de balnearia en la secundaria. Gracias por mantener la amistad después de 10 años. Ian el mejor recuerdo que tengo contigo es las cabañas de Calvillo. Gracias por ser un amigo con el que puedo platicar tan agusto de tantos temas. Jeff

el mejor recuerdo que tengo contigo es jugando Risk. Gracias por ser un amigo con el que siempre se puede debatir y cotorrear agusto. Oscar el mejor recuerdo que tengo contigo es caminando por el parque México. Gracias por ser un amigo tan presente. Percy el mejor recuerdo que tengo contigo es aquel día en la casa de campo. Gracias por ser un gran amigo y tan divertido.

En cuarto lugar, gracias a mis compañeres y profesores. Gracias a todes mis compañeres del CIDE que conocí en los cuatro años, fue muy divertido pasar el tiempo con ustedes, en especial gracias a la generación 2016 – 2020. También un agradecimiento a la generación 2019 – 2023, por permitirme ser su laboratorista. Gracias a todes mis profesores que me formaron durante estos cuatro años. Sus enseñanzas dentro y fuera del aula son muy valiosas. En especial gracias a Guerra, Bess, Ponce, Marta, Pérez-Chiques, Osiel, Labougle, Ro, Arechar, Peralta, Alarid, Wolf, Lalo, Pacheco-Vega, Rafa, Pérez Dávila, Martha, Núñez, Moctezuma, Atuesta, Arredondo, Ospina, Bustos, Zwitter, Castro. Y un agradecimiento a mis laboratoristas.

En quinto lugar, gracias a aquellas personas que fueron mis jefes. Gracias a la Dra. Pérez-Chiques, al Dr. Meza, al Mtro. Ro, a la Mtra. Cerón y al Dr. Bess, por darme la oportunidad de desarrollarme en el ambiente laboral.

Finalmente, gracias a UESC-Lab por brindarme herramientas para recolectar mis datos. Y gracias a las personas de la comunidad que contestaron a mi encuesta.

## **Resumen**

El estudio del impacto de la pandemia de COVID-19 en las dinámicas de consumo de drogas en estudiantes universitarios es relevante para entender los cambios que pueden existir en esas mismas dinámicas ante situaciones de estrés y riesgo en la población universitaria. Este análisis favorece el diseño de acciones preventivas de conductas de consumo riesgosas, que puedan afectar la vida de las personas universitarias. En este estudio me pregunto ¿Cómo cambiaron las dinámicas de consumo de drogas en estudiantes del CIDE durante la pandemia? Para responder a la pregunta, se levantó una encuesta CAWI (entrevista web asistida por computadoras, por sus siglas en inglés), entre estudiantes de las dos sedes del CIDE, en los niveles de licenciatura, maestría y doctorado. La encuesta recoge información relativa a las interacciones de cuatro dimensiones de consumo durante la pandemia: 1) la cantidad consumida; 2) la frecuencia de consumo de sustancias; 3) los lugares donde se consumieron las sustancias; y 4) las personas que acompañaron durante el consumo de la sustancia. Los resultados de la investigación muestran un aumento en la cantidad consumida de alcohol y marihuana, pero un nulo efecto sobre la frecuencia de consumo. Además, se encontró un decrecimiento en el consumo de lugares como antros, fiestas y reuniones, así como el decrecimiento del consumo con amigos, conocidos y desconocidos. Con lo anterior podría llegar a entenderse el impacto de una situación emocionalmente retadora sobre la población estudiantil en su consumo de drogas. Esta investigación es importante para el mayor entendimiento de los cambios en las dinámicas de consumo de sustancias en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19.

## **Abstract**

The study of the impact of the COVID-19 pandemic on the dynamics of drug use in university students is relevant for understanding the changes that may exist in these dynamics due to situations of stress and risk in the university population. This analysis favors the design of preventive actions of risky consumption behaviors, which may affect the lives of university students. In this study, I explore how the dynamics of drug use changed in CIDE students during the COVID-19 pandemic. To answer this question, a CAWI (computer-assisted web interview) survey was conducted among students from the two CIDE campuses, at the bachelor's, master's, and doctoral levels. The survey collected information regarding the interactions of four dimensions of use during the pandemic: 1) the typical quantity of substance used; 2) the frequency of substance use; 3) the places where these substances were used; and 4) the people who were present during the substance use. The research showed an increase in the amount of alcohol and marijuana consumed, with no effect on the frequency of consumption. In addition, a decrease in the consumption in places such as clubs, parties and meetings, as well as the decrease in consumption with friends, acquaintances and strangers. The results help to understand the impact of an emotionally challenging situation on the student population in their drug use. This research is relevant for a better understanding of the changes in drug use dynamics of university students during the COVID-19 pandemic.

## Índice

<b>CAPÍTULO I. Introducción</b> .....	1
<b>CAPÍTULO II. Marco teórico</b> .....	5
La pandemia y uso de sustancias.....	5
La salud mental y la pandemia.....	7
<b>CAPÍTULO III. Diseño de investigación</b> .....	10
Muestra.....	11
Diseño de instrumento.....	11
Recolección de datos.....	14
Análisis.....	15
<b>CAPÍTULO IV. Resultados</b> .....	22
Resumen muestra.....	22
Resultados datos excluidos.....	23
Resultados consumo.....	23
Resultados salud mental.....	26
Cambios en la cantidad de consumo.....	26
Cambios en las frecuencias de consumo.....	32
Cambios en lugares de consumo.....	39
Cambios en las personas que acompañan el consumo.....	43
<b>CAPÍTULO V. Discusión</b> .....	46
Limitaciones de la investigación.....	49
<b>CAPÍTULO VI. Recomendación de política pública</b> .....	52
<b>CAPÍTULO VII. Conclusión</b> .....	54
Recapitulación.....	54
Preguntas futuras.....	54
<b>Referencias</b> .....	56
<b>Anexos</b> .....	63



## Índice de tablas

Tabla 1. Descripción de periodos analizados.....	10
Tabla 2. Modelos de regresión.....	18
Tabla 3. Datos de la muestra.....	22
Tabla 4. Descripción general de consumo.....	23
Tabla 5. Descripción general de consumo por género.....	24
Tabla 6. Descripción general de consumo por sede.....	25
Tabla 7. Proporción de personas con nivel de 3, 4 o 5 de ansiedad y depresión.....	26
Tabla 8. Resultados modelo 1.....	28
Tabla 9. Resultados modelo 2.....	28
Tabla 10. Resultados modelo 3.....	30
Tabla 11. Resultados modelo 4.....	30
Tabla 12. Resultados modelo 5.....	32
Tabla 13. Resultados modelo 6.....	32
Tabla 14. Resultados modelo 7.....	34
Tabla 15. Resultados modelo 8.....	34
Tabla 16. Resultados modelo 9.....	36
Tabla 17. Resultados modelo 10.....	36
Tabla 18. Resultados modelo 11.....	37
Tabla 19. Resultados modelo 12.....	38
Tabla 20. Intervalo de proporción de consumo de drogas legales por lugar.....	41
Tabla 21. Intervalo de proporción de consumo de drogas ilegales por lugar.....	42
Tabla 22. Intervalo de proporción de consumo de drogas legales por persona.....	44

Tabla 23. Intervalo de proporción de consumo de drogas ilegales por persona.....	45
--	----

### **Índice de gráficas**

Figura 1. Rangos de cantidad promedio de copas de alcohol por periodo.....	27
Figura 2. Rangos de cantidad promedio en gramos de marihuana por periodo.....	29
Figura 3. Rangos de cantidad promedio de cigarrillos por día por periodo.....	31
Figura 4. Rangos de frecuencia de consumo de alcohol por periodo.....	33
Figura 5. Rangos de frecuencia de consumo de marihuana por periodo.....	35
Figura 6. Rangos de frecuencia de consumo de tabaco por periodo.....	37
Figura 7. Rangos de frecuencia de consumo de LSD, MDMA y cocaína por periodo.....	39

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El 11 de marzo del año 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19, por sus siglas en inglés) como una pandemia (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Lo que significa que a partir de ese día la enfermedad pasaba a ser un problema de carácter mundial. Lo anterior provocó una serie de estrategias tomadas a nivel mundial para combatir la enfermedad. Algunas de las estrategias más comunes fueron los encierros obligatorios, el uso obligatorio de mascarilla en lugares públicos, el cese de actividades no esenciales, la realización de diversas actividades desde casa, entre otras (Harring et al., 2021). Dichas acciones, según diversos autores, tuvieron una serie de efectos en la población en general, dados los cambios en las dinámicas sociales y económicas. Aquino (2021) señaló que la pandemia afectó casi todos los ámbitos de la vida, economía, salud, recreación, trabajo, relaciones sociales e incluso la salud mental. Otra investigación realizada por diversos autores mencionaba que, dados los cambios causados por la pandemia durante el encierro, el bienestar y salud mental de las personas se vio afectada en lo general (Clair et al., 2021).

Entre los distintos efectos negativos que experimentó la población se encuentran afectaciones a la salud mental. La incertidumbre, el aislamiento y la cuarentena mostraron tener un efecto negativo en la salud mental de la población en general, con efectos más pronunciados en población más vulnerable (Hernández Rodríguez, 2020). Dichos efectos negativos son el aumento de ansiedad y depresión en la población en general (Cullen et al., 2020). Los efectos en la salud mental no sólo se observaron en la población general: aquellos estudios que dieron un enfoque por edad, mostraron que la población adolescente y adultos jóvenes también experimentó efectos negativos en su salud mental (Horigan et al., 2021).

El consumo de sustancias fue otra área de las que se vio afectada por la pandemia. Una revisión sistemática de literatura referente al tema de uso de sustancias durante la pandemia, mostró evidencia de cambios en el consumo de sustancias en la población general (Roberts et al., 2021). El análisis de 45 estudios hace una división entre aquellas investigaciones que se centran en el alcohol y aquellas que se centran en otras sustancias. Dentro de las investigaciones referentes al consumo de alcohol, se mostró evidencia mixta. Algunos estudios de los analizados

señalan un crecimiento en el uso, mientras que otros mostraron un decrecimiento. Por otro lado, de las investigaciones centradas en el uso de otras sustancias como cannabis, opioides, 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), entre otras, sólo 1 de 17 señalaba un decrecimiento en el consumo de sustancias (Roberts et al., 2021).

Las dinámicas de consumo riesgosas suponen un problema público que afecta a la salud. Las sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales son parte cotidiana de la convivencia social, pero es la manera en la que se consumen lo que puede suponer un perjuicio social (Dalgarno & Shewan, 2005). Un correcto acompañamiento en el consumo, en el lugar correcto puede reducir los riesgos para la persona consumidora (Zinberg, 1984). Asimismo, una mayor frecuencia y cantidad de consumo conlleva mayores riesgos para la salud física, de tal forma que, si existe un exceso de consumo, éste puede llevar a un deterioro del funcionamiento del cuerpo (Parrott, 1998).

El objetivo de la presente investigación es entender los cambios en las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas lúdicas ante situaciones extraordinarias; lo anterior, acotado a la población estudiantil del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) y bajo el suceso de la pandemia. En particular, se buscan entender cambios en la cantidad y la frecuencia de consumo, los lugares de consumo y las personas que acompañaron en el consumo. El análisis se centra en estudiar sustancias de uso lúdico. Esto quiere decir que se excluyeron sustancias de uso médico. La naturaleza de la investigación es exploratoria: se busca conocer si existieron cambios durante la pandemia y, de ser así, explorar los posibles factores individuales y sociales causantes de estos cambios. Lo anterior con el propósito de proponer estrategias para prevenir un consumo riesgoso, en la comunidad estudiantil universitaria.

Existe un vacío en la información sobre los cambios en las dinámicas de consumo durante la pandemia, pues los estudios que analizan este tema se enfocan en cambios en la cantidad consumida, pero en pocos casos se miden cambios en frecuencia. La presente investigación contiene aportes a la literatura al presentar un análisis de cambios en las dinámicas de consumo (cantidad, frecuencia, lugar y personas), entendiendo el consumo desde una variedad de factores y no sólo midiendo cantidad de consumo. Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016, el consumo de alguna vez en la vida para alcohol, tabaco, marihuana y drogas ilegales es de 71% (18 – 65 años), 54.32% (18 –

65 años), 12.8% (18 – 34 años) y 14.5% (18 – 34 años) respectivamente, para la población de México (Reynales-Shigematsu et al., 2017; Villatoro-Velázquez et al., 2017a, 2017b). Además, la misma encuesta muestra que el 3.0% de la población encuestada entre 18–65 años consume alcohol diariamente, el 9.3% de manera consuetudinaria y 2.5% reportaron dependencia. También se conoció que el 14.1% de la población general mexicana de 18 a 65 años reportaba ser una persona fumadora. Finalmente, la encuesta reportó un consumo de marihuana de 12.8%, 5.2% de cocaína y 0.6% de anfetaminas de la población general en México de 18 a 34 años. Según la Global Drug Survey 2020, una encuesta aplicada en línea a mayores de edad a nivel mundial durante el primer año de la pandemia, las sustancias más consumidas en los doce meses previos a la pandemia son: Alcohol (92.8%), Cannabis Tetrahidrocannabinol (57.4%), Cigarrillos (51%), Cannabis cannabidiol (28.9%), MDMA (26.3%), Cocaína (23.5%), Cigarrillos electrónicos (20.1%), Anfetaminas (20.1%), y dietilamida de acide lisérgico (LSD, por sus siglas en inglés) (16.4%) (Winstock et al., 2021). Aunque resultan datos relevantes, se observa nula discusión sobre cambios en lugares de consumo y cambios en acompañantes. Es por eso que la presente investigación espera abonar a discutir sobre esos vacíos en la literatura.

Las preguntas que guiarán la investigación son: ¿Cómo cambiaron las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del CIDE durante la pandemia? ¿Qué factores que cambiaron durante la pandemia pueden afectar las dinámicas de consumo de drogas? Planteo que existieron cambios marcados en las dinámicas de consumo de sustancias durante el primer año de pandemia y que las dinámicas fueron regresando al estado previo a la pandemia durante el segundo año de esta. Además, argumento que las consecuencias de la pandemia en sí misma no fueron el único factor que afectó las dinámicas de consumo, pues cambios en salud mental, salud física y el contacto con otras personas también desempeñan un papel importante en influir los cambios.

Para generar la evidencia que sostuvo lo anteriormente dicho, se realizó una investigación de carácter cuantitativo. Se levantó una encuesta a la comunidad estudiantil del CIDE. Lo anterior motivado en la ausencia de un estudio previo en la institución con referencia al tema de consumo de sustancias.

La tesina comienza con una revisión de la literatura respecto al tema, donde se expone el impacto que tuvo la pandemia en el consumo de sustancias y el impacto de la pandemia en la

salud mental. La segunda parte es una descripción de la metodología usada. La tercera sección es la presentación de los análisis realizados y sus resultados. La cuarta sección incluye la discusión de los resultados. La quinta sección incluye una propuesta de política pública referente al tema. Finalmente, el trabajo cierra con las conclusiones en su sexta sección. A lo largo del presente documento, se utilizarán los términos ‘pandemia de COVID-19’ ‘pandemia de coronavirus’ y ‘pandemia’ de manera intercambiable.

## Capítulo II

### Marco Teórico

#### 2.1 La Pandemia y el Uso de Sustancias

De acuerdo con Roberts et al. (2021), existe evidencia mixta con respecto a los cambios en el consumo de alcohol durante la pandemia: algunos estudios mostraron un crecimiento en el consumo, mientras que otros mostraron un decrecimiento. Por un lado, los autores señalan que la pandemia tuvo un efecto sobre la salud mental de las personas, lo que podría haber provocado un aumento en el uso de alcohol. Por el otro, la pandemia también tuvo un efecto sobre los ingresos de las personas, lo que podría haber provocado una disminución en el gasto destinado a alcohol, disminuyendo su consumo (Roberts et al., 2021).

En el caso de otras sustancias como cannabis, opioides, MDMA, cocaína o drogas ilegales recreacionales en general, la evidencia sugiere un aumento en el consumo de estas durante la pandemia (Roberts et al., 2021). Los factores que tenían más impacto en los cambios en cantidad en el consumo de alcohol son: salud mental, género, edad, soledad, salud física, entre otros. En el caso de sustancias ilícitas, estos factores son: salud mental, salud física, aburrimiento y soledad, factores demográficos, entre otros (Roberts et al., 2021).

Sobre la salud mental y el uso de sustancias, la mayoría de investigaciones señalan que una peor salud mental estaba asociada con un mayor uso de sustancias psicoactivas. Lechner et al. (2020) mostraron que hubo un aumento en el consumo de alcohol en estudiantes universitarios tras el cierre de las universidades por COVID-19. Además, encontraron que un mayor apoyo psicológico llevó a un menor uso general de alcohol, mientras que la angustia psicológica se relacionaba con un mayor uso de alcohol. Asimismo, Knell et al. (2020) encontraron que las personas con mayores síntomas de depresión tenían mayor probabilidad de aumentar su consumo de alcohol durante los primeros meses del confinamiento. Un estudio realizado en gemelos muestra que las personas que padecen un mayor nivel de ansiedad y estrés que su gemelo/gemela, también muestran un mayor nivel de consumo de alcohol (Avery et al., 2020). Una investigación realizada a adultos en Australia muestra que aquellas personas que sufrían de ansiedad y/o depresión, solían consumir más alcohol durante la pandemia (Tran et

al., 2020). Finalmente, Sallie et al. (2020) encontraron en Reino Unido que la cantidad promedio de alcohol consumido durante la pandemia se correlacionaba con mayores síntomas de depresión.

Con respecto al consumo de sustancias ilegales, el estudio de Knell et al. (2020) mostraba una relación del incremento de uso de marihuana con síntomas moderados o severos de depresión. También se observaron aumentos en el uso de la marihuana medicinal, pues aquellas personas que la usaban para tratar enfermedades mentales, aumentaron su consumo durante la pandemia respecto a periodos anteriores (Vidot et al., 2020). Un estudio realizado entre consumidores de marihuana en los Países Bajos encontró que los principales motivos para aumentar el consumo de cannabis durante la pandemia fueron el estrés y la ansiedad (Van Laar et al., 2020).

Con respecto al consumo de sustancias durante la pandemia, varios estudios mostraron una diferenciación por factores demográficos como género y edad. En general, los estudios apuntan a un mayor uso de alcohol por parte de hombres. Estudios realizados en China referente a consumo peligroso de alcohol y dependencia muestran que estos patrones son más seis veces más comunes en hombres que en mujeres (Ahmed et al., 2020). Asimismo, otro estudio realizado en China mostró un mayor consumo semanal por parte de hombres (Wang, Lu et al., 2020). Aunque los estudios referentes a sustancias ilícitas no parecen dar una respuesta concreta de que algún género consuma más que otro, un estudio sobre uso de opioides en Estados Unidos señala un aumento de consumo en hombres durante la pandemia (Ochalek et al., 2020), mientras que un estudio sobre uso de cannabis en los Países Bajos apunta a un mayor incremento por parte de las mujeres (Van Laar et al., 2020). Con respecto a la edad, en su revisión de la literatura, Roberts et al. (2021) encontraron cuatro estudios que mostraban una correlación positiva entre la edad y la probabilidad de consumo de alcohol durante la pandemia. Mientras que otros dos estudios mostraron una correlación negativa entre edad y probabilidad de consumo. Otros estudios encontraron una mayor probabilidad de uso de sustancias ilícitas en las personas más jóvenes (Roberts et al., 2021).

La soledad desempeña un papel importante en el estudio de consumo de alcohol y sustancias ilícitas durante la pandemia. Acentuado por las políticas de distanciamiento social, la



soledad estuvo muy presente en los últimos años. Las personas que tenían cuarentenas autoimpuestas más estrictas tenían una mayor probabilidad de un alto consumo de alcohol (Gritsenko et al., 2020). Otro estudio mostraba que la falta de contacto social y la soledad eran razones relacionadas al consumo general de sustancias (Vanderbruggen et al., 2020). Un estudio enfocado en cannabis demostró que la soledad y la falta de contacto con amigos aumentaba el consumo de esta sustancia (Van Laar et al., 2020).

Además de la variable de la salud mental, los estudios indican una relación entre un peor estado físico y un mayor consumo de sustancias. El estudio de Van Laar et al. (2020) demuestra que aquellas personas que tenían un peor estado físico durante la pandemia aumentaron en mayor proporción su uso de cannabis.

Algunos de los otros factores más importantes que afectaron el consumo durante la pandemia son: autopercepción de la popularidad, apoyo emocional y ansiedad con respecto a la pandemia. Estudiantes que auto percibían que perdían popularidad por el confinamiento estaban más dispuestos a consumir sustancias ilícitas cara a cara con sus amigos (Dumas et al., 2020). El apoyo emocional es otro predictor importante para saber si las personas consumen sustancias, pues aquellas que reportaron sentir un menor apoyo emocional, reportaron un mayor consumo de drogas ilícitas (Ballivian et al., 2020). Finalmente, aquellas personas que presentaban una mayor ansiedad por el COVID-19, también solían presentar un mayor consumo de drogas ilícitas (Boehke et al., 2020).

## **2.2 La Salud Mental y la Pandemia**

Las poblaciones universitarias han mostrado un aumento significativo en el deterioro de la salud mental durante la pandemia por COVID-19. Algunos estudios mostraron que los estudiantes tenían miedo por su salud y la de personas cercanas y presentaban pensamientos depresivos, así como cambios en los hábitos de sueño y en los patrones de alimentación (Wang, Hedge et al., 2020). Otro estudio mostró un aumento en la ansiedad en estudiantes, cambios en sus hábitos de sueño y un peor desempeño escolar (Nakhostin-Ansari et al., 2020). Finalmente, una investigación señaló que el aumento de ansiedad y la depresión en estudiantes universitarios era más fuerte en grupos vulnerables como personas de minorías étnicas, bajos ingresos o alguna disidencia sexual o de género (Chirikov et al., 2020).

Las explicaciones para estos efectos negativos en la salud mental se asocian con la información sobre el COVID-19, las relaciones humanas y la incertidumbre. Un estudio realizado mediante una encuesta aplicada a la población general en Estados Unidos y Canadá mostró que los principales motivos de estrés y ansiedad se relacionaban con la información referente al COVID-19. Algunos de los factores eran preocupación por los peligros del COVID-19, preocupación por el impacto socioeconómico personal, preocupación xenófoba de que extranjeros propaguen el COVID-19, síntomas de estrés traumático relacionado con el COVID-19 y comprobación compulsiva y búsqueda de tranquilidad relacionado con el COVID-19 (Taylor et al., 2021). Algunos otros efectos de la pandemia se relacionan con el aislamiento y la pérdida de contacto físico, pues especialmente las poblaciones universitarias desarrollan un miedo a la pérdida de amistades y relaciones (Dumas et al., 2020). Finalmente, el factor de la incertidumbre en situaciones de crisis tiene efectos negativos en la salud mental, especialmente en el incremento de la ansiedad. (Godinic & Obrenovic, 2020)

Dado el nivel de impacto que tuvo la pandemia sobre las dinámicas de vida, la información con respecto a la pandemia juega un papel importante en la salud mental. La evidencia muestra que las noticias relacionadas a dicho evento son las principales causantes del deterioro de la salud mental. Información sobre peligros de la pandemia tanto en la salud física como en la economía se relaciona con un mayor nivel de estrés y ansiedad (Taylor et al., 2021). Una investigación sugiere que esta relación se da por la falta de soluciones a la pandemia que existió durante 2020, ya que un mayor acceso a la información hacía más latente el problema y sus efectos negativos en la salud y la economía. La falta de soluciones creaba un panorama negativo, lo que aumentaba la ansiedad, el estrés y la incertidumbre, empeorando así la salud mental de las personas. Efectos parecidos se hicieron presentes en situaciones como ataques terroristas, relata la misma investigación (Stainback et al., 2020).

Entre los cambios que se dieron en la pandemia se encuentran las dinámicas sociales, el segundo factor. El distanciamiento social causó que las personas universitarias aumentaran el miedo a la pérdida de amigos cercanos, provocando ansiedad (Dumas et al., 2020). Otra investigación demostró que el distanciamiento social y las medidas de permanecer en casa, aunque efectivas para la prevención de la enfermedad, se asociaban con un aumento en los síntomas de depresión (Marroquín et al., 2020). Finalmente, Lofrano-Prado et al. (2021)

encontraron un incremento en el deterioro de la salud mental tras el inicio del distanciamiento social, particularmente en las mujeres quienes mostraron un mayor aumento en depresión, ansiedad, tristeza, estrés.

Por último, la incertidumbre es el tercer factor que explica por qué la salud mental empeoró durante la pandemia, pues se relaciona con la ansiedad (Godinic & Obrenovic, 2020). La incertidumbre se presenta especialmente en torno al trabajo y la salud de las personas. Ruffolo et al. (2021) encontraron que las personas que con un trabajo gozaban de una mejor salud mental que aquellas personas con situaciones laborales inestables o desfavorables, debido a que las primeras tenían mayor estabilidad. Otra investigación reveló que las personas que sufrían mayor incertidumbre con respecto a su salud física aumentaron sus niveles de ansiedad y estrés (Rettie & Daniels, 2021).

### Capítulo III.

#### Diseño de Investigación

El objetivo de esta investigación fue conocer si existieron cambios en las dinámicas de consumo de sustancias en estudiantes durante la pandemia. Los cambios se midieron en cuatro dimensiones: cambios en la cantidad promedio consumida; cambios en frecuencia de consumo; cambios en los lugares donde se realizaba el consumo; y cambios en las personas que acompañaban al consumo. Los cambios fueron evaluados en cinco periodos: el año anterior a la pandemia (0); primer mes de encierro (1); el trimestre después del primer mes de encierro (2); segundo semestre de 2020 (3); y año 2021 (4). La descripción de los periodos se presenta en la siguiente tabla. La investigación utilizó como metodología el análisis cuantitativo exploratorio de datos transversales.

**Tabla 1**

Descripción de periodos analizados

Periodo	Fechas	Nombre	Descripción aplicada en el cuestionario
0	Año 2019	Año anterior a la pandemia	Recuerda la época cuando no era necesario usar cubrebocas. La pandemia en México aún no había empezado y teníamos esa vida llamada normal.
1	(marzo – abril 2020)	Primer mes de encierro	Este fue el momento cuando empezó el cierre de actividades no esenciales. La mayoría de la población se quedó encerrada en casa. Comenzaron las conferencias de López Gatell.
2	(mayo – julio 2020)	El trimestre después del primer mes de encierro	Para este periodo, estudiantes del CIDE finalizamos nuestro primer semestre en pandemia. Muchas escuelas empezaron en este periodo las clases virtuales. También empezaron nuestras vacaciones de verano en pandemia. Empezó ‘la nueva normalidad’.
3	(agosto – diciembre 2020)	Segundo semestre de 2020	Algunos de los sucesos relevantes fue un primer semestre completo de manera virtual. Durante esta época se comenzó a

			avisar sobre el futuro de una vacuna. Empezaron a disminuir los casos por COVID-19.
4	Año 2021	Año 2021	En este periodo comenzó el Plan Nacional de Vacunación y se levantaron las restricciones estrictas.

Fuente: Elaboración propia

### 3.1 Muestra

La población objetivo de este estudio es la comunidad estudiantil del CIDE de sus dos sedes, en Santa Fe (Ciudad de México) y Región Centro (Aguascalientes), y de todos sus programas de doctorado (2 programas), maestría (5 programas) y licenciatura (4 programas). El total de los alumnos era de 514, de los cuales 333 correspondían a licenciatura, 135 a maestría y 46 a doctorado. La respuesta fue de 117 alumnos, lo que significa una tasa de respuesta del 22.7%. Tras un proceso de limpieza de los datos, la tasa de respuesta efectiva quedó en 81 observaciones, lo que corresponde a un 15.7%. El nivel de confianza es del 90% con un margen de error de 8.5. Lo anterior implica que los parámetros obtenidos tienen una probabilidad máxima de 90% de estar dentro del intervalo estimado y que el rango de error de los parámetros es de más o menos 8.5, lo que significa que los parámetros obtenidos tienen un alto margen de variabilidad.

### 3.2 Diseño de instrumento

Para responder a la pregunta de investigación se diseñó una encuesta sobre consumo de sustancias que se aplicó a la población estudiantil del CIDE. A continuación, se describe el proceso de desarrollo de la encuesta.

#### 3.2.1 Encuesta

Se diseñó una encuesta en el periodo noviembre 2021 a abril de 2022. Durante noviembre y diciembre de 2021 se esbozó una idea general de lo que la encuesta podría contener, basado en la pregunta de investigación. Durante los meses de enero y febrero de 2022, se realizó una búsqueda de literatura sobre consumo de sustancias en pandemia. Se realizaron los borradores del cuestionario en Word durante el mes de marzo. Tras haber concluido un quinto borrador del cuestionario, el 2 y 3 de abril se aplicó una prueba cognitiva a dos personas para conocer el nivel de entendimiento en la redacción de las preguntas. A partir de esta prueba, se

cambió la estructura de 5 de las 15 secciones. Del 3 de abril al 15 de abril de 2022, se programó el cuestionario en la plataforma SurveyToGo versión 1.32.629.0 para Windows desarrollado por Dooblo. Se realizaron 5 pruebas piloto del 18 al 20 de abril, con las cuales se realizaron correcciones ortográficas, de formato y de orden. Tras realizar las correcciones, el cuestionario fue compartido con la comunidad estudiantil del CIDE el 22 de abril de 2022. La recolección de datos cerró el lunes 9 de mayo de 2022.

La encuesta fue diseñada a partir de la pregunta central y el marco conceptual que guiaron la presente investigación. La revisión de literatura mostró que hubo un cambio en dinámicas de consumo durante la pandemia, lo que se relacionaba con factores demográficos, la revisión de noticias sobre COVID-19, las relaciones sociales, la salud física y, principalmente, la salud mental. A partir de lo anterior, se dividió el cuestionario en tres secciones principales: variables que influyen en el consumo, consumo de sustancias y salud mental.

La sección de variables que influyen en el consumo contenía una serie de preguntas para conocer a la persona encuestada y sus hábitos durante los distintos periodos de la pandemia. Se recogieron datos demográficos de la persona, frecuencia de consumo de noticias relacionadas al COVID-19, contacto que mantuvo con seres cercanos como familiares y amigos, así como el estado de salud físico de la persona, evaluando sus hábitos alimenticios, de ejercicio y de sueño.

La sección de consumo de sustancias se dividió en cinco partes. En primer lugar, se preguntó si el encuestado había consumido al menos una vez durante el periodo 2019-2021 alguna de las siguientes sustancias: alcohol, marihuana, tabaco, MDMA, LSD, cocaína. Si el encuestado indicó haber consumido una o más de estas sustancias en el periodo 2019-2021, se preguntó para cada sustancia consumida: 1) la frecuencia de consumo en cada uno de los cinco periodos de interés; 2) la cantidad promedio consumida en una toma normal en cada uno de los cinco periodos de interés; 3) las personas que solían estar acompañando en el consumo en cada uno de los cinco periodos de interés; y 4) los lugares en los que se solía consumir drogas en cada uno de los cinco periodos de interés.

Se seleccionaron las siguientes sustancias para evaluar el consumo alcohol, marihuana, tabaco, MDMA, LSD y cocaína, dado que son las drogas más consumidas en la población mundial mayor a 18 años según la Global Drug Survey 2020 (Winstock et al., 2021). Dado que la ENCODAT 2016 (Villatoro-Velázquez et al., 2017a) no distingue entre metanfetaminas o

alucinógenos específicos, para la selección de sustancias prioritarias a incluir en el cuestionario, se dio preferencia a esta encuesta internacional que, además, se levantó durante el primer año de la pandemia. No se incluyeron medicamentos controlados, pues sus usos van más allá de los intereses de la investigación. La tesina buscaba centrarse en estudiar sustancias que son utilizadas exclusivamente de manera recreativa y que no tengan una segunda función al momento de ser usadas. Ya que algunas sustancias medicas pueden tener uso médico o uso lúdico. El alcance de la presente investigación es medir cambios en el uso lúdico de sustancias, por lo que no se incluyeron sustancias que pueden tener ambos tipos de uso. Lo anterior pudiendo llegar a tener un impacto en el análisis del aumento o decrecimiento de uso, y los factores que se relacionan a los cambios.

La sección de salud mental se dividió en dos preguntas. En la primera se les preguntó a los participantes sobre autopercepción con relación a la depresión, en los cinco periodos de interés. En la segunda se les preguntó sobre autopercepción con relación a la ansiedad, en los cinco periodos de interés. Además, cabe señalar que la encuesta incluía un consentimiento informado al inicio de la encuesta.

La encuesta incluía al inicio un consentimiento informado. En donde se explicaba las motivaciones de la investigación, el uso de datos, el tipo de datos que se recolectaría, quiénes tendría acceso a los datos. Además, se explicaban los beneficios y perjuicios de contestar la encuesta. Finalmente, se incluían contactos para dudas o quejas sobre las encuestas. Sí la persona daba su consentimiento se accedía a la encuesta, en caso contrario se finalizaba la encuesta y no se recolectaban los datos.

### ***3.2.2 Variables***

La variable dependiente es la dinámica de consumo de sustancias, que fue analizada en cuatro dimensiones: cambios en la cantidad promedio consumida, cambios en frecuencia de consumo, cambios en los lugares donde se realizaba el consumo y cambios en las personas que acompañaban al consumo. A su vez la dimensión de cantidad total consumida se dividió en dos partes: frecuencia de consumo y cantidad promedio consumida. Las variables dependientes eran: frecuencia, cantidad, lugar y persona (ver Anexo 1).

Como variable independiente se tomó a los periodos. El periodo es un vector de variables ordinales con valor 1 a 5. El valor 1 es el primer periodo año 2019; el valor 2 es el segundo periodo marzo – abril 2020; el valor 3 es el tercer periodo mayo – julio 2020; el valor 4 es el cuarto periodo agosto – diciembre 2020; y el valor 5 es el quinto periodo año 2021.

Las variables de control eran: salud mental (depresión), salud mental (ansiedad), preocupación COVID, contacto familia y amigos (persona), contacto familia y amigos (teléfono), contacto familia y amigos (videollamada), salud física (alimentación), salud física (sueño) y salud física (ejercicio) (ver Anexo 2).

### **3.3 Recolección de datos**

Los datos utilizados para realizar el análisis se recolectaron mediante la encuesta aplicada a estudiantes del CIDE, enviada desde el correo encuesta.consumo@cide.edu. El cuestionario fue aplicado mediante entrevistas web asistidas por computadora (CAWI, por sus siglas en inglés). El 22 de abril de 2022, se envió un link a la encuesta a los correos electrónicos de cada estudiante del CIDE, utilizando las listas de correo preprogramados por la Dirección de Administración Escolar en la plataforma de correo institucional del CIDE. Se enviaron correos de seguimiento el 2 de mayo de 2022, 4 de mayo de 2022 y 9 de mayo de 2022. La aplicación de la encuesta cerró el 9 de mayo de 2022 a la medianoche. La base de datos utilizada para el análisis fue un documento Excel que se extrajo de la misma aplicación donde se diseñó la encuesta.

El 4 de abril de 2022, se solicitó a la directora de Administración Escolar del CIDE las listas de correos de estudiantes del CIDE para el envío del cuestionario a toda la comunidad estudiantil. En dicha solicitud se explicaba el tema de investigación y cómo las listas serían utilizadas para realizar la encuesta. Además, se adjuntó el consentimiento informado para explicar cómo se garantizaría la privacidad de los datos.

Las listas proporcionadas contenían solamente direcciones de correo escolar de los distintos programas y generaciones. Esto impidió hacer un marco muestral, por lo que los correos de invitación a la encuesta fueran enviados a toda la comunidad estudiantil del CIDE.

El correo enviado incluía el link a la encuesta y una breve explicación de la misma. El link era un acceso directo para contestar la encuesta, acompañado de una invitación a participar.



La explicación incluía el objetivo de la investigación, las personas que estaban involucradas de manera directa en el diseño de la investigación, términos de privacidad referentes a qué datos se recopilarían y quiénes podrían revisarlos, los beneficios de la encuesta, los perjuicios que podría llegar a generar la encuesta, la invitación a participar en una rifa al contestar la encuesta, el tiempo estimado y los contactos en caso de alguna duda.

Dentro de la encuesta se encontraba un consentimiento informado, que las personas tenían que leer y aceptar para poder participar en la encuesta. En caso de que contestaran que no daban su consentimiento la encuesta terminaba en automático. El consentimiento explicaba que las únicas personas que tendrían acceso a los datos serían el tesista y su director, y que los datos en ningún momento recopilaban datos personales. Asimismo, se explicaban los beneficios—entre los cuales se encontraban un posible mejoramiento de las políticas internas del CIDE y cambio de perspectiva respecto al uso de drogas—, los costos, que incluían posible incomodidad, y la explicación de cómo inscribirse en la rifa.

A fin de buscar un nivel de participación más alto se daba la oportunidad de participar en una rifa si se llegaba a contestar toda la encuesta. Se rifaron 5 tarjetas Amazon con un valor de 300 pesos cada una. La manera de inscribirse en la rifa era enviando un correo a encuesta.consumo@cide.edu con una palabra clave como asunto. Dicha palabra aparecía al final de la encuesta. De las 117 personas participantes sólo 72 decidieron enviar el correo para participar. El día 16 de mayo se llevó a cabo la rifa y se notificó a toda la comunidad las personas ganadoras.

### **3.4 Análisis**

El análisis se realizó en dos etapas, limpieza de datos y análisis de los mismos. La limpieza de datos incluyó la verificación de que los datos estaban completos, la eliminación de observaciones que no cumplían los filtros de calidad y la resignificación de algunos valores. El análisis de datos incluyó un análisis de la muestra, el consumo en general, salud mental y cambios en las dinámicas de consumo.

#### ***3.4.1 Limpieza de datos***

Una vez recopilada la base de datos, se comenzó una limpieza con la herramienta Rstudio versión 1.4.1103 para Windows, desarrollado por Rstudio Inc. Primero se aseguró de que todas

las personas hubieran respondido el total de la encuesta. Después se comenzó un proceso de depuración de los datos. Para lo anterior se comparaban las respuestas entre cantidad y frecuencia, para que las respuestas de los participantes tuviesen un sentido lógico. La comparación se llevó a cabo entre los individuos, sustancias y tiempos correspondientes. Es decir, se comparó la observación del individuo  $i$  en la sustancia  $s$  en el tiempo  $t$  con respecto a cantidad contra la frecuencia del individuo  $i$  en la sustancia  $s$  en el tiempo  $t$ . Se tomaba como válida la observación si la persona decía en la observación que había consumido la sustancia en una cantidad mayor a cero y a la vez que reportaba una frecuencia de consumo de al menos una vez, tomando en cuenta las observaciones de frecuencia y cantidad en los cinco periodos evaluados. También se tomaba como válida la observación si la persona reportaba no haber consumido la sustancia ni en frecuencia ni cantidad. Para dicho proceso se consideró que al menos el 80% de las respuestas de los individuos tuvieran el sentido lógico anteriormente mencionado. Se eligió el valor del 80% para optimizar la relación observaciones restantes disponibles y validez de los datos. También se hizo mediciones con el 70%, 60% y 50%, lo que resultó muy poco cambio en el número de observaciones válidas, incrementando apenas a 88. Una vez realizada la depuración de los datos, las observaciones cambiaron de 117 a 81.

Durante la limpieza de datos se reescribieron los valores para cantidad y frecuencia, ya que dichos valores no tenían cambios en magnitud proporcional a lo que buscaban representar. Para los cambios en cantidad se adaptó a cada sustancia. Para alcohol se adaptaron los cambios a copas, para marihuana a gramos consumidos y para tabaco cigarrillos. Los datos se revalorizaron conforme lo que la encuesta representaba: si el valor 1 significaba 2 copas, todo valor 1 ahora sería 2; si el valor 6 representaba 10 copas, todo valor 6 ahora sería 10.

Para los cambios en frecuencia se adaptó a cantidad de días que se consumía la sustancia en un mes. Si el valor 2 significaba consumo una vez al mes, todo valor 2 ahora sería 1. Si el valor 6 representaba consumo diario, todo valor 6 ahora sería 30. Pues significaba que la persona consumía los 30 días del mes.

### ***3.4.2 Análisis de datos***

El análisis de los datos se realizó con la herramienta de análisis de datos Rstudio versión 1.4.1103 para Windows, desarrollado por Rstudio Inc. Se realizó un análisis de los datos de la muestra, de los datos excluidos de la muestra, del consumo de sustancias en general, salud

mental, evaluación de cambios en cantidad, cambios en frecuencia, cambios en lugares y cambios en personas.

La descripción de la muestra se realizó con los datos del número de observaciones, el grado de estudio, la edad, el género y la sede. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, obteniendo el número de observaciones por categoría y la proporción que representaban con respecto a todos los datos observados. En el caso de edad se obtuvo su promedio, el rango de edad y su desviación estándar. Además, se realizó el mismo análisis para las 36 observaciones que se excluyeron de la muestra Y se comparó a ambos grupos utilizando intervalos de confianza.

Se analizó el consumo general obtenido la proporción de usuarios de sustancia por periodo. El análisis se realizó para las seis sustancias (alcohol, marihuana, tabaco, LSD, MDMA y cocaína), en los tres periodos de observación de consumo (alguna vez en la vida, durante 2019-2021 y en los últimos 12 meses previos a la encuesta). La proporción de estudiantes que reportaron haber consumido al menos una vez durante los periodos de observación también se seccionó el análisis a diferencia por género y diferencias por sede. En el caso de género se excluyó a personas que se identificaban con no-binariix u otro género, ya que el bajo número de observaciones podía poner en vulnerabilidad su confidencialidad. La comparación en sedes y género, se realizó con una diferencia de proporciones usando intervalos de confianza. Lo anterior bajo el supuesto de distribución normal, comprobado con el test Jarque-Bera.

Los datos de salud mental se analizaron a partir de la proporción de personas que reportaban tener algo, mucho o demasiado ansiedad o depresión. El análisis se realizó comparando los distintos periodos y diferenciando entre ansiedad y depresión y por género. Dicho análisis se llevó a cabo utilizando una comparación de intervalos de confianza de proporciones y se comprobó que los datos se comportaran de manera normal, utilizando la prueba Jarque-Bera.

La siguiente parte del análisis es la evaluación de las cuatro dimensiones: cambios en la cantidad consumida, cambios en la frecuencia de consumo, cambios en los lugares donde se realizaba el consumo y cambios en las personas que acompañaban al consumo. Las cuatro dimensiones no pudieron ser analizadas con la misma técnica de análisis, dado que una de las cuatro dimensiones (cantidad y frecuencia) tienen como variable datos de tipo ordinal, mientras

que las otras dos son de carácter nominal. Se analizaron los cambios en la cantidad promedio consumida y cambios en la frecuencia promedio de consumo por periodo. Para evaluar los cambios en cantidad y frecuencia se utilizó una regresión lineal y diferencia de medias por intervalos de confianza, mientras que para los cambios en lugares y personas que acompañaban en el consumo se utilizaron pruebas de hipótesis de proporción.

Para evaluar los cambios en las cantidades de consumo y cambios en la frecuencia de consumo se utilizó un modelo de regresión, una evaluación de diferencia de medias y evaluación de la correlación entre salud mental y consumo. Se comprobó la normalidad de los datos con un test Jarque-Bera. El modelo de regresión de mínimos cuadrados ordinarios (OLS, por sus siglas en inglés) se utilizó para encontrar cambios incrementales con respecto al promedio del resto de periodos. Se construyeron 12 modelos (Ver tabla 2. En dichas evaluaciones de cambios alcohol, marihuana y tabaco fueron analizados como sustancias separadas y MDMA, LSD y cocaína en su conjunto, dado que estas últimas sustancias tenían prevalencias individuales demasiado bajas para realizar análisis estadísticos por separado. En el caso de MDMA, LSD y cocaína sólo se hizo el análisis de diferencia de medias por intervalos de confianza sobre cambios en frecuencia. Debido a que el tiempo sí es una medida que comparten las tres sustancias, mientras que en cantidad todas las sustancias son distintas.

**Tabla 2**

Modelos de regresión

<b>Modelo</b>	<b>Variable dependiente</b>	<b>Variable independiente</b>	<b>Variabes de control</b>
<b>1</b>	Cantidad de consumo de alcohol	Tiempo (Periodo al que corresponde la observación)	Salud mental (ansiedad y depresión), género
<b>2</b>	Cantidad de consumo de alcohol	Pandemia (0 si la observación corresponde a un tiempo sin pandemia, 1 si	Salud mental (ansiedad y depresión), género

		corresponde a un tiempo con pandemia)	
<b>3</b>	Cantidad de consumo de marihuana	de de observación)	Salud mental (ansiedad y depresión), género
<b>4</b>	Cantidad de consumo de marihuana	de de observación corresponde a un tiempo sin pandemia, 1 si corresponde a un tiempo con pandemia)	Salud mental (ansiedad y depresión), género
<b>5</b>	Cantidad de consumo de tabaco	de de observación)	Salud mental (ansiedad y depresión), género
<b>6</b>	Cantidad de consumo de tabaco	de de observación corresponde a un tiempo sin pandemia, 1 si corresponde a un tiempo con pandemia)	Salud mental (ansiedad y depresión), género
<b>7</b>	Frecuencia de consumo de alcohol	de de observación)	Salud mental (ansiedad y depresión), género
<b>8</b>	Frecuencia de consumo de alcohol	de de observación corresponde a un tiempo con pandemia)	Salud mental (ansiedad y depresión), género

		tiempo sin pandemia, 1 si corresponde a un tiempo con pandemia)	
<b>9</b>	Frecuencia de consumo de marihuana	Tiempo (Periodo al que corresponde la observación)	Salud mental (ansiedad y depresión), género
<b>10</b>	Frecuencia de consumo de marihuana	Pandemia (0 si la observación corresponde a un tiempo sin pandemia, 1 si corresponde a un tiempo con pandemia)	Salud mental (ansiedad y depresión), género
<b>11</b>	Frecuencia de consumo de tabaco	Tiempo (Periodo al que corresponde la observación)	Salud mental (ansiedad y depresión), género
<b>12</b>	Frecuencia de consumo de tabaco	Pandemia (0 si la observación corresponde a un tiempo sin pandemia, 1 si corresponde a un tiempo con pandemia)	Salud mental (ansiedad y depresión), género

Fuente: Elaboración propia

Además, se realizó un análisis utilizando solamente diferencia de medias, para observar los cambios sin la interacción de otras variables y a su vez observar los cambios en escala real.

Finalmente, se realizó una evaluación de correlación entre ansiedad y depresión con las variables de consumo, con el uso de un coeficiente de correlación de Pearson.

Para evaluar los cambios en los lugares de consumo y personas que acompañaron el consumo se utilizó una diferencia en medias, dado que las variables correspondientes no son ordinales. La evaluación se realizó dividiendo el análisis entre drogas legales y drogas ilegales: se agrupó en drogas legales a consumidores de alcohol y tabaco, y en drogas ilegales a consumidores de marihuana, MDMA, LSD y cocaína. Se evaluaron los cambios a través del tiempo, de tal forma que para cada tipo de consumo se realizó una evaluación con respecto a sí misma en los diferentes periodos. Es decir, se evaluó el consumo de la sustancia  $s$  en el lugar  $l$ , para los cinco periodos y así para cada sustancia en cada lugar o persona. Lo anterior se realizó para poder observar cambios en periodos específicos.

## Capítulo IV

### Resultados

Los resultados que arrojaron los análisis se presentan en siete secciones: Resultados de la muestra, resultados de consumo, resultados de salud mental, cambios en la cantidad de consumo, cambios en la frecuencia de consumo, cambios en los lugares de consumo y cambios en las personas que acompañan el consumo.

#### 4.1 Resultados muestra

Los datos de la muestra contienen 81 observaciones, de las cuales 52 (64.19%) corresponden a personas de licenciatura, 22 (27.16%) a personas de maestría y 7 (8.64%) a doctorado. La edad promedio es de 24.46 años, con una desviación estándar de 6.38. El rango de edad va de los 18 a los 43 años. Del total de observaciones, 44 (54.32%) corresponden a hombres, 36 (44.44%) a mujeres y 1 (1.23%) a otra adscripción sexo-genérica. El origen de las observaciones es 61 (75.30%) provienen de la Sede Santa Fe y 20 (24.69%) de Región Centro (ver Tabla 3).

**Tabla 3**

Datos de la muestra

	<i>N</i>	<i>% con respecto a la muestra</i>	<i>% con respecto a su subgrupo</i>
<b>Grado de estudio</b>			
<b>Licenciatura</b>	52	64.19%	15.6%
<b>Maestría</b>	22	27.16%	16.2%
<b>Doctorado</b>	7	8.64%	15.2%
<b>Género</b>			
<b>Hombre</b>	44	54.32%	-
<b>Mujer</b>	36	44.44%	-
<b>Otro género</b>	1	1.23%	-
<b>Sede</b>			
<b>Santa Fe</b>	61	75.30%	13.34%



<b>Región Centro</b>	20	24.69%	34.4%
----------------------	----	--------	-------

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2 Resultados datos excluidos

Los datos excluidos contienen 36 observaciones, de las cuales 28 (77.77%) corresponden a personas de licenciatura, 4 (11.11%) a personas de maestría y 4 (11.11%) a doctorado. La edad promedio es de 22.97 años, con una desviación estándar de 4.32. El rango de edad va de los 22 a los 39 años. Del total de observaciones 17 (47.22%) corresponden a hombres, 17 (47.22%) a mujeres y 1 (2.77%) a otra adscripción sexo-genérica. El origen de las observaciones es 27 (75%) provienen de la Sede Santa Fe y 9 (25%) de Región Centro. Al hacer un análisis de comparación de proporciones con el uso de intervalos de confianza se muestra que las dos muestras son estadísticamente idénticas a un nivel de confianza del 95%.

#### 4.3 Resultados consumo

A continuación, se presentan los resultados de prevalencia de consumo alguna vez en la vida, entre 2019 – 2021 y, en los doce meses anteriores a la encuesta, pero diferenciada por género y por sede.

La sustancia más consumida en la comunidad estudiantil del CIDE es el alcohol, en segundo lugar, la marihuana y, en tercer lugar, el tabaco (ver Tabla 4). El alcohol, además, mantiene la mayor prevalencia del consumo en el tiempo. Las demás sustancias tienen diferencias más grandes al comparar la prevalencia del consumo alguna vez en la vida con la prevalencia del consumo en momentos más recientes.

**Tabla 4**

Descripción general de consumo

	<b>Alguna vez en la vida</b>	<b>Entre 2019 - 2021</b>	<b>En los 12 meses anteriores a la encuesta</b>
<b>Alcohol</b>	95.06%	91.35%	92.59%
<b>Marihuana</b>	62.96%	53.08%	39.50%
<b>Tabaco</b>	54.32%	30.86%	27.16%
<b>MDMA</b>	12.35%	4.93%	2.46%

<b>LSD</b>	18.51%	8.64%	4.93%
<b>Cocaína</b>	11.11%	7.40%	3.70%

Fuente: Elaboración propia

Al comparar los patrones de consumo por género, se observa que las mujeres exhiben un mayor consumo que los varones (ver Tabla 5). No obstante, esta diferencia no es estadísticamente significativa, al comparar con una diferencia de proporciones por intervalo de confianza.

**Tabla 5**

Descripción general de consumo por género

<b>Sustancia</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
<b>Alguna vez en la vida</b>		
<b>Alcohol</b>	93.18%	97.22%
<b>Marihuana</b>	61.36%	69.44%
<b>Tabaco</b>	56.81%	52.77%
<b>MDMA</b>	9.09%	16.66%
<b>LSD</b>	18.18%	19.44%
<b>Cocaína</b>	11.36%	11.11%
<b>Entre 2019 - 2021</b>		
<b>Alcohol</b>	86.36%	97.22%
<b>Marihuana</b>	50.00%	55.55%
<b>Tabaco</b>	31.81%	30.55%
<b>MDMA</b>	2.27%	8.33%
<b>LSD</b>	9.09%	8.33%
<b>Cocaína</b>	4.54%	11.11%
<b>En los doce meses anteriores a la encuesta</b>		
<b>Alcohol</b>	88.63%	97.22%
<b>Marihuana</b>	36.36%	41.66%
<b>Tabaco</b>	27.27%	27.77%
<b>MDMA</b>	2.27%	2.77%

<b>LSD</b>	6.81%	2.77%
<b>Cocaína</b>	2.27%	5.55%

Fuente: Elaboración propia

Al comparar los patrones de consumo por sede (ver Tabla 6), se observa que, en términos generales, los estudiantes de la Sede Santa Fe presentan prevalencias de consumo de sustancias más altas que sus pares de la Sede Región Centro, salvo en el caso de LSD. No obstante, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

**Tabla 6**

Descripción general de consumo por sede

<b>Sustancia</b>	<b>Santa Fe</b>	<b>Región Centro</b>
<b>Alguna vez en la vida</b>		
<b>Alcohol</b>	95.00%	95.23%
<b>Marihuana</b>	65.00%	57.14%
<b>Tabaco</b>	55.00%	52.38%
<b>MDMA</b>	15.00%	4.76%
<b>LSD</b>	18.33%	19.04%
<b>Cocaína</b>	11.66%	9.52%
<b>Entre 2019 – 2021</b>		
<b>Alcohol</b>	91.66%	90.47%
<b>Marihuana</b>	53.33%	52.38%
<b>Tabaco</b>	35.00%	19.04%
<b>MDMA</b>	5.00%	4.76%
<b>LSD</b>	5.00%	19.04%
<b>Cocaína</b>	10.00%	0%
<b>En los doce meses anteriores a la encuesta</b>		
<b>Alcohol</b>	93.33%	90.47%
<b>Marihuana</b>	41.66%	33.33%
<b>Tabaco</b>	30.00%	19.04%
<b>MDMA</b>	3.33%	0%

<b>LSD</b>	1.66%	14.28%
<b>Cocaína</b>	5.00%	0%

Fuente: Elaboración propia

#### 4.4 Resultados salud mental

Los resultados con respecto a salud mental muestran un deterioro generalizado tanto de los niveles de ansiedad como de depresión durante la pandemia (ver Tabla 7). Se encontraron cambios estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ) para el periodo 2 y 3 (mayo – diciembre 2020) con respecto al periodo 0 (año 2019). Además, se observa un mayor nivel de auto percepción de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres que en hombres, pero esta diferencia sólo es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) para el periodo 4 (año 2021)

**Tabla 7**

Proporción de personas con nivel de 3, 4 o 5 de ansiedad y depresión

	<b>Depresión</b>	<b>Ansiedad</b>	<b>Hombres depresión</b>	<b>Mujeres depresión</b>	<b>Hombres ansiedad</b>	<b>Mujeres ansiedad</b>
<b>Periodo 0</b>	39.50%	39.50%	40.90%	36.11%	38.63%	41.66%
<b>Periodo 1</b>	59.25%	62.96%	59.09%	58.33%	65.90%	61.11%
<b>Periodo 2</b>	69.13%*	69.13%*	63.63%	77.77%	65.90%	75.00%
<b>Periodo 3</b>	71.60%*	69.13%*	68.18%	77.77%	59.09%	83.33%
<b>Periodo 4</b>	59.25%	66.66%	43.18%**	77.77%**	54.54%	83.33%

Fuente: Elaboración propia

Nota: "\*" significa un cambio significativo ( $p < 0.05$ ) con respecto a los periodos anteriores

"\*\*" significa una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) entre hombres y mujeres

#### 4.5 Cambios en la cantidad de consumo

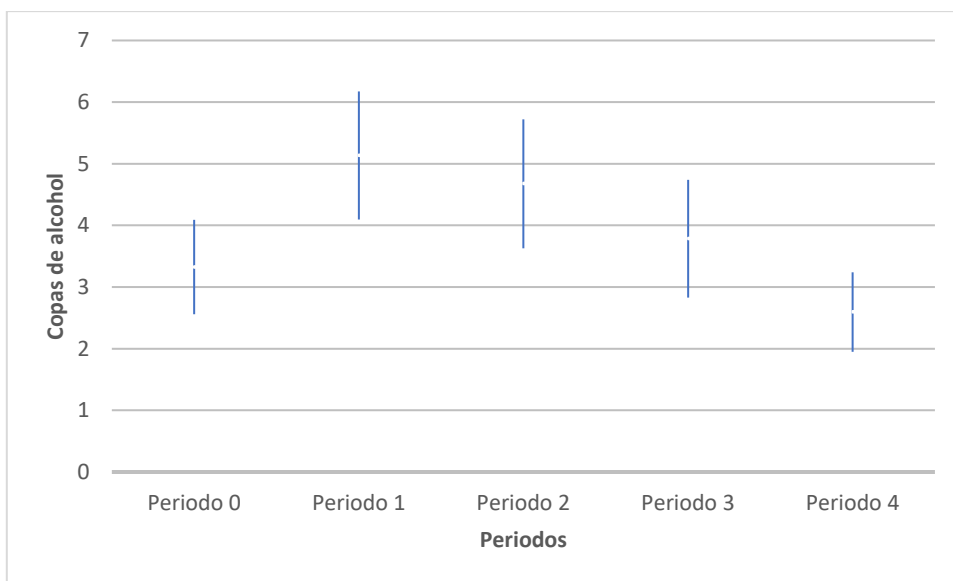
Los resultados en la cantidad de consumo mostraron cambios para alcohol y marihuana. Para alcohol el cambio se da durante el periodo 1. Para marihuana el cambio se da durante el periodo 1 y 2. Además, se encontró una correlación entre cantidad de consumo de alcohol con depresión, marihuana con depresión y marihuana con ansiedad.

### 4.5.1 Alcohol

En la evaluación de cambios en la cantidad de consumo medido en copas de alcohol promedio en una toma para aquellas personas que habían reportado haber consumido al menos una copa entre 2019 y 2021 (ver Figura 1) se encontró que sólo para el periodo 1 (marzo – abril 2020) existe un incremento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) con respecto al periodo 0 (año 2019). El consumo promedio por sesión para el periodo 0 era de 3.32 copas, mientras que para el periodo 1 es de 5.13 copas.

**Figura 1**

Rangos de cantidad promedio de copas de alcohol por periodo



Fuente: Elaboración propia

El análisis de regresión del modelo 1 (ver Tabla 8) mostró un incremento de 1.67 copas en el periodo 1 ( $p < 0.05$ ). El resto de los periodos no tiene cambios estadísticamente significativos en relación al periodo 0. Es decir, si una persona se encontraba en el periodo 1 en promedio aumentaría su consumo 1.67 copas con respecto a su consumo prepandémico. Por otro lado, en el análisis de regresión del modelo 2 (ver Tabla 9) no se encontró un efecto estadísticamente significativo.

**Tabla 8**

Resultados modelo 1

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	4.08	0.88	4.64	4.29e-06****
<i>Periodo 0</i>	0.69	0.76	0.91	0.36
<i>Periodo 1</i>	1.67	0.74	2.25	0.02**
<i>Periodo 2</i>	0.84	0.74	1.14	0.25
<i>Periodo 3</i>	0.20	0.74	0.27	0.78
<i>Género</i>	-0.97	0.41	-2.36	0.01**
<i>Depresión</i>	0.43	0.24	1.77	0.07*
<i>Ansiedad</i>	-0.29	0.24	-1.21	0.22

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p&lt;0.0001; \*\*\*p&lt;0.001; \*\*p&lt;0.01; \*p&lt; 0.05

**Tabla 9**

Resultados modelo 2

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	4.93	0.76	6.47	3.07e-10****
<i>Pandemia</i>	0.03	0.61	0.06	0.95
<i>Género</i>	-0.98	0.41	-2.38	0.01**
<i>Depresión</i>	0.41	0.24	1.69	0.09
<i>Ansiedad</i>	-0.33	0.24	-1.38	0.16

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p&lt;0.0001; \*\*\*p&lt;0.001; \*\*p&lt;0.01; \*p&lt; 0.05

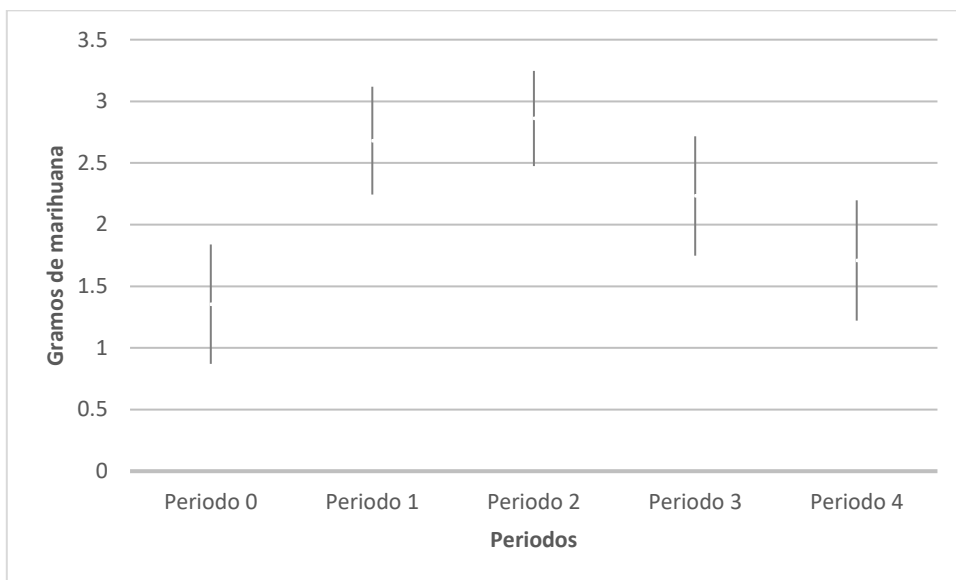
Finalmente, se encontró una leve correlación significativa ( $p<0.05$ ) entre la cantidad de alcohol y la depresión de 0.0182, calculada con el coeficiente de correlación de Pearson. Es decir, que mayores niveles de depresión suelen presentarse a la vez que hay mayor consumo de alcohol, aunque con una correlación débil y sin implicación de causalidad.

#### 4.5.2 Marihuana

En la evaluación de cambios en la cantidad de consumo medido en gramos de marihuana promedio en una toma para aquellas personas que habían reportado haber consumido al menos una vez marihuana entre 2019 y 2021 (ver Figura 2) se encontró que para el periodo 1 (marzo – abril 2020) y periodo 2 (mayo – julio 2020) existe un incremento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ , en ambos casos) con respecto al periodo 0 (año 2019). El consumo promedio para el periodo 0 era de 1.35 gramos, mientras que para el periodo 1 es de 2.68 gramos por sesión y para el periodo 2 es de 2.86 gramos.

**Figura 2**

Rangos de cantidad promedio en gramos de marihuana por periodo



Fuente: Elaboración propia

En el análisis de regresión del modelo 3 (ver Tabla 10) muestra un incremento de 1.05 gramos y 1.13 gramos, para los periodos 1 y 2 respectivamente ( $p < 0.05$ ). El resto de periodos no tienen cambios estadísticamente significativos. Es decir, el estar en estos periodos aumenta el consumo de gramos de marihuana con respecto a su consumo promedio. Por otro lado, en el análisis de regresión del modelo 4 (ver Tabla 11) se encontró que el estar en pandemia incrementa en promedio el consumo en 0.83 gramos ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 10**

Resultados modelo 3

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	0.88	0.38	2.27	0.02**
<i>Periodo 0</i>	-0.15	0.33	-0.47	0.63
<i>Periodo 1</i>	1.05	0.32	3.20	0.001***
<i>Periodo 2</i>	1.13	0.32	3.44	0.0006****
<i>Periodo 3</i>	0.45	0.32	1.37	0.16
<i>Género</i>	0.04	0.16	0.26	0.78
<i>Depresión</i>	0.08	0.09	0.84	0.40
<i>Ansiedad</i>	0.16	0.09	1.77	0.07

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p&lt;0.0001; \*\*\*p&lt;0.001; \*\*p&lt;0.01; \*p&lt; 0.05

**Tabla 11**

Resultados modelo 4

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	0.76	0.34	2.18	0.02**
<i>Pandemia</i>	0.83	0.27	3.03	0.002***
<i>Género</i>	0.04	0.17	0.26	0.79
<i>Depresión</i>	0.10	0.09	1.07	0.28
<i>Ansiedad</i>	0.12	0.09	1.31	0.18

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p&lt;0.0001; \*\*\*p&lt;0.001; \*\*p&lt;0.01; \*p&lt; 0.05

Adicionalmente, se encontró que existe una correlación de Pearson entre la cantidad de marihuana y la depresión de 0.0884 ( $p<0.05$ ). Asimismo, el análisis muestra una correlación de 0.0938 ( $p<0.05$ ) entre cantidad de marihuana y ansiedad. Esto quiere decir que mayores niveles



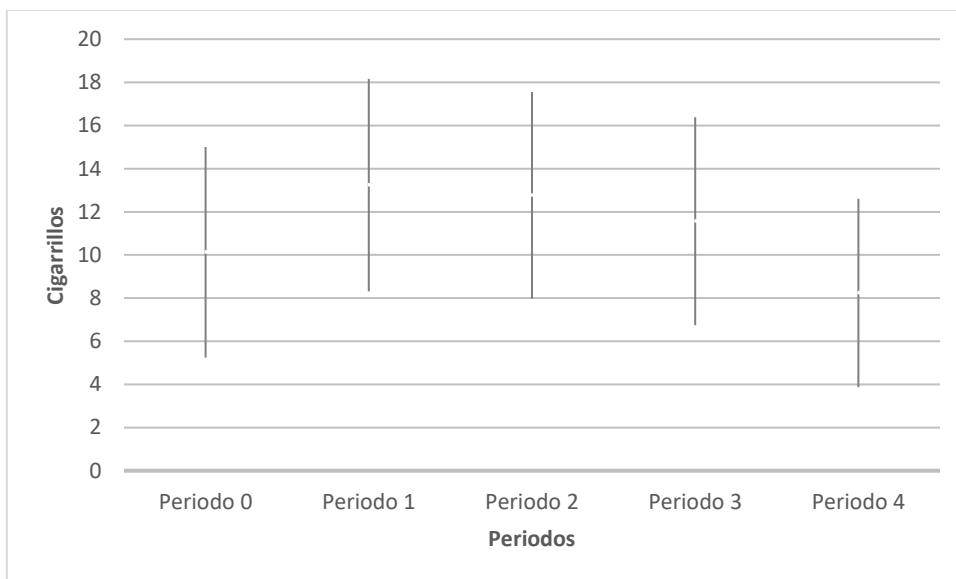
de ansiedad y depresión suelen presentarse a la par que mayores niveles de consumo de marihuana. Nuevamente, a con una correlación débil y sin implicaciones de causalidad.

### 4.5.3 Tabaco

La cantidad promedio de tabaco consumida no tiene ningún cambio estadísticamente significativo en ningún momento de los periodos evaluados, para aquellas personas que habían reportado haber consumido, aunque sea una vez tabaco durante el periodo 2019-2021. La correlación entre consumo de tabaco y ansiedad o depresión es no significativa (ver Figura 3, ver Tabla 12,13). La correlación entre consumo de tabaco y ansiedad o depresión es muy débil ( $p < 0.05$ ).

### Figura 3

Rangos de cantidad promedio de cigarrillos por día por periodo



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 12**

Resultados modelo 5

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	9.55	4.32	2.20	0.02**
<i>Periodo 0</i>	1.74	3.52	0.49	0.62
<i>Periodo 1</i>	6.26	3.71	1.68	0.09*
<i>Periodo 2</i>	4.12	3.39	1.21	0.22
<i>Periodo 3</i>	3.48	3.47	1.00	0.31
<i>Género</i>	-2.02	2.16	-0.93	0.35
<i>Depresión</i>	-0.97	1.10	-0.88	0.37
<i>Ansiedad</i>	1.04	1.08	0.96	0.33

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p&lt;0.0001; \*\*\*p&lt;0.001; \*\*p&lt;0.01; \*p&lt; 0.05

**Tabla 13**

Resultados modelo 6

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	11.91	3.52	3.38	0.0009****
<i>Pandemia</i>	1.82	2.83	0.64	0.52
<i>Género</i>	-2.02	2.16	-0.93	0.35
<i>Depresión</i>	-0.61	1.05	-0.58	0.56
<i>Ansiedad</i>	0.42	0.95	0.44	0.65

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p&lt;0.0001; \*\*\*p&lt;0.001; \*\*p&lt;0.01; \*p&lt; 0.05

## 4.6 Cambios en la frecuencia de consumo

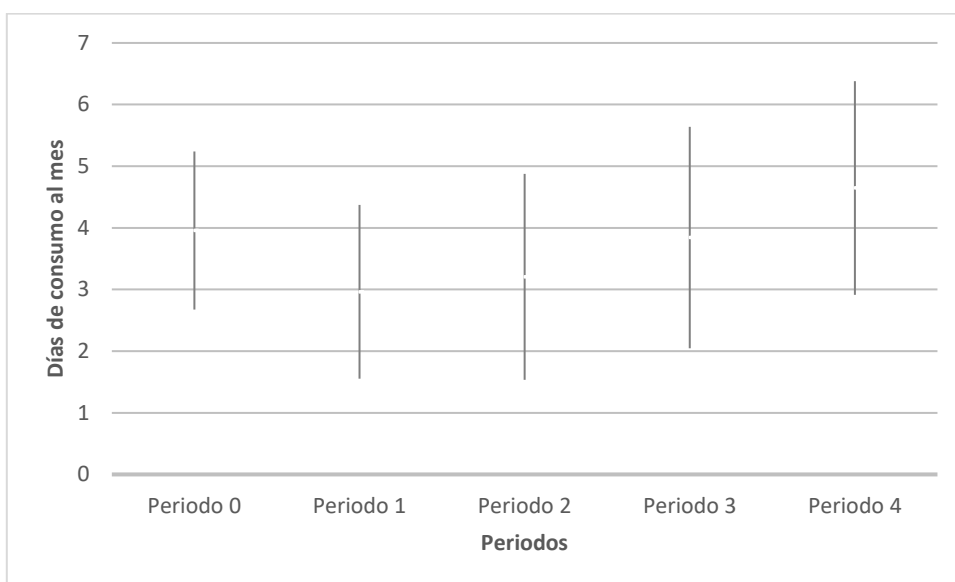
Los resultados en la frecuencia de consumo mostraron cambios para alcohol, así como para LSD, MDMA y cocaína en su conjunto. La frecuencia de consumo de alcohol incrementó en los periodos 1 y 2. La frecuencia de consumo de las otras tres sustancias en su conjunto decreció en el periodo 1.

### 4.6.1 Alcohol

En la evaluación de cambios en la frecuencia de consumo de alcohol, medido en número promedio de días de consumo por mes, para aquellas personas que habían reportado haber consumido alcohol al menos una vez entre 2019 y 2021 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver Figura 4). El consumo promedio para los cinco periodos es de 3.72 días de consumo por mes.

**Figura 4**

Rangos de frecuencia de consumo de alcohol por periodo



Fuente: Elaboración propia

El análisis de regresión modelo 7 (ver Tabla 14) muestra un decrecimiento de 2.82 días en promedio y 2.92 días en promedio, para los periodos 1 y 2 respectivamente ( $p < 0.05$ , respectivamente en ambos casos). Es decir, que estar en ese periodo implica un consumo menos frecuente de alcohol con respecto a otros periodos. El resto de los periodos no tiene cambios

estadísticamente significativos. Por otro lado, en el análisis de regresión del modelo 8 (ver Tabla 15) no se encontró un efecto estadísticamente significativo. Finalmente, no se encontró una correlación entre frecuencia de consumo de alcohol y ansiedad o depresión.

**Tabla 14**

Resultados modelo 7

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	6.67	1.57	4.24	2.81e-05****
<i>Periodo 0</i>	-0.58	1.36	-0.42	0.66
<i>Periodo 1</i>	-2.82	1.32	-2.12	0.03**
<i>Periodo 2</i>	-2.92	1.32	-2.20	0.02**
<i>Periodo 3</i>	-2.14	1.32	-1.61	0.10
<i>Género</i>	0.65	0.73	0.88	0.37
<i>Depresión</i>	0.18	0.43	0.43	0.66
<i>Ansiedad</i>	-0.27	0.43	-0.62	0.53

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p<0.0001; \*\*\*p<0.001; \*\*p<0.01; \*p< 0.05

**Tabla 15**

Resultados modelo 8

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	6.05	1.36	4.45	1.13e-05****
<i>Pandemia</i>	-1.41	1.09	-1.28	0.19
<i>Género</i>	0.65	0.73	0.89	0.37
<i>Depresión</i>	0.14	0.43	0.34	0.73
<i>Ansiedad</i>	-0.22	0.43	-0.50	0.61

Fuente: Elaboración propia

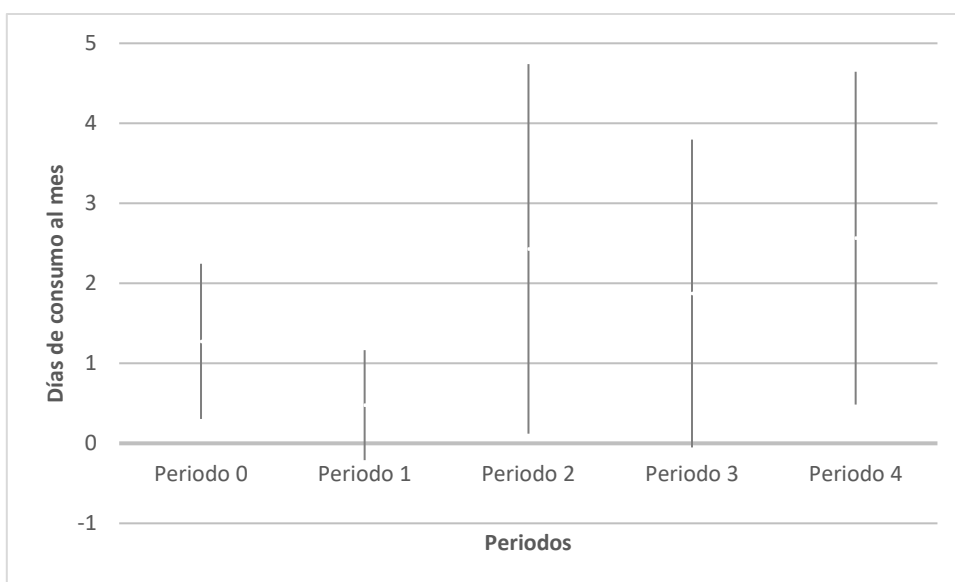
Códigos de significancia: \*\*\*\*p<0.0001; \*\*\*p<0.001; \*\*p<0.01; \*p< 0.05

#### 4.6.2 Marihuana

En la evaluación de cambios en la frecuencia de consumo de marihuana, medido en número promedio de días de consumo por mes, para aquellas personas que habían reportado haber consumido marihuana al menos una vez entre 2019 y 2021, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El consumo promedio en los cinco periodos es de 1.72 días de consumo por mes.

**Figura 5**

Rangos de frecuencia de consumo de marihuana por periodo



Fuente: Elaboración propia

En el análisis de regresión del modelo 9 (ver Tabla 16) no se encontraron efectos estadísticamente significativos. Evaluando el modelo 10 (ver Tabla 17), no se encontraron efectos estadísticamente significativos tampoco. Y la correlación entre frecuencia de consumo de marihuana y ansiedad o depresión es -0.0002 y 0 respectivamente, siendo un nivel de correlación muy bajo para ser tomado en cuenta. Sin embargo, sí resulta relevante mencionar un incremento significativo ( $p < 0.05$ ) en la desviación estándar para los periodos 2,3 y 4, pasando de ser 3.23 para el periodo 0 a 7.7 para el periodo 2, 6.42 para el periodo 3 y 6.93 para el periodo 4. Es decir, un grupo de estudiantes consumidores bajó su consumo de marihuana, mientras que otro lo incrementó

**Tabla 16**

Resultados modelo 9

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	5.05	1.52	3.30	0.001***
<i>Periodo 0</i>	-1.53	1.31	-1.17	0.24
<i>Periodo 1</i>	-2.39	1.28	-1.85	0.026
<i>Periodo 2</i>	-0.08	1.28	-0.06	0.94
<i>Periodo 3</i>	-0.37	1.28	-0.28	0.77
<i>Género</i>	-2.07	0.65	-3.17	0.001***
<i>Depresión</i>	-0.15	0.37	-0.41	0.68
<i>Ansiedad</i>	-0.18	0.36	-0.49	0.62

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p&lt;0.0001; \*\*\*p&lt;0.001; \*\*p&lt;0.01; \*p&lt; 0.05

**Tabla 17**

Resultados modelo 10

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	3.25	1.33	2.44	0.01**
<i>Pandemia</i>	0.73	1.05	0.70	0.48
<i>Género</i>	-2.07	0.65	-3.16	0.001***
<i>Depresión</i>	-0.13	0.37	-0.34	0.72
<i>Ansiedad</i>	-0.10	0.36	-0.28	0.77

Fuente: Elaboración propia

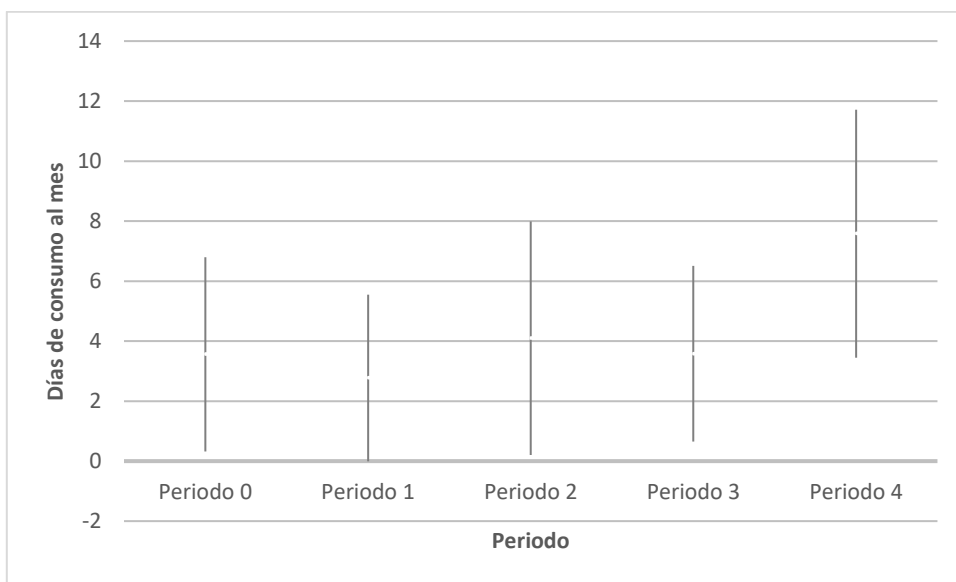
Códigos de significancia: \*\*\*\*p&lt;0.0001; \*\*\*p&lt;0.001; \*\*p&lt;0.01; \*p&lt; 0.05

### 4.6.3 Tabaco

No se encontró ningún cambio estadísticamente significativo en la frecuencia de consumo de tabaco en ninguno de los periodos evaluados (ver Figura 6, ver Tabla 18, 19). La correlación entre frecuencia de consumo de tabaco y síntomas de ansiedad o depresión es -0.002 y -0.006 respectivamente. Es decir, un efecto muy débil.

**Figura 6**

Rangos de frecuencia de consumo de tabaco por periodo



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 18**

Resultados modelo 11

	Estimación	Error Estándar	t valor	Pr(> t )
<i>Intercepto</i>	9.70	3.36	2.88	0.004***
<i>Periodo 0</i>	-3.6	2.73	-1.31	0.19
<i>Periodo 1</i>	-5.3	2.88	-1.87	0.06
<i>Periodo 2</i>	-3.1	2.63	-1.18	0.23
<i>Periodo 3</i>	-3.2	2.69	-1.19	0.23

<i>Género</i>	1.12	1.68	0.66	0.50
<i>Depresión</i>	-0.29	0.85	-0.35	0.72
<i>Ansiedad</i>	-0.42	0.84	-0.49	0.61

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p<0.0001; \*\*\*p<0.001; \*\*p<0.01; \*p< 0.05

**Tabla 19**

Resultados modelo 12

	<b>Estimación</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>t valor</b>	<b>Pr(&gt; t )</b>
<i>Intercepto</i>	5.62	2.74	2.05	0.04**
<i>Pandemia</i>	0.60	2.20	0.27	0.78
<i>Género</i>	1.12	1.68	0.66	0.50
<i>Depresión</i>	-0.65	0.82	-0.79	0.42
<i>Ansiedad</i>	0.12	0.74	0.17	0.86

Fuente: Elaboración propia

Códigos de significancia: \*\*\*\*p<0.0001; \*\*\*p<0.001; \*\*p<0.01; \*p< 0.05

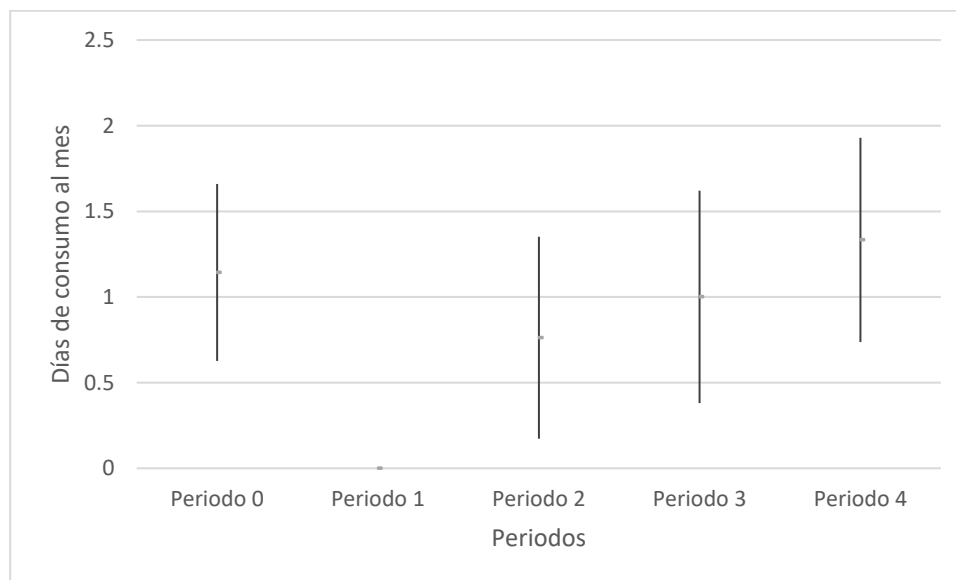
#### **4.6.4 LSD, MDMA, cocaína**

No se encontró ningún cambio estadísticamente significativo en la frecuencia de consumo de LSD, MDMA o cocaína en ninguno de los periodos evaluados (ver Figura 7). Durante el periodo 1 (marzo – abril 2020), el consumo fue menor en comparación con el resto de los periodos, al ser un consumo de cero.



## Figura 7

Rangos de frecuencia de consumo de LSD, MDMA y cocaína por periodo



Fuente: Elaboración propia

## 4.7 Cambios en lugares de consumo

### 4.7.1 Sustancias legales

Los lugares donde se suelen consumir sustancias legales con mayor frecuencia son las reuniones. La Tabla 20 nos muestra el intervalo de confianza de la proporción de consumo por lugar y periodo. Como muestra la Tabla 20, durante el periodo 1 hubo un decrecimiento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) para consumo en antros, fiestas, reuniones y consumo en casa, con respecto al periodo 0. Durante los periodos 2 y 3 existió un decrecimiento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) con respecto al periodo 0 para consumo en antros, fiestas y reuniones, pero no en casa. Durante el periodo 4 sólo existió un decrecimiento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) para consumo en antros, con respecto al periodo 0. El

consumo en parque se mantuvo estadísticamente igual en todos los periodos, pero a la vez era el lugar de consumo menos común.

#### ***4.7.2 Sustancias ilegales***

Los lugares donde se suelen consumir sustancias ilegales con mayor frecuencia son reuniones y fiestas. La Tabla 21 nos muestra el intervalo de confianza de la proporción de consumo por lugar y periodo. Como muestra la Tabla 21, para los periodos 1 y 2 existió un decrecimiento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) para consumo en fiestas y reuniones, con respecto al periodo 0. Durante el periodo 3 sólo existió un decrecimiento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) con respecto al periodo 0 para consumo en fiestas. El consumo en parques y antros se mantuvo estadísticamente igual en todos los periodos, pero a la vez eran los lugares de consumo menos comunes. El consumo en casa también se mantuvo constante, con un nivel intermedio en comparación con los otros lugares.

**Tabla 20**

Intervalo de proporción de consumo de drogas legales por lugar

<b>Lugar</b>	<b>Periodo 0</b>	<b>Periodo 1</b>	<b>Periodo 2</b>	<b>Periodo 3</b>	<b>Periodo 4</b>
<b>Antro</b>	56.75% (IC 45.44 - 68.07)	4.27% (IC 0- 8.55)	4.27% (IC 0 - 8.55)	5.29% (IC 0.02 - 10.57)	25.67% (IC 15.69 - 35.65)
<b>Fiesta</b>	68.91% (IC 58.34 - 79.49)	10.8% (IC 3.71 - 17.9)	6.75% (IC 1.02 - 12.49)	12.15% (IC 4.69 - 19.62)	48.64% (IC 37.23 - 60.06)
<b>Reunión</b>	70.26% (IC 59.82 - 80.71)	24.32% (IC 14.52 - 34.12)	25.67% (IC 15.69 - 35.65)	41.89% (IC 30.62 - 53.16)	68.91% (IC 58.34 - 79.49)
<b>Parque</b>	1.99% (IC 0 - 3.98)	1.99% (IC 0 - 3.98)	1.99% (IC 0 - 3.98)	1.99% (IC 0 - 3.98)	5.29% (IC 0.02 - 10.57)
<b>Casa</b>	56.35% (IC 45.44 - 68.07)	32.42% (IC 21.73 - 43.12)	41.89% (IC 30.62 - 53.16)	49.99% (IC 38.57 - 61.42)	52.69% (IC 41.29 - 64.1)

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 21**

Intervalo de proporción de consumo de drogas ilegales por lugar

<b>Lugar</b>	<b>Periodo 0</b>	<b>Periodo 1</b>	<b>Periodo 2</b>	<b>Periodo 3</b>	<b>Periodo 4</b>
<b>Antro</b>	5.48% (IC 0 - 10.96)	0% (IC 0 - 0)	3.42% (IC 0 - 6.84)	3.42% (IC 0 - 6.84)	5.48% (IC 0 - 10.96)
<b>Fiesta</b>	24.88% - 54.18%	3.42% (IC 0 - 6.84)	5.48% (IC 0 - 10.96)	5.48% (IC 0 - 10.96)	12.5% - 38.65%
<b>Reunión</b>	37.2% (IC 22.72 - 51.69)	3.42% (IC 0 - 6.84)	3.42% (IC 0 - 6.84)	13.95% (IC 3.57 - 24.33)	44.18% (IC 29.3 - 59.06)
<b>Parque</b>	5.48% (IC 0 - 10.96)	3.42% (IC 0 - 6.84)	5.48% (IC 0 - 10.96)	3.42% (IC 0 - 6.84)	5.48% (IC 0 - 10.96)
<b>Casa</b>	18.6% (IC 6.94 - 30.26)	13.95% (IC 3.57 - 24.33)	18.6% (IC 6.94 - 30.26)	20.92% (IC 8.73 - 33.12)	25.57% (IC 12.5 - 38.65)

Fuente: Elaboración propia

## **4.8 Cambio en personas que acompañan en el consumo**

### ***4.8.1 Sustancias legales***

Las personas quienes más suelen acompañar en el consumo de sustancias legales son amigos. La tabla 22 nos muestra el intervalo de confianza de la proporción de consumo por persona y periodo. Como se observa en la Tabla 22, para los periodos 1, 2 y 3 existió un decrecimiento estadísticamente significativo para consumo con amigos, conocidos y desconocidos, con respecto al periodo 0 ( $p < 0.05$ ).

El consumo en soledad se mantuvo estadísticamente igual en todos los periodos. Consumo con familia también se mantuvo estadísticamente constante a lo largo de la pandemia, con un nivel medio-alto con respecto a otros acompañantes.

### ***4.8.2 Sustancias ilegales***

Las personas quienes más suelen acompañar en el consumo de sustancias ilegales son amigos. La tabla 23 nos muestra el intervalo de confianza de la proporción de consumo por persona y periodo. Como muestra la Tabla 23, para los periodos 1, 2 y 3 existió un decrecimiento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) para consumo con amigos, con respecto al periodo 0. El consumo en soledad se mantuvo estadísticamente igual en todos los periodos. Llama la atención que consumir en soledad fue la segunda forma más común de consumir sustancias ilegales durante la pandemia. Consumo con familia, conocidos y desconocidos también se mantuvieron estadísticamente constantes, pero con nivel bajos.

**Tabla 22**

Intervalo de proporción de consumo de drogas legales por persona

<b>Personas</b>	<b>Periodo 0</b>	<b>Periodo 1</b>	<b>Periodo 2</b>	<b>Periodo 3</b>	<b>Periodo 4</b>
<b>Familia</b>	41.89% (IC 30.62 - 53.16)	36.48% (IC 25.49 - 47.48)	36.48% (IC 25.49 - 47.48)	40.53% (IC 29.32 - 51.75)	51.34% (IC 39.93 - 62.76)
<b>Amigos</b>	85.13% (IC 93.26)	24.32% (IC 14.52 - 34.12)	27.02% (IC 16.88 - 37.17)	48.64% (IC 37.23 - 60.06)	78.37% (IC 68.97 - 87.78)
<b>Conocidos</b>	27.02% (IC 16.88 - 37.17)	6.75% (IC 1.02 - 12.49)	5.29% (IC 0.2 - 10.57)	9.45% (IC 2.77 - 16.14)	21.62% (IC 12.22 - 31.02)
<b>Desconocidos</b>	21.62% (IC - 22.99)	3.2% (IC 0 - 6.4)	1.99% (IC 0 - 3.98)	3.2% (IC 0 - 6.4)	9.45% (IC 2.77 - 16.14)
<b>Solo</b>	10.8% (IC 17.9)	10.8% (IC 3.71 - 17.9)	13.51% (IC 5.7 - 21.32)	16.21% (IC 7.79 - 24.63)	17.56% (IC 8.87 - 26.26)

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 23**

Intervalo de proporción de consumo de drogas ilegales por persona

<b>Personas</b>	<b>Periodo 0</b>	<b>Periodo 1</b>	<b>Periodo 2</b>	<b>Periodo 3</b>	<b>Periodo 4</b>
<b>Familia</b>	3.42% (IC 0 - 6.84)	3.42% (IC 0 - 6.84)	5.48% (IC 0 - 10.96)	7.3% (IC 0 - 14.61)	7.3% (IC 0 - 14.61)
<b>Amigos</b>	58.13% (IC 43.35 - 72.92)	9.29% (IC 0.59 - 18)	9.29% (IC 0.59 - 18)	13.95% (IC 3.57 - 24.33)	51.16% (IC 36.18 - 66.14)
<b>Conocidos</b>	7.3% (IC 0 - 14.61)	3.42% (IC 0 - 6.84)	3.42% (IC 0 - 6.84)	3.42% (IC 0 - 6.84)	9.02% (IC 0.05 - 18)
<b>Desconocidos</b>	3.42% (IC 0 - 6.84)	0% (IC 0 - 0)	0% (IC 0 - 0)	0% (IC 0 - 0)	3.42% (IC 0 - 6.84)
<b>Solo</b>	13.95% (IC 3.57 - 24.33)	9.02% (IC 0.05 - 18)	13.95% (IC 3.57 - 24.33)	16.27% (IC 5.21 - 27.34)	13.95% (IC 3.57 - 24.33)

Fuente: Elaboración propia

## Capítulo V

### Discusión

El presente estudio encontró que la sustancia más consumida en la población estudiantil del CIDE es el alcohol, seguido por la marihuana, el tabaco, la MDMA, el LSD y, por último, la cocaína. No se encontraron diferencias en las prevalencias del consumo entre hombres y mujeres. Las frecuencias de consumo de alcohol, marihuana y tabaco se mantuvieron iguales a lo largo de la pandemia por COVID-19, pero sí se observaron cambios en la frecuencia de consumo de LSD, MDMA y cocaína: el consumo de las sustancias decreció durante los meses de marzo y abril de 2020. A su vez, se observaron cambios en las cantidades consumidas: el consumo de alcohol aumentó con un promedio de 1.54 copas por sesión durante el primer mes de pandemia. Asimismo, en comparación con la situación prepandemia, el consumo de marihuana incrementó con un promedio de 1.33 y 1.51 gramos por sesión durante el primer mes de pandemia y los tres meses siguientes, respectivamente. En ambos casos, las cantidades promedio consumidas se normalizaron después de los periodos reportados.

Además, se encontraron cambios en lugares de consumo y personas que acompañaron el consumo. Hubo una disminución durante los meses de marzo a diciembre de 2020 para consumo en antros, fiestas y reuniones. Para el consumo en casa sólo decreció el consumo durante los meses de marzo y abril de 2020. El consumo con amigos y conocidos decreció durante los meses de marzo a diciembre de 2020.

Respecto a la salud mental, hubo un aumento generalizado en los niveles auto percibidos de ansiedad y depresión desde mayo 2020 hasta diciembre. Con respecto a la diferencia por género, los niveles de ansiedad eran iguales en todos los periodos, pero las mujeres sí mostraban mayores niveles de depresión que los hombres durante el año 2021.

El presente estudio encontró prevalencias del consumo alguna vez en la vida relativamente altas en comparación con otras encuestas sobre consumo de sustancias en México. Mientras que esta investigación encontró prevalencias del consumo alguna vez en la vida de alcohol, marihuana, tabaco, LSD, MDMA y cocaína del 95.1%, 62.7%, 54.3%, 18.5%, 12.4% y 11.1%, respectivamente, la ENCODAT 2016 reportó prevalencias del 71% (18-65 años), 12.8% (18-34 años), 54.32% (18-65 años), 1.2% (alucinógenos, 18-34 años), 1.5%



(metanfetaminas; 18-34 años) y 5.2% (18-34 años), respectivamente, para las mismas sustancias (Reynales-Shigematsu et al., 2017; Villatoro-Velázquez et al., 2017a, 2017b). Es evidente un nivel más elevado de consumo de sustancias entre la población estudiantil del CIDE en comparación con la población joven-adulta mexicana en general. Dicha diferencia puede explicarse por qué la población estudiantil universitaria es uno de los grupos poblacionales con mayores niveles de consumo de alcohol en comparación a sus pares de la misma edad que no estudian (O'Malley, 2002). Asimismo, los jóvenes en general entre los 19 y los 25 años tienen un consumo de sustancias más elevado al resto de la población (Sepúlveda et al., 2011).

Durante el análisis se encontró que no existieron diferencias entre el consumo de sustancias entre hombres y mujeres, en ninguna sustancia. No obstante, la literatura sobre consumo de sustancias en pandemia sugiere que sí existen estas diferencias entre ambos géneros. Algunos autores señalaron que los hombres consumen más sustancias psicoactivas que las mujeres (Wang, Lu et al., 2020), que los hombres son más propensos a dinámicas de consumo riesgosas (Ahmed et al., 2020) y que tienen mayores incrementos de usos de sustancias (Ochalek et al., 2020). Sin embargo, también algunos estudios mostraron un incremento más fuerte en el uso de sustancias en la pandemia para el caso de las mujeres, específicamente en el uso del cannabis (Van Laar et al., 2020). La discrepancia entre la literatura y los hallazgos del presente estudio puede ser explicada por, el bajo número de observaciones. Un bajo número de observaciones tiene mayor probabilidad de tener sus estadísticos muestrales lejos de los parámetros poblacionales. Además, al bajar el número de observaciones se amplía el intervalo de confianza, dando más espacio a una no diferencia estadística.

En los resultados observamos con respecto a salud mental un deterioro durante la pandemia, el cual fue significativamente mayor en las mujeres. Dichos resultados coinciden con lo que la literatura señala de lo ocurrido a la salud mental en la pandemia. Wang, Hedge et al. (2020) mostraron que durante la pandemia los estudiantes universitarios presentaron un aumento de pensamientos depresivos en contraste a periodos anteriores. Asimismo, Nakhostin-Ansari et al. (2020) mostraron que estudiantes universitarios tenían niveles altos de ansiedad durante la pandemia. En el caso del CIDE, estos efectos de la pandemia pueden explicarse por las condiciones que pasaron los estudiantes al tener clases en línea y la preocupación por su salud. Además, Chirikov et al. (2020) encontraron que dichos efectos eran más fuertes en las mujeres,

lo cual coincide con la baja recuperación de las mujeres en sus niveles de depresión en comparación con los hombres.

Durante la pandemia se presentó un aumento en la cantidad de alcohol y cannabis consumida, mientras que el consumo de tabaco fue constante. Hubo a su vez una correlación entre consumo de marihuana y ansiedad y depresión. Esto coincide con Gritsenko et al. (2020) quienes mostraron que durante la pandemia aumentó el consumo de alcohol entre estudiantes universitarios de Rusia y Bielorrusia. Asimismo, Van Laar et al. (2022) encontraron un incremento en el consumo de cannabis, que a su vez se relacionaba con mayores niveles de ansiedad y estrés. Y en ambos casos relacionado a la pandemia, mediante las cuarentenas estrictas. Las personas que tenían cuarentenas autoimpuestas más estrictas tenían una mayor probabilidad de un alto consumo de alcohol, relacionado al alto estrés y preocupación sobre la pandemia (Gritsenko et al., 2020). Donde durante los primeros meses de la pandemia se encontró un efecto más marcado. Lo anterior puede tener como factor relacionado el estrés. La comunidad estudiantil del CIDE pudo haber sufrido un nivel alto de estrés relacionado a las clases en línea, la preocupación por la salud física y mental de la persona y sus seres queridos, y posiblemente una situación económica en deterioro. Teniendo a su vez una relación en el aumento de uso de alcohol y marihuana, aunque la correlación encontrada en este estudio es relativamente débil.

Con respecto a los lugares donde se daba el consumo, las sustancias legales solían ser consumidas con mayor frecuencia que las sustancias ilegales en los lugares incluidos en la encuesta. Además, se reportó menos consumo en los lugares incluidos en la encuesta durante los periodos 1, 2 y, excepto en parques. El decrecimiento en el consumo de sustancias en antros, fiestas o reuniones puede ser explicado por la necesidad y deseo de salvaguardar la salud ante el fenómeno de la pandemia. Por un lado, el gobierno de México impuso una serie de restricciones a la reunión de personas, lo que incluyó cierre temporal de bares y antros, y el llamado a la población a no tener reuniones en casa (Reyes Escalante et al., 2021). Por el otro lado, las personas en los momentos más críticos de la pandemia evitarían salir de casa a lugares concurridos para evitar ser contagiados. Sin embargo, considerando que la frecuencia de consumo se mantuvo en todos los periodos para todas las sustancias, mientras que sí se reportó un consumo menos frecuente en los lugares evaluados, es posible que hubiera una sustitución

de lugares de consumo distintos a los evaluados en la presente investigación. Es decir, el consumo se mantuvo durante el primer año de la pandemia, pero se desconoce dónde se llevó a cabo.

Las personas que acompañan el consumo son otra pieza fundamental para entender las dinámicas de consumo. Se encontró que las sustancias legales son más comúnmente consumidas con familiares y amigos que las sustancias ilegales. Resulta relevante ver como el consumo en familia se mantiene constante en los periodos. Con una posible explicación en el hecho de compartir vivienda, y no tener que trasladarse o exponerse al virus. En contraste el consumo con personas ajenas al hogar, puede encontrar la explicación de su decrecimiento en el requerimiento de exponer la salud y romper las reglas para consumir con esas personas.

### **5.1 Limitaciones y fortalezas de la investigación**

El número de observaciones utilizadas en los análisis del presente estudio son bajas para un estudio cuantitativo. Antes del proceso de limpieza de datos, había un total de apenas 117 observaciones, de las cuales sólo 81 pasaron el filtro de validez. Es un número bajo, aunque dentro del contexto de una población de 514 estudiantes puede llegar a explicar fenómenos dentro de la comunidad estudiantil del CIDE. Sin embargo, al momento de realizar los análisis sobre consumo de alcohol sólo se tomaron observaciones de 74 individuos, sobre consumo de marihuana de 43 individuos y con respecto a consumo de tabaco de 25 individuos. El bajo número de observaciones resulta en estimaciones menos precisas, lo que aumenta el margen error de los estimadores obtenidos. En consecuencia, aumenta la probabilidad de que haya una discrepancia entre los datos obtenidos de la muestra y los valores reales en la población total. Además, el bajo número de observaciones fue un limitante para los análisis relacionados a ciertas sustancias específicas. Esto fue particularmente el caso para los análisis relacionados al LSD, MDMA y cocaína —con menos de 10 observaciones cada una— por lo que no se pudieron realizar análisis de cambios en la cantidad consumida.

La privacidad de los datos de estudiantes del CIDE impidió crear un marco muestral. Solamente fueron proporcionadas listas de correos para poder hacer llegar la encuesta, pero se carecía de información que hiciera posible hacer una muestra representativa, por lo que se realizó la recolección de datos con toda la población estudiantil. Aunque en sentido estricto la muestra no es representativa de toda la comunidad estudiantil del CIDE, el hecho de que la

participación relativa por grado de estudio fuera similar para cada grado sí es una indicación de que los resultados obtenidos pueden reflejar los comportamientos reales en la población total.

Cuando se compartió el cuestionario con toda comunidad estudiantil del CIDE, las personas podían decidir participar o no, lo que daba la posibilidad a que personas con ciertas características compartidas contestaran la encuesta, mientras que otras personas que con otras características compartidas decidieran no participar. Lo anterior puede haber causado un sesgo de autoselección; un sesgo común en las encuestas aplicadas vía web (Bernal & Peña, 2011; De Marchis, 2012). En específico, es posible que aquellas personas con una visión menos negativa sobre las sustancias tanto legales como ilegales tuvieran una mayor disposición a contestar la encuesta, posiblemente provocando una sobreestimación en las prevalencias de consumo encontradas.

Un efecto que debe ser contemplado al momento de observar los resultados es el cambio en el valor de las variables de cantidad y frecuencia de consumo. Para llegar a valores que fueran equivalentes a las medidas de consumo, se transformaron los datos sobre frecuencia y cantidad a días y a copas, gramos o cigarrillos, respectivamente. Es decir, se sustituyó el valor de la escala (1-7 en el caso de frecuencia y 1-6 en el caso de cantidad; ver Anexo 1) con un valor real promedio de frecuencia o cantidad, con el fin de facilitar la interpretación de los datos. Sin embargo, al hacer esta transformación con una aproximación de media, los valores pueden desviarse del valor real. Es decir, aunque sí permite medir cambios, el valor exacto de los cambios en días, copas, gramos o cigarrillos debe de interpretarse como una estimación.

Otra limitación que debe ser contemplada es el método de recolección de los datos. La recolección fue de tipo transversal: varios individuos en un mismo periodo de tiempo. Sin embargo, gran parte de la recolección de datos se basaba en la memoria de los participantes. Es decir, se les pidió que se recordaran de comportamientos (de consumo, de salud) de hasta 3 años antes del momento de recolección de los datos. Lo anterior implica que en ocasiones los participantes pudieran llegar a recordar cierto tipo de información de una manera errónea. Existiendo una crítica a este tipo de recolección, por los sesgos creados en la memoria. Donde la distancia entre los hechos y lo que las personas recuerdas se alejan a medida que pasa el tiempo (Archer et al., 2020).

Finalmente, deben mencionarse dos limitaciones inherentes de este tipo de investigaciones. Primero, las correlaciones encontradas no demuestran una relación causal entre las variables analizadas. Segundo, dado que la encuesta sólo se levantó en la población estudiantil del CIDE, los datos obtenidos no son representativos de otras poblaciones, aunque sí pueden aportar información relevante para instituciones mexicanas de educación superior sobre consumo de sustancias y salud mental durante la pandemia.

Dentro del CIDE esta investigación es una innovación, ya que es la primera vez que se hace una evaluación de consumo de sustancias. Se plantea un precedente para futuras investigaciones al respecto y abre la conversación de manera formal sobre el tema de consumo de sustancias y salud mental en la comunidad estudiantil.

Otra fortaleza a señalar es la recopilación de datos que en otras investigaciones similares no se hizo. Las encuestas sobre consumo de drogas en pandemia solamente suelen medir cambios en la cantidad de consumo. En cambio, la presente investigación amplía la medición, tomando en cuenta cambios en frecuencia de consumo, cambios en lugares de consumo y cambios en personas que acompañaban en el consumo. Ya que además de la cantidad y el tipo de sustancia, otras variables son importantes para evaluar el consumo. Estar en el lugar correcto con las personas correctas, y la situación emocional correcta son factores que pueden reducir los riesgos y posibles daños del consumo de sustancias psicoactivas (Zinberg, 1984).

El presente estudio resulta relevante al medir cambios en distintos periodos, lo que permite observar cómo el fenómeno de la pandemia impactó de manera diferenciada con respecto a su temporalidad y comparar cómo a medida que avanzaba la pandemia, los comportamientos de uso de sustancias iban regresando al estado previo a la pandemia. Si sólo se hubiera medido el antes y el después, la imagen de los cambios hubiera sido menos detallada, perdiendo información sobre cambios entre los distintos periodos de la pandemia.

## Capítulo VI

### Recomendación de política pública

El fenómeno actual de la pandemia se predice que se repetirá a futuro (Luo, 2021), aunque de fecha y características desconocidas. Los posibles efectos serán similares en economía, salud física y salud mental, que los de la pandemia actual, lo que crea la necesidad de preparar protocolos y planes para cada aspecto afectado (Howe, 2020). Además, es importante recalcar que la pandemia actual aún no termina, por lo que también es necesario construir protocolos para el presente. Es por eso que resulta relevante comprender los efectos que ocurrieron durante esta pandemia, para crear una recomendación de política pública ante futuras situaciones con el mismo problema público. Concretamente, propongo tres acciones: ampliar el presente estudio, brindar talleres sobre reducción de riesgos y atender la salud mental con un mayor enfoque a mujeres.

La investigación tuvo sus limitantes, por lo que la información tiene margen de mejora. Por lo anterior, es necesario que tanto el CIDE como institución dedique recursos a recolectar datos respecto a salud mental y el consumo de sustancias con el fin de formar acciones institucionales que protejan la salud de sus estudiantes. Es poco probable que la población estudiantil del CIDE fuera la única población estudiantil que ha experimentado los cambios en consumo de sustancias y salud mental encontrados en este estudio, así que las acciones de mejora de la recolección de información deben ser aplicadas a las distintas instituciones. Deben crearse evaluaciones constantes para monitorear cambios y poblaciones de riesgo, siempre manteniendo una visión no punitivista, ni estigmatizante. El consumo de sustancias debe entenderse como un fenómeno complejo de la sociedad, en el que influyen una serie de indicadores como los lugares de consumo o quienes están presentes en el consumo. Además, la desestigmatización del consumo es un paso importante para atender el problema público de consumo de sustancias en dinámicas riesgosas (Gowan et al., 2012).

El estudio subraya la importancia de planear mecanismos de ayuda psicológica por parte de las instituciones para salvaguardar el derecho a la salud, ya que éste se ve afectado ante el deterioro de la salud mental (aumento de enfermedades mentales) y el deterioro de la salud física (hábitos de consumo riesgosos). Es necesario mantener un especial enfoque en las mujeres, porque es este grupo que parece mantener una alta percepción de síntomas de depresión y

ansiedad desarrollados durante la pandemia. Además, es importante recopilar, de manera frecuente, información sobre el estado de salud mental, brindando talleres y distintas herramientas de acceso a ayuda psicológica en cualquier momento del semestre y fuera de él. Asimismo, la recopilación de datos sobre salud mental y consumo de sustancias debe ser más frecuente e idealmente realizada por una autoridad, como la Oficina de Asesoría Pedagógica y Apoyo Emocional. Finalmente, es fundamental seguir ofreciendo acceso gratuito a terapia, pero con mayor disponibilidad de horario.

Ante los altos niveles de consumo de sustancias en estudiantes del CIDE, resulta importante realizar acciones para la prevención de dinámicas de consumo riesgosas. Una de las acciones que puede realizar la institución es la creación de talleres de reducción de daños, brindando información sobre las maneras de realizar consumo de sustancias sin arriesgar su salud, como parte de acciones para la protección de la salud de la comunidad estudiantil. Dichos talleres deben ser impartidos desde la apertura y la no discriminación, brindando información no sólo sobre sustancias legales, sino también ilegales. Los talleres deberían de ser diseñados y aplicados por el Programa de Políticas de Drogas del CIDE, con apoyo de personas externas y/o la Oficina de Asesoría Pedagógica y Apoyo Emocional.

## **Capítulo VII**

### **Conclusión**

#### **7.1 Recapitulación**

La presente investigación tuvo como motivación mi experiencia personal vivida. Por un lado, el observar los incrementos en consumo de alcohol de mi familia y personas cercanas. Y por el otro lado, observar un peor estado de salud mental para mí, y personas cercanas a mí que también estudiaban en el CIDE. Lo anterior motivó mi interés por conocer los cambios en las dinámicas de consumo. El objetivo que me planteé en la investigación fue entender los cambios en las dinámicas de consumo de sustancias ante situaciones extraordinarias. Lo anterior respondiendo a la pregunta ¿Cómo cambiaron las dinámicas de consumo en estudiantes del CIDE durante la pandemia? En la tesina investigué sobre dinámicas en general dado que la literatura sobre pandemia y drogas sólo hacía referencia a cambios en la cantidad de consumo.

A partir de lo anterior, realicé una encuesta sobre consumo de drogas a la población estudiantil de las dos sedes del CIDE con el fin de analizar cambios en cantidad, frecuencia, lugares y personas que acompañaron el consumo. El análisis de los resultados discute que la población universitaria tiene un consumo elevado de sustancias en comparaciones a otros grupos de edad y que existió un deterioro en los niveles de salud mental, posiblemente causados por las situaciones de estrés ante la pandemia y el encierro. Dicho deterioro de la salud y encierro se relaciona con un aumento en el consumo de alcohol y marihuana que se dio principalmente en casa con familia o en soledad, debido a las restricciones de salud que impedían el contacto con personas fuera de casa.

En conclusión, las dinámicas de consumo cambiaron durante la pandemia: aumentó la cantidad consumida de marihuana y alcohol, cambiaron los lugares donde se consumían las sustancias y redujo el consumo con amigos, conocidos y desconocidos durante el primer año de pandemia. Lo anterior puede explicarse, por un lado, por el deterioro de la salud mental y, por el otro, el cuidado a la salud física a causa de la pandemia.

#### **7.2 Preguntas futuras**

Al concluir la presente investigación, algunas preguntas quedan sin responderse. Será relevante en futuras investigaciones comenzar a preguntarnos a profundidad las causas de los



cambios ocurridos durante la pandemia en las dinámicas de consumo de sustancias. Además de dar un mayor enfoque a evaluar cambios en drogas diferenciados de lugares y personas, para contar con una perspectiva más amplia al respecto. Una pregunta relevante también es, porque hubo personas que aumentaron su consumo de marihuana, mientras que otras lo disminuyeron. En mi opinión, la pregunta más importante recae en entender los efectos que puede tener la salud mental sobre el consumo de sustancias en todo contexto, con un enfoque a situaciones de estrés y vulnerabilidad, para así poder entender más sobre los mecanismos que deben de ser creados para evitar dinámicas de consumo riesgosas.

## Referencias

- Ahmed, S., Khaium, M., & Tazmeem, F. (2020). COVID-19 lockdown in India triggers a rapid rise in suicides due to the alcohol withdrawal symptoms: Evidence from media reports. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(8), 827-829. doi:10.1177/0020764020938809
- Aquino, J. (2021). Pandemia y vida cotidiana. *Argumentos, Estudios críticos de la sociedad*, 43-59. <https://doi.org/10.24275/uamxoc-dcsh/argumentos/2021961-02>
- Archer, E., Marlow, M., & Lavie, C. (2018). Controversy and debate: Memory-Based Methods Paper 1: The fatal flaws of food frequency questionnaires and other memory-based dietary assessment methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 114, 113-124. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.08.003>
- Avery, A., Tsang, S., Seto, E., & Duncan, G. (2020). Stress, anxiety, and change in alcohol use during the COVID-19 pandemic: Findings among adult twin pairs. *Frontiers in Psychiatry*. doi:10.3389/fpsy.2020.571084
- Ballivian, J., Alcaide, M., Cecchini, D., Jones, D., Abbamonte, J., & Casseti, I. (2020). Impact of COVID-19-related stress and lockdown on mental health among people living with HIV in Argentina. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 85(6), 475-482. doi:10.1097/QAI.0000000000002493
- Bernal, R., & Peña, X. (2011). *Guía práctica para la evaluación de impacto*. Universidad de los Andes.
- Boehke, K., McAfee, J., Ackerman, J., & Kruger, D. (2020). Medication and substance use increases among people using cannabis medically during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Drug Policy*. doi:10.1016/j.drugpo.2020.103053
- Chirikov, I., Soria, K., Horgos, B., & Jones-White, D. (2020). *Undergraduate and graduate students' mental health during the COVID-19 pandemic*. UC Berkeley: Center for Studies in Higher Education. <https://escholarship.org/uc/item/80k5d5hw>

- Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., & Reily, C. (2021). The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(28). <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00710-3>
- Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
- Dalgarno, P., & Shewan, D. (2005). Reducing the risks of drug use: The case for set and setting. *Addiction Research & Theory*, 13(3), 259-265. <https://doi.org/10.1080/16066350500053562>
- De Marchis, G. (2012). La validez externa de las encuestas en la web. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 18, 263-272. [https://doi.org/10.5209/rev\\_ESMP.2012.v18.40980](https://doi.org/10.5209/rev_ESMP.2012.v18.40980)
- Dumas, T., Ellis, W., & Litt, D. (2020). What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? Examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 354-361. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.06.018
- Godinic, D., & Obrenovic, B. (2020). Effects of economic uncertainty on mental health in the COVID-19 pandemic context: social identity disturbance, job uncertainty and psychological well-being model. *International Journal of Innovation and Economic Development*, 6(1), 61-74. doi:10.18775/ijied.1849-7551-7020.2015.61.2005
- Gowan, T., Whetstone, S., & Andic, T. (2012). Addiction, agency, and politics on self-control: Doing harm reduction in a heroin users' group. *Social Science & Medicine*, 74(8), 1251-1260. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.045
- Gritsenko, V., Skugarevsky, O., Konstantinov, V., Khamenka, N., Marinova, T., Reznik, A., & Isralowitz, R. (2020). COVID 19 fear, stress, anxiety, and substance use among Russian and Belarusian university students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 2362–2368. doi:10.1007/s11469-020-00330-z

- Harring, N., Jagers, S. C., & Löfgren, Å. (2021). COVID-19: Large-scale collective action, government intervention, and the importance of trust. *World Development*, *138*(105236). <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105236>
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, *24*(3), 578-594. <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203>
- Horigan, V., Schmidt, R., & Feaster, D. (2021). Loneliness, mental health, and substance use among US young adults during COVID-19. *Journal of Psychoactive Drugs*, *53*(1), 1-9. doi:10.1080/02791072.2020.1836435
- Howe, M. S. (2020). The world is its own best model: Modelling and future pandemic planning in dentistry. *British Dental Journal*, *229*(11), 716-720. doi:10.1038/s41415-020-2403-z
- Knell, G., Robertson, M., Dooley, E., Burford, K., & Mendez, K. (2020). Health behavior changes during COVID-19 pandemic and subsequent “stay-at-home” orders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(17), 6268. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176268>
- Lechner, W., Laurene, K., Patel, S., Anderson, M., Grega, C., & Kenne, D. (2020). Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addictive Behaviors*, *110*, 106527. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106527
- Lofrano-Prado, M., Luiz do Prado, W., Paulo Botero, J., Cardel, M., Farah, B., Oliveira, M., Cucato, G., Correia, M., & Ritti-Dias, R. (2021). The same storm but not the same boat: Effects of COVID-19 stay-at-home order on mental health in individuals with overweight. *Clinical Obesity*, *11*(1), e12425. doi:10.1111/cob.12425
- Luo, J. (2021). Forecasting COVID-19 pandemic: Unknown unknowns and predictive monitoring. *Technological Forecasting and Social Change*, *166*, 120602. doi:10.1016/j.techfore.2021.120602

- Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry Research*, 293, 113419. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113419>
- Nakhostin-Ansari, A., Sherafati, A., Aghajani, R., & Shahmansouri, N. (2020). Depression and Anxiety among Iranian Medical Students during COVID-19 Pandemic. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(3), 228-235. doi:10.18502/ijps.v15i3.3815
- O'Malley, P. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 23-29. <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.23>
- Ochalek, T., Cumpston, K., Wills, B., Gal, T., & Moeller, F. (2020). Nonfatal opioid overdoses at an urban emergency department during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Association*, 324(16), 1673-1674. doi:10.1001/jama.2020.17477
- Organización Panamericana de la Salud. (2020, Marzo 11). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Parrott, A. (1998). Social drugs: Effects upon health. En M. Pitts & K. Phillips (Eds.), *The psychology of health: An introduction* (2a ed., pp. 131-148). Routledge.
- Rettie, H., & Daniels, J. (2021). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(3), 427-437. <https://doi.org/10.1037/amp0000710>
- Reyes Escalante, A.-Y., Rodríguez Hernández, A. P., González Macías, C. J., & Sandoval Chávez, D. A. (2021). Afectaciones de la pandemia del covid-19 en los corredores comerciales y turísticos de ciudad Juárez. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6), 13301-13323. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i6.1323](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1323)
- Reynales-Shigematsu, L., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, W., Gutiérrez-Torres, D., García-Buendía, J., Rodríguez-Andrade, M., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., & Mendoza-Alvarado, L. (2017). *Encuesta Nacional de Drogas*,

*Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de tabaco.* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

- Roberts, A., Rogers, J., Mason, R., Siriwardena, A., Hogue, T., Whitley, G., & Law, G. (2021). Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 229(Pt A), 109150. doi:10.1016/j.drugalcdep.2021.109150
- Ruffolo, M., Price, D., Schoultz, M., Leung, J., Bonsaken, T., Thygesen, H., & Østertun Geirdal, A. (2021). Employment uncertainty and mental health during the COVID-19 pandemic initial social distancing implementation: A cross-national study. *Global Social Welfare*, 8, 141-150. <https://doi.org/10.1007/s40609-020-00201-4>
- Sallie, S., Ritou, V., Bowden-Jones, H., & Voon, V. (2020). Assessing international alcohol consumption patterns during isolation from the COVID-19 pandemic using an online survey: Highlighting negative emotionality mechanisms. *BMJ Open*, 10, e044276. doi:10.1136/bmjopen-2020-044276
- Sepúlveda, M. J., Roa S, J., & Muñoz R, M. (2011). Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *Revista Médica de Chile*, 139(7), 856-863. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700005>
- Stainback, K., Hearne, B., & Trieu, M. (2020). COVID-19 and the 24/7 news cycle: Does COVID-19 news exposure affect mental health? *Socius*, 6, 1-15. <https://doi.org/10.1177/2378023120969339>
- Taylor, S., Paluszek, M., Rachor, G., McKay, D., & Asmundson, G. (2021). Substance use and abuse, COVID-19-related distress, and disregard for social distancing: A network analysis. *Addictive Behaviors*, 114, 106754. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106754
- Tran, T., Hammaberg, K., Kirkman, M., Nguyen, H., & Fisher, J. (2020). Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 227, 810-813. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.012>

- Van Laar, M., Oomen, P., Van Miltenburg, C., Vercoulen, E., Freeman, T., & Hall, W. (2020). Cannabis and COVID-19: Reasons for concern. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 601653. doi:10.3389/fpsyt.2020.601653
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van den Aemele, S., & Crunelle, C. (2020). Self-reported alcohol, tobacco, and cannabis use during COVID-19 lockdown measures: Results from a web-based survey. *European Addiction Research, 26*(6), 309-315. doi:10.1159/000510822
- Vidot, D., Islam, J., Camacho- Rivera, M., Harrell, M., Rao, D., Chavez, J., Ochoa, L., Hlaing, W., Weiner, M., & Messiah, S. (2020). The COVID-19 cannabis health study: Results from an epidemiologic assessment of adults who use cannabis for medicinal reasons in the United States. *Journal of Addictive Diseases, 39*(1), 26-36. doi:10.1080/10550887.2020.1811455
- Villatoro Velazquez, J., Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas Martínez, V., Soto-Hernández, A., Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M., Gutiérrez, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., & Alvarado, L. (2017a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Villatoro Velazquez, J., Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas Martínez, V., Soto-Hernández, A., Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M., Gutiérrez, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., & Alvarado, L. (2017b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A., & Sasangohar, F. (2020). Investigating mental health of US college students during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research, 22*(9), e22817. doi:10.2196/22817
- Wang, Y., Lu, H., Hu, M., Wu, S., Chen, J., Wang, L., Luo, T., Wu, Z., Liu, Y., Tang, J., Chen, W., Deng, Q., Lao, Y. (2020). Alcohol consumption in China before and during COVID-19: Preliminary results from an online retrospective survey. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 597826. doi:10.3389/fpsyt.2020.597826

Winstock, A., Ferris, J., & Davies, E. (2021). *GDS key findings report 2020*. Health Research Board.

Zinberg, N. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. Yale University Press.



## Anexo 1

### Variables dependientes

<b>Variable</b>	<b>Valores</b>	<b>Significado</b>	<b>Nota</b>	<b>Tipo</b>
Frecuencia	1 - 7	Donde 1 significa que nunca consumía la sustancia a evaluar, y 7 que lo hacía diariamente.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción	Ordinal
Cantidad	1 - 6	Donde 1 significa que nunca consumía la sustancia a evaluar, y 6 que su consumo promedio era el más alto en la escala.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción	Ordinal
Lugar	1 – 6	El valor significa que consumió la sustancia en el lugar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antro/Bar</li> <li>2. Fiesta</li> <li>3. Reunión</li> <li>4. Parque</li> <li>5. Casa</li> <li>6. No consumió</li> </ol>	Una observación por cada tiempo. Se podía seleccionar más de una opción.	No ordinal
Persona	1 – 6	El valor significa que consumió la sustancia en acompañado de: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Familia</li> <li>2. Amigos</li> <li>3. Conocidos</li> <li>4. Desconocidos</li> <li>5. Soledad</li> <li>6. No consumió</li> </ol>	Una observación por cada tiempo. Se podía seleccionar más de una opción.	No ordinal

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 2

### Variables de control

<b>Variable de control</b>			
<b>Variable</b>	<b>Escala</b>	<b>Significado</b>	<b>Nota</b>
Salud mental (Depresión)	1 - 5	Donde 1 es un nivel nulo de auto percepción de depresión y 5 un nivel alto.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción
Salud mental (Ansiedad)	1 – 5	Donde 1 es un nivel nulo de auto percepción de ansiedad y 5 un nivel alto.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción
Preocupación COVID	1 – 5	Donde 1 es la persona no solía revisar noticias relacionadas a enfermedades respiratorias y 5 lo hacía diariamente.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción
Contacto familia y amigos (Persona)	1 – 5	Donde 1 es que la persona no tenía contacto en personas ni con amigos ni familiares y 5 que tenía contacto muy frecuentemente.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción
Contacto familia y amigos (Teléfono)	1 – 5	Donde 1 es que la persona no tenía contacto por teléfono ni con amigos ni familiares y 5 que tenía contacto muy frecuentemente.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción
Contacto familia y amigos	1 – 5	Donde 1 es que la persona no tenía contacto por videollamada ni con amigos	Una observación por cada tiempo. Sólo se

amigos (Videollamada)		ni familiares y 5 que tenía contacto muy frecuentemente.	podía seleccionar una opción
Salud física (Sueño)	1 – 5	Donde 1 es que tenía una calidad de sueño mala y 5 que era muy buena.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción
Salud física (Alimentación)	1 - 5	Donde 1 es que tenía una calidad de alimentación mala y 5 que era muy buena.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción
Salud física (Ejercicio)	1 – 5	Donde 1 es que nunca realizaba ejercicio y 5 que lo hacía frecuentemente.	Una observación por cada tiempo. Sólo se podía seleccionar una opción

Fuente: Elaboración propia