

La “guerra contra las drogas” y la salud mental: los efectos sobre la población general

Iván Flores Martínez

Laura Helena Atuesta Becerra



MONITOR

25



CIDE
Región • Centro



**Política
de Drogas**

Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Política de Drogas

Primera edición: 2018

Las opiniones y datos contenidos en este documento son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y no representan el punto de vista del CIDE como institución.

Este Cuaderno de Trabajo forma parte del Programa de Política de Drogas del CIDE.

Programa de Política de Drogas:

Laura Atuesta, Coordinadora del Programa de Política de Drogas

Guus Zwitter, Coordinador Ejecutivo

Edgar Guerra, Responsable del Seminario

Esta edición fue patrocinada por Open Society Foundations.

D.R. © 2018, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C., Región Centro - Programa de Política de Drogas. Circuito Tecnopolo Norte 117, Col. Tecnopolo Pocitos II, CP 20313, Aguascalientes, Ags., México.
www.politicadedrogas.org | www.cide.edu

ISBN: en trámite.

Imagen de la portada: "Tengo Miedo" de Alex Briseño

Disponible en la serie fotográfica: <https://www.flickr.com/photos/pelosbriseno/2826384318/>

La creación de esta Colección de Cuadernos de Trabajo del Programa de Política de Drogas fue aprobada por el Comité Editorial del Centro de Investigación y Docencia Económicas en enero de 2016.

Edición y diseño: Marcela Pomar (marcelapomar@gmail.com)

Contacto: Guus Zwitter (guus.zwitter@cide.edu)

Iván Flores (ivan.flores@cide.edu)

Laura Helena Atuesta Becerra (laura.atuesta@cide.edu)

La “guerra contra las drogas” y la salud mental: los efectos sobre la población general

Iván Flores Martínez

Laura Helena Atuesta Becerra

Programa de Política de Drogas

Centro de Investigación

y Docencia Económicas

Documentos
de trabajos
Novedades
Fondo
editorial
Revistas
eBooks
LIBROS
Libros

www.LibreriaCide.com

Índice

I. Introducción	9
II. Revisión de literatura	12
III. Violencia relacionada con el narcotráfico y consecuencias sobre la salud mental en México	16
IV. Descripción de los datos	19
V. Métodos estadísticos	24
VI. Análisis de los resultados	25
VII. Discusión	29
VIII. Referencias	32

Resumen

Este artículo estudia los efectos de la violencia relacionada con drogas en la salud mental de la población mexicana. Consideramos en la estrategia empírica diferentes medidas de violencia a nivel municipal incluyendo el número de ejecuciones, la brutalidad con la que fueron realizadas dichas ejecuciones, la cantidad de ejecuciones con narcomensajes colocados a un lado de los cuerpos, el número de enfrentamientos entre el gobierno y los grupos criminales, y la publicidad que los medios dieron a estos eventos. Una vez que controlamos por las características individuales y del hogar, los resultados sugieren un efecto negativo de la violencia relacionada con drogas en la salud mental de los individuos, específicamente en relación con la brutalidad de las ejecuciones y los enfrentamientos entre las fuerzas de seguridad y los grupos criminales.

Palabras clave: salud mental, violencia relacionada con drogas, depresión, México.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004: 13). La salud mental es una condición necesaria para una vida feliz y plena. También es necesaria para el desarrollo social y económico (OMS, 2002; Mercy *et al.* 2003; Patel y Kleinman, 2003). Sin embargo, la salud mental puede verse comprometida por situaciones estresantes de la vida (You y Conner, 2009), tales como el crimen y la violencia que los individuos hayan experimentado personalmente, o bien, por el nivel de inseguridad que se observa en los lugares en que residen (Lopes *et al.*, 2015; Lorenc *et al.*, 2012; Cornaglia *et al.*, 2014; Londoño, *et al.* 2012).

Los cambios recientes en las estrategias antidrogas en México han incrementado la violencia relacionada con el narcotráfico en el país (Beittel, 2013; Guerrero-Gutiérrez, 2011; Molzán *et al.*, 2012; Magaloni *et al.*, 2017). La violencia relacionada con las drogas impone costos significativos para la sociedad. A nivel individual, este tipo de violencia supone una enorme carga psicológica para las víctimas, su familia y amigos e, incluso, para los perpetradores. “A nivel de la comunidad, la violencia relacionada con el narcotráfico puede afectar a las comunidades y a la sociedad a través, por ejemplo, del

incremento del miedo al crimen y la disuasión a las personas para visitar zonas relacionadas con violencia asociada al narco” (OMS 2009: 10. Traducción propia).

A nivel social, la literatura previa ha identificado los efectos de la violencia asociada al narcotráfico –específicamente en el contexto de la “guerra contra las drogas” implementada en México–, sobre diferentes resultados individuales y sociales tales como: comportamientos de aversión al riesgo (Brown *et al.*, 2015; Nasir *et al.*, 2016), percepciones de seguridad (Gutiérrez-Romero, 2016), flujos migratorios (Atuesta y Paredes, 2015; Basu y Pearlman, 2017), decisiones en el mercado laboral (Michaelson, 2012; BenYishay y Pearlman, 2013), salarios (Iriarte, 2016), natalidad (Torche y Villarreal, 2014; Brown, 2017), inversiones parentales (Duque, 2017), y escolaridad (Brown y Velásquez, 2017; Caudillo y Torche, 2014; Michaelson y Salardib, 2013; Márquez-Padilla *et al.*, 2015; Orraca, 2015), entre otros.

Particularmente, en relación con la literatura que ha buscado explorar los efectos de la violencia relacionada con el narcotráfico sobre la salud mental en México, las investigaciones han encontrado que la violencia relacionada con el narcotráfico ha afectado la salud mental de grupos específicos de la población. Distintos estudios han encontrado que las poblaciones vulnerables –incluyendo niños y adolescentes en la frontera (Leiner *et al.*, 2012; Unruh, 2011), y refugiados mexicanos (Eisenman *et al.*, 2003; Lusk

y McCallister, 2013)– desarrollan desórdenes mentales al estar expuestos a este tipo de violencia. Del mismo modo, los periodistas y fotógrafos que cubren noticias relacionadas con el narcotráfico experimentan secuelas sobre su salud mental, así como Desorden de Estrés Post-Traumático (DEPT) (Feinstein, 2012; Flores *et al.*, 2014; Leiner *et al.*, 2012).

No obstante, el impacto que la violencia relacionada con el narcotráfico tiene sobre las personas que no son víctimas directas no es concluyente.¹ Mientras que algunos autores sugieren que la violencia relacionada con el narcotráfico afecta negativamente la salud mental de los individuos (Michaelsen, 2012), otros autores concluyen que no hay un efecto significativo (Brown *et al.*, 2015; Nasir *et al.*, 2016). Sin embargo, la evidencia sugiere que la violencia relacionada con el narcotráfico ha afectado negativamente la salud mental de la población general (no necesariamente víctimas). Por ejemplo, Nils Braakmann (2012) encontró cambios de comportamiento sobre los individuos que no han sido victimizados, pero que consideran probable serlo. Del mismo modo, encuestas representativas a nivel nacional en México (ENSI, 2009) expresan que cerca de la mitad de los entrevistados dejó de salir de noche a causa del crimen, mientras que 15% dejó de tomar el transporte público, comer fuera de casa y asistir a eventos por la misma razón (BenYishay y Pearlman, 2013: 3-4).

En este artículo argumentamos que la violencia relacionada con el narcotráfico incide sobre la salud mental de la población general, no únicamente de víctimas directas, y probamos diversas hipótesis que pueden explicar este resultado. En primer lugar, argumentamos que –una vez que controlamos por variables sociodemográficas y características de los municipios–, la violencia relacionada con el narcotráfico a nivel municipal incide sobre la salud mental de la población general (no necesariamente víctimas directas). Mas aún, cuando las ejecuciones involucran métodos particularmente crueles o se dejan narcomensajes a un lado de los cuerpos ejecutados, el efecto es mayor. También argumentamos que la cobertura mediática de los eventos violentos, la promoción activa de los asesinatos por parte de las organizaciones criminales, así como la victimización directa de personas cercanas, funcionan como canales de transmisión de angustia para las personas que no son víctimas directas. Finalmente, sugerimos que los eventos violentos causados por enfrentamientos entre las fuerzas de seguridad del gobierno y los criminales tienen un mayor impacto sobre la salud mental de las no víctimas que aquellos causados por enfrentamientos entre criminales.

Esta investigación aporta múltiples contribuciones a la literatura. Primero, la estrategia empírica combina, por primera vez, datos de corte longitudinal de gran calidad

¹ La población en general comprende personas que no han estado directamente involucradas en eventos violentos, pero han experimentado efectos indirectos de dichos eventos.

con información administrativa de la “guerra contra las drogas” en México, considerando que esta última información no estaba disponible antes de la publicación de la base de datos CIDE-PPD. Segundo, la violencia relacionada con el narcotráfico no se mide sólo por las tasas de homicidio, también se mide por variables más específicas que podrían tener diferentes efectos sobre resultados asociados a la salud. Finalmente, este artículo explora un costo distinto de la guerra contra las drogas considerando la salud mental de la población, además de que provee implicaciones de política pública asociadas con la creciente violencia en México.

Para medir la salud mental, utilizamos un índice de depresión construido con información de la sección de Estado de Ánimo de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de los Hogares (ENNVIH). La ENNVIH es una encuesta longitudinal representativa de la población mexicana con información de 35,600 personas (Rubalcava y Teruel, 2013). Las variables de violencia fueron seleccionadas de la Base de Datos CIDE-PPD para los años en que la violencia relacionada con las drogas tuvo su nivel máximo en el periodo. Esta base de datos incluye información sobre las cruentas formas de ejecutar a las víctimas; detalles de los enfrentamientos entre fuerzas gubernamentales y grupos criminales, y la proporción de estos enfrentamientos que fue publicada por la prensa.

Los resultados de nuestro estudio sugieren que el número de ejecuciones, la brutalidad con la que se realizaron estos homicidios, la presencia de narcomensajes colocados a un lado de los cuerpos y la publicidad dada por la prensa a estas eje-

cuciones, afectan negativamente la salud mental de la población. Adicionalmente, el efecto de la violencia relacionada con drogas es significativa cuando utilizamos como variable *proxy* los enfrentamientos entre el gobierno y los grupos criminales, específicamente cuando las fuerzas federales son las que participan en estos enfrentamientos. Cuando el gobierno desequilibra el *status quo* del crimen organizado causando más violencia y nuevas amenazas, la población se afecta psicológicamente.

Estos resultados son importantes con respecto a sus implicaciones de política pública porque sugieren que no es solamente el crimen organizado el que aterra a la población, sino también la violencia causada por la militarización de la guerra contra las drogas. La sensación de inseguridad y el sentimiento de vivir en lugares que están en guerra afectan negativamente la salud mental de la población, específicamente cuando las fuerzas gubernamentales actúan sin seguir las salvaguardias apropiadas ni las regulaciones que garantizan la seguridad de los ciudadanos, violando sistemáticamente de esta manera los derechos humanos de la población. El costo psicológico de la violencia relacionada con drogas en los individuos debería ser estudiado más a fondo; más aún si la carga principal de este efecto es responsabilidad del gobierno.

Este documento está estructurado de la siguiente manera. Las siguientes dos secciones presentan una revisión de literatura previa acerca de la relación entre salud mental y violencia y describen la investigación sobre víctimas y la población general en México, respectivamente. La sección cuatro descri-

be la estrategia empírica de nuestra investigación y nuestro modelo de regresión. La sección cinco presenta e interpreta los resul-

tados. La sección seis concluye y presenta recomendaciones de política pública derivadas de este análisis.

Revisión de literatura

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como “el uso intencional de la fuerza física o el poder, fáctico o intimidatorio, contra sí mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad que resulte, o tenga alta probabilidad de resultar en lesiones, muerte, daño psicológico, problemas de desarrollo o carencias” (OMS, 2002: 5).

La violencia impone costos significativos sobre la sociedad y los individuos. Los costos directos de la violencia incluyen el daño físico y el trauma psicológico como resultado de la victimización. Por el contrario, los costos indirectos tienen un impacto más allá de las víctimas directas y los perpetradores; incluyen a las víctimas indirectas e incluso a la sociedad en general (Hirschfeld, 2004; Lorenc *et al.*, 2012).

Los impactos directos de la violencia sobre la salud mental de las víctimas han sido objeto de diversos estudios (Saunders *et al.*, 1989; Hjern *et al.*, 1998; Barthauer y Leventhal, 1999; Barbarin *et al.*, 2001; De Jong *et al.*, 2003; Eisenman *et al.*, 2003; Norris *et al.*, 2003; Medina-Mora *et al.*, 2005; Qouta *et al.*, 2003; Zlotnick *et al.*, 2006; Murthy, 2006; Roberts *et al.*, 2008; Paula *et al.*, 2008; Pedersen *et al.*, 2008; Espié *et al.*, 2009; Fowler *et al.*, 2009; Ribeiro *et al.*, 2009; You y Conner, 2009; Mendelson *et al.*, 2010; Do y Iyer, 2010; Londoño *et al.*, 2012; Moya, 2012; Cornaglia y Leigh, 2014; Ribeiro *et al.*, 2013; Fairbrook, 2013; Lopes *et al.*, 2015). En la Tabla 1 sintetizamos estos estudios que han encontrado un vínculo entre víctimas directas de la violencia y desórdenes mentales.²

² Es de hacer notar que hay diferencias metodológicas entre estudios que limitan llevar a cabo comparaciones. Primero, hay variación en la forma en que se mide la salud mental. También hay variación en los tipos de violencia evaluados, así como en el periodo que transcurrió desde la victimización.

Tabla 1. Violencia y problemas de salud mental sobre las víctimas directas

Estudio	País	Sujetos	Tipo de violencia	Problema de salud mental
Saunders <i>et al.</i> (1989)	EUA	391 mujeres adultas (18 o más años)	Crimen Violencia sexual Violencia comunitaria	Desorden de estrés post-traumático (DEPT)
Hjern <i>et al.</i> (1998)	Chile Medio Oriente	77 niños de Chile y el Medio Oriente	Violencia política	Desórdenes mentales comunes
Barthauer y Leventhal (1999)	El Salvador	Mujeres de 18 a 70 años	Violencia sexual Violencia relacionada con la guerra	Síntomas psiquiátricos
Barbarin <i>et al.</i> (2001)	Sudáfrica	625 infantes con una edad de 5 años	Violencia doméstica Violencia comunitaria Violencia política	Desempeño psicológico
De Jong <i>et al.</i> (2003)	Argelia Camboya Etiopía Palestina	Población entre los 16 y los 65 años	Violencia relacionada con los conflictos armados	DEPT y desórdenes mentales comunes
Eisenman <i>et al.</i> (2003)	México	919 pacientes de atención primaria provenientes de América Latina	Violencia política	DEPT y desórdenes mentales comunes
Norris <i>et al.</i> (2003)	México	Población general entre 18 y 92 años	Violencia doméstica Violencia sexual Violencia comunitaria	DEPT
Qouta <i>et al.</i> (2003)	Palestina	Menores entre 6 y 16 años	Violencia militar	Síntomas de DEPT
Medina-Mora <i>et al.</i> (2005)	México	Población entre 18 y 65 años	Violencia doméstica Violencia sexual Violencia comunitaria	DEPT
Zlotnick <i>et al.</i> (2006)	Chile	2390 personas entre 15 y más de 64 años	Violencia doméstica Violencia sexual Violencia comunitaria	DEPT
Roberts <i>et al.</i> (2008)	Uganda	18 y más años	Eventos traumáticos relacionados con la guerra	DEPT y depresión
Paula <i>et al.</i> (2008)	Brasil	Menores entre 11 y 14 años	Observación de violencia doméstica y urbana	Desórdenes psiquiátricos
Pedersen <i>et al.</i> (2008)	Perú	Personas de 15 años y más	Violencia política	Desórdenes mentales comunes
Espié <i>et al.</i> (2009)	Palestina	1254 pacientes entre 15 y 83 años	Violencia relacionada con conflictos armados	DEPT Depresión Ansiedad
Fowler <i>et al.</i> (2009)	EUA	Revisión de literatura	Violencia comunitaria	DEPT

Ribeiro <i>et al.</i> (2009)	Brasil India Sudáfrica Palestina Rusia Chile Egipto Filipinas Nicaragua El Salvador Bangladesh Turquía Perú México Uganda Argelia Camboya Etiopía China	Revisión de literatura	Violencia doméstica Violencia sexual Violencia comunitaria Violencia relacionada con un conflicto armado	DEPT y desórdenes mentales comunes
You y Conner (2009)	EUA	322 estudiantes universitarios	Violencia interpersonal Vivencias particularmente estresantes	Síntomas depresivos
Mendelson <i>et al.</i> (2010)	EUA	677 adolescentes y adultos jóvenes entre 16 y 23 años	Crimen Violencia sexual Violencia doméstica Violencia comunitaria	Síntomas depresivos
Do y Iyer (2010)	Bosnia y Herzegovina	7000 personas	Violencia asociada con la guerra	Remembranzas de experiencias de guerra
Cornaglia y Leigh (2014)	Australia	5096 individuos	Crimen	Salud mental disminuida (funcionamiento en sociedad)
Londoño <i>et al.</i> (2012)	Colombia	84 individuos entre los 20 y los 30 años	Violencia relacionada con los conflictos armados	Depresión/ansiedad
Moya (2012)	Colombia	Muestra de hogares rurales desplazados y no desplazados al interior de Colombia	Conflicto civil y desplazamiento de la población	Desórdenes de ansiedad y mayor aversión al riesgo
Ribeiro <i>et al.</i> (2013)	Brasil	3744 entrevistas a personas entre 15 y 75 años	Violencia doméstica Violencia sexual Violencia comunitaria Violencia relacionada con las drogas Crimen Violencia relacionada con la guerra Terrorismo	DEPT y desórdenes mentales comunes
Lopes <i>et al.</i> (2015)	Brasil	3058 servidores civiles en Río de Janeiro	Observación directa, indirecta y contextual de la violencia	Sufrimiento psicológico

Por el contrario, los impactos indirectos de la violencia sobre la salud mental de la población general ha estado sujeto a un considerable debate. En general, parece limitadamente razonable pensar que el crimen violento, por sí mismo, sea un poderoso determinante de salud mental para las personas que no son víctimas. Esto es así porque “los impactos directos sobre la salud de quienes no son víctimas del crimen, aun cuando pueden ser de importancia para ciertas personas, parecen tener una limitada relevancia en una población” (Lorenz *et al.*, 2012: 769. Traducción propia). No obstante, las investigaciones han encontrado que “el crimen conduce al sufrimiento para una gran parte de la población por circunstancias que se añaden a la victimización” (Dustmann y Fasani, 2014: 978. Traducción propia).

La salud mental de la población general puede ser afectada por la violencia en formas adicionales, tales como la exposición indirecta y la victimización de personas cercanas al individuo. Scarpa *et al.* (2006), Clark *et al.* (2008), Paula *et al.* (2008) y Lopes *et al.* (2015) encuentran que presenciar y escuchar acerca de la violencia afecta negativamente la salud mental de la población general. Más específicamente, las mujeres que presenciaron actos violentos en sus vecindarios tuvieron el doble de probabilidades de experimentar síntomas de ansiedad y depresión comparadas con mujeres que no presenciaron violencia comunitaria (Clark *et al.*, 2008). Del mismo modo, Scarpa *et al.* (2006) encontraron que “los participantes con un nivel alto de exposición a violencia comunitaria, comparados con los de un nivel bajo, como víctimas o como testigos,

reportaron mayores niveles de problemas socioemocionales, incluyendo síntomas depresivos, comportamientos agresivos, síntomas de desorden de estrés post-traumático (DEPT) y problemas interpersonales” (p. 6. Traducción propia).

Otra forma en que el crimen violento puede afectar la salud mental de la población general es a través del miedo. El miedo al crimen reduce la salud mental causando ansiedad y angustia en la población (Ross, 1993; Stafford *et al.*, 2007; Brück y Müller, 2010; Dustmann y Fasani, 2014; Lopes *et al.*, 2015). También restringe la movilidad y participación de las personas en el espacio público a lo largo del tiempo (Whitley y Prince, 2005). Por ejemplo, Stafford *et al.* (2007) encontraron que las personas con miedo al crimen se ejercitaron menos, vieron a sus amigos menos frecuentemente y participaron en menos actividades sociales que sus contrapartes. De forma similar, estudios sobre seguridad en el vecindario y construcción de ambientes han encontrado que las mujeres (Wilbur *et al.*, 2003; Evenson *et al.*, 2002; Bennett *et al.*, 2009) y otros adultos (Troped *et al.*, 2001) reducen el uso de espacios públicos para caminar o realizar actividad física debido a preocupaciones por su seguridad y miedo al crimen.

Finalmente, la victimización de personas cercanas a los individuos también daña la salud mental de las personas que no han sido víctimas del crimen. Literatura sobre reparación del daño a víctimas en contextos de guerra reporta que los individuos que comparten una relación personal o una pertenencia a un grupo con una víctima de crímenes de guerra experimentan mayor angustia

psicológica que aquellos que no la comparten, especialmente cuando los agresores de la víctima permanecen impunes (Kunovich y Hodson, 1999; Başoğlu *et al.*, 2005; Ringdal, Simkus *et al.*, 2008; Ringdal *et al.*, 2008). Este efecto puede ser mediado por los cambios en las percepciones de los individuos acerca de la probabilidad y características de futuros episodios de crímenes (Di Tella *et al.*, 2017), la interrupción de la percepción que el individuo tiene del mundo que le rodea y su sentido de la justicia (Başoğlu *et al.*, 2005), así como por la pérdida de un proveedor en el hogar (Do y Iyer, 2012).

En resumen, “la investigación ha identificado las siguientes condiciones de salud como significativamente más comunes entre aquellos expuestos a la violencia, ya sea de forma directa o indirecta: depresión

y riesgo de suicidio, DEPT y desórdenes de comportamiento agresivo y/o violento” (Patel y Taylor, 2011: 116. Traducción propia). De la misma forma, la investigación ha encontrado diferentes rutas más allá de la victimización directa por medio de las cuales el crimen violento afecta la salud mental. Una de ellas es a través de la exposición a la violencia por parte de un espectador (observar y escuchar). La otra es a través del miedo al crimen que incluye “la probabilidad percibida de ser victimizado (dimensión cognitiva) y la respuesta emocional a la posibilidad de un crimen (la dimensión afectiva)” (Lorenc *et al.*, 2012: 758. Traducción propia). Finalmente, la victimización de amigos, conocidos y familiares es otro camino a través del cual la violencia puede afectar la salud mental de las personas que no han sido víctimas.

Violencia relacionada con el narcotráfico y consecuencias sobre la salud mental en México

Los efectos de la violencia relacionada con el narcotráfico sobre la salud mental y el bienestar psicológico han sido estudiados específicamente para el caso de refugiados mexicanos, niños y adolescentes viviendo en la frontera, y de periodistas cubriendo noticias relacionadas con el tráfico de estupefacientes. Lusk y McCallister (2013) reportan que los refugiados mexicanos que

abandonaron el país a causa de crímenes relacionados con el narcotráfico (extorsión, secuestro, amenazas físicas, violación, abuso, tortura y destrucción de los bienes) experimentaron DEPT y depresión clínica. Leiner *et al.* (2012) halló que los niños y adolescentes mexicanos que viven en la frontera mexicana tuvieron más problemas comportamentales y psicológicos que sus contrapartes

de Estados Unidos. Finalmente, Feinstein (2012) halló que los periodistas que fueron intimidados por criminales por cubrir historias relacionadas con las drogas tuvieron más síntomas de DEPT, depresión y angustia mental comparados con sus colegas. Flores *et al.* (2014) encontraron que los periodistas y fotógrafos que cubrieron sistemáticamente noticias acerca del tráfico de drogas y el crimen organizado tuvieron una prevalencia de DEPT mayor que aquellos que trabajaron

cubriendo otras fuentes noticiosas (economía, política, empleo, deportes, etc.).

El efecto de la violencia relacionada con el narcotráfico sobre la salud mental de la población general ha sido analizado como un objetivo secundario de la investigación sobre decisiones en el mercado laboral, aversión al riesgo y trastornos de la personalidad, reportando resultados mixtos. Respecto al efecto de la violencia relacionada con las drogas sobre la aversión al riesgo,

Tabla 2. Violencia relacionada con las drogas y problemas de salud mental en las personas que no son víctimas

Autor	Tema	Variable explicativa	Efectos sobre las no víctimas
Dell (2015)	Tráfico de estupefacientes	Homicidios relacionados con el tráfico de drogas	Reducción en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo local
Meschoulam (2012)	Crimen	Violencia relacionada con las drogas	Abstenerse de lugares específicos, cambios de residencia y rutinas diarias
Michaelsen (2012)	Mercados de trabajo	Tasa de homicidios por cada 100,000 habitantes y presencia de grupos armados en el vecindario	Ansiedad/depresión
BenYishay y Pearlman (2013)	Mercados de trabajo	Tasa de homicidios por cada 100,000 habitantes	Reducción en el número de horas trabajadas entre la población del estado
Braakmann (2012)	Crimen	Historia de la victimización y probabilidad esperada de ser victimizado	Comportamientos de adaptación y cambios en las rutas de transportación
Gutiérrez-Romero (2016)	Percepciones de seguridad	Homicidios relacionados con drogas	Incremento en el miedo y sentido de la inseguridad y aumento de las medidas de seguridad por parte de los individuos

Brown *et al.* (2015) y Nasir *et al.* (2016) no encontraron evidencia estadística del impacto del crimen y la violencia sobre la salud mental de la población general. A pesar de no encontrar impacto alguno, ambos autores consideraron la posibilidad de que los hallazgos fuesen muy sensibles a las especificaciones del modelo. No obstante, Nasir *et al.* (2016) fueron más allá y sugirieron que “la exposición directa es requerida para que se produzcan cambios significativos sobre la salud mental” (Nasir *et al.*, 2016: 16. Traducción propia) en la población general. Sin embargo, la población general puede verse afectada por la violencia aun cuando no haya sido directamente expuesta a la misma. La literatura sobre decisiones de mercado y percepciones de seguridad proveen evidencia al respecto. La Tabla 2 resume los hallazgos de estos estudios.

En términos de salud mental, es fácil entender cómo afecta la victimización directa la salud mental de los individuos. No obstante, las vías que relacionan la violencia ligada al narcotráfico con una reducción en la salud mental de la población general son menos evidentes. Afortunadamente, un manuscrito inédito de Meschoulam sobre la violen-

cia y sus efectos psicosociales (*El Universal*, marzo 11, 2012) podría vislumbrar algunas guías útiles en este tema. De acuerdo con el autor, uno de cada dos individuos percibe a los medios de comunicación como el principal canal de transmisión de preocupaciones. Otros factores de transmisión son los rumores de actos violentos (45%), agresión de amigos cercanos (44.5%) y observar a la armada y a la policía en puntos de revisión o en operativos (43.7%).

La investigación en contextos de tráfico de estupefacientes sugiere que la cobertura mediática de actos violentos, la agresión a conocidos de los individuos y el incremento en la presencia de la policía y las fuerzas de seguridad en puntos de revisión y en operativos sirven como canales de transmisión de angustia para la población general (Magaloni *et al.*, 2017; Meschoulam, 2012; Michaelson, 2012). Adicionalmente, argumentamos que los esfuerzos de los criminales para aterrorizar a la población a través de narcomensajes también genera preocupaciones entre la población. En la siguiente sección describimos los datos utilizados en la estrategia empírica que busca probar nuestras hipótesis.

Descripción de los datos

Para probar nuestras hipótesis, el análisis empírico utiliza dos conjuntos de datos distintos: primero, variables de salud mental y características sociodemográficas de los individuos provenientes de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de los Hogares (ENNVIH); segundo, variables *proxy* de violencia relacionada con las drogas que fueron obtenidas de la base de datos CIDE-PPD. Ambas fuentes de información se describen a continuación.

La Encuesta Nacional de Niveles de Vida de los Hogares

La ENNVIH es una encuesta longitudinal representativa de la población mexicana. La encuesta fue levantada por la Universidad Iberoamericana (UIA), el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Universidad de Los Ángeles en California (UCLA, por sus siglas en inglés). La ENNVIH contiene información de una amplia variedad de indicadores socioeconómicos y demográficos por individuo, hogar y comunidad. Incluye información de aproximadamente 8,440 hogares y 40,000 individuos y tiene una tasa de recontacto de cerca de 90% (Rubalcava y Teruel, 2013). La ENNVIH contiene información acerca de un periodo de 10 años dividido en tres levantamientos: 2002 (ENNVIH-1), 2005-2006 (ENNVIH-2) y 2009-2012 (ENNVIH-3). La base de datos

ha sido utilizada para estudiar tópicos tales como productividad laboral (Velásquez, 2015), oferta de empleo (Michaelsen, 2012), comportamientos de aversión al riesgo (Perez, 2012; Nasir *et al.*, 2016; Brown *et al.* 2015), características al nacer (Brown, 2017), inversiones parentales (Duque, 2014), acumulación de capital humano (Ñopo y Winder, 2008; Brown y Velásquez, 2017) y educación (Caudillo y Torche, 2014; Iriarte, 2016), entre otras.

El análisis empírico utiliza información de la ronda 2009-2012 en la que 24,927 individuos fueron entrevistados. 94% de las observaciones posee información completa respecto a sus características sociodemográficas. No obstante, debido a la falta de información en dos variables independientes (la salud mental de los participantes en la ronda pasada y el ingreso del jefe del hogar) la muestra se redujo posteriormente. La muestra utilizada para llevar a cabo nuestra investigación consta de 6,687 individuos provenientes de 28 estados de la República Mexicana. Los estados que no fueron incluidos fueron Aguascalientes, Chihuahua, San Luis Potosí y Quintana Roo.

La base de datos CIDE-PPD

La base de datos CIDE-PPD registra “eventos violentos que tuvieron lugar en el contexto de la ‘guerra contra las drogas’ durante el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa entre

diciembre de 2006 y noviembre de 2011” (Atuesta *et al.*, 2016: 7). Registra más de 36 mil eventos de violencia relacionada con el narcotráfico. La base CIDE-PPD contiene información acerca de enfrentamientos, ejecuciones y agresiones entre fuerzas gubernamentales y organizaciones criminales, así como bajas generadas por dichos enfrentamientos (Atuesta *et al.*, 2011). La información de la base de datos fue codificada y validada por un equipo multidisciplinario del CIDE y CentroGeo, y está disponible al público a través de la página web del Programa de Política de Drogas (Atuesta *et al.*, 2011). La base de datos CIDE-PPD ha sido utilizada para estudiar mensajes producidos por organizaciones de tráfico de drogas (DTO, por sus siglas en inglés) (Atuesta, 2016), áreas geográficas en que ejercen su influencia dichas organizaciones (Fuerte Celis, 2016), violencia contra periodistas (Guerra, 2016), y para analizar el efecto de la intervención gubernamental en el incremento de la violencia en México (Atuesta y Ponce, 2017).

La variable dependiente (o variable a explicar)

Estudios previos han utilizado los desórdenes mentales comunes como una variable *proxy* para definir la salud mental (Michaelsen, 2012; Cornaglia y Leigh, 2014; Dustmann y Fasani, 2014). Sobre esta base,

nuestra variable dependiente fue construida a partir de auto-reportes de 21 diferentes síntomas depresivos descritos en la Tabla 3 que se muestra a continuación. No obstante, únicamente las primeras 20 preguntas se utilizaron para construir el índice.³ Estas variables se han usado por la literatura para estudiar la asociación entre los síntomas depresivos y la inestabilidad en el empleo (Parker *et al.*, 2008), para evaluar los beneficios sobre la salud mental de uniones maritales vs. uniones libres (Schmeer y Kroeger, 2011), para estimar su efecto sobre la oferta laboral de la población mexicana (Michaelsen, 2012) y para explorar las asociaciones entre salud mental y comportamientos de averción al riesgo (Nasir *et al.*, 2016).

Las respuestas a estas preguntas son categóricas y se codifican de la siguiente manera: 1, para respuestas negativas (no experimentó síntomas); 2, para algunas veces; 3, para muchas veces; y 4, para todo el tiempo. El valor de las preguntas se añadió para obtener un puntaje global. La escala de medición final puede tomar cualquier valor entero entre 20 y 80 (Calderon, 1997), siendo mayor para aquellos que, con base en sus respuestas, tienen peor salud mental.

³ El índice de síntomas depresivos se construyó con base en la metodología propuesta por Calderon (1997) que únicamente utiliza 20 preguntas del módulo de Estado de Ánimo de la ENNVIH para medir trastornos depresivos.

.....

Tabla 3. Variables de síntomas depresivos tomadas del Cuestionario ENNVIH

1. En las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido usted triste o afligido(a)?
2. En las últimas 4 semanas, ¿ha llorado o ha tenido usted ganas de llorar?
3. En las últimas 4 semanas, ¿ha dormido usted mal por la noche?
4. En las últimas 4 semanas, ¿se ha despertado usted sin ánimo (por falta de energía o miedo)?
5. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?
6. En las últimas 4 semanas, ¿han disminuido sus ganas de comer?
7. En las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido usted obsesivo(a) o repetitivo(a) (por ejemplo, con ideas fijas que no puede quitar de su mente o con acciones que repite constantemente)?
8. En las últimas 4 semanas, ¿ha disminuido su interés sexual?
9. En las últimas 4 semanas, ¿considera usted que ha sido menor su rendimiento en el trabajo/ actividades diarias?
10. En las últimas 4 semanas, ¿ha sentido usted presión en el pecho?
11. En las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido usted nervioso(a), angustiado(a) o ansioso(a), más de lo normal?
12. En las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido usted más cansado(a) o decaído(a), fuera de lo normal?
13. En las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido usted pesimista o ha pensado que las cosas le van a salir mal?
14. En las últimas 4 semanas, ¿ha sentido usted con frecuencia dolor en la nuca o en la cabeza?
15. En las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido usted más irritado(a) o enojado(a) fuera de lo normal?
16. En las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido usted inseguro(a) o con falta de confianza en usted mismo(a)?
17. En las últimas 4 semanas, ¿ha sentido usted que le ha sido menos útil a su familia?
18. En las últimas 4 semanas, ¿ha sentido usted miedo de algunas cosas como si esperara que algo grave le pudiera ocurrir?
19. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted deseos de morir?
20. En las últimas 4 semanas, ¿ha sentido usted que ha perdido el interés por las cosas?
21. En las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido solo(a)?

Las variables independientes (variables explicativas o variables de interés)

Las variables de violencia relacionada con drogas fueron tomadas de la base CIDE-PPD, agregadas a nivel municipal y recolectadas para el mes previo a la entrevista de la EN-NVIH 2009-2012. Utilizamos esta estrategia por dos motivos: primero, para establecer, en la medida de lo posible, una relación temporal entre los resultados de salud mental y las variables explicativas; segundo, porque la literatura halló que el impacto psicológico de la violencia tendió a desvanecerse tras un periodo que fluctúa entre un mes (Orraca, 2015) y unas semanas (Sharkey *et al.*, 2012; Michaelsen y Salardib, 2013; Dustmann y Fasani, 2014).

La mayor parte de la literatura que explora el efecto de la violencia sobre la salud mental utiliza los homicidios para definir violencia (Michaelsen, 2012; Nasir *et al.*, 2016; Brown *et al.*, 2015; Lopes *et al.*, 2015). No obstante, el efecto de la violencia puede ser heterogéneo dependiendo de la definición de violencia que se utilice. Por este motivo, utilizamos diferentes variables para definir la violencia relacionada con el narcotráfico, todas ellas estimadas a nivel municipal: 1) número de ejecuciones a nivel municipal;

2) número de ejecuciones a nivel municipal con huellas de haber sido amarrados y/o torturados; 3) número de ejecuciones a nivel municipal que fueron reportadas por la prensa; 4) el número de narcomensajes que fueron dejados junto a las víctimas ejecutadas; 5) el número de enfrentamientos entre el gobierno y los grupos criminales; y 6) el número de enfrentamientos reportados por la prensa.

Variables de control

La literatura halló diversas características sociodemográficas, tanto a nivel individual como a nivel hogar, que están correlacionadas con la salud mental de un individuo. Los factores sociodemográficos relacionados con la presencia de depresión en la población mexicana incluyen "ser mujer, estar en estado en años, tener un bajo nivel socioeconómico, estar desempleado (principalmente en hombres) y no estar casado o tener una pareja. Algunos de los factores personales asociados incluyen consumir drogas o alcohol y ser víctima de violencia o ser migrante" (Fleiz *et al.*, 2012: 395). Incluimos estas variables en el modelo para controlar por sus efectos concomitantes.

Métodos estadísticos

Estimamos múltiples regresiones lineales para examinar las relaciones entre distintas variables de violencia asociada con las drogas y los síntomas depresivos. El modelo general se especifica a continuación:

Ecuación 1:

$$\ln(Y_{ijm}) = \beta_0 + \mathbf{V}'\beta_1 + \mathbf{X}'\beta_2 + \mathbf{Z}'\beta_3 + \mathbf{M}'\beta_4 + \mathbf{R}'\beta_5 + \mathbf{T}'\beta_6 + \varepsilon_{ij} \quad (1)$$

donde Y_{ijm} es el índice de salud mental construido con los síntomas depresivos del individuo i , perteneciente al hogar j , viviendo en el municipio m ; \mathbf{V}' es el vector de variables *proxy* para medir la violencia relacionada con el narcotráfico en el municipio m (definidas en la sección previa); \mathbf{X}' es un vector de características del individuo i que incluyen edad, género, nivel educativo, estatus laboral (empleado o desempleado), estatus migratorio, salud física, presencia de una enfermedad crónica, salud mental reportada en el último levantamiento, antecedentes de victimización y evaluaciones subjetivas de victimización futura; \mathbf{Z}' es un vector de características del hogar j que incluyen el ingreso del jefe del hogar y si la vivienda tiene piso de tierra; \mathbf{M}' es un vector de características del municipio m que incluyen el tamaño de la población y la tasa de homicidios por cada 100,000 habitantes

a nivel municipal en los 10 años previos; \mathbf{R}' es un vector de variables de control a nivel regional, tales como la ubicación del municipio m (golfo, costa del Pacífico o frontera norte); \mathbf{T}' es un vector para el año de la aplicación del cuestionario; y ε_{ij} son errores estándar clusterizados a nivel estado.

Nuestra estrategia empírica pone a prueba diferentes hipótesis. Por un lado, nosotros argumentamos que, una vez que controlamos por características sociodemográficas y por características de los municipios, la violencia relacionada con drogas a nivel municipal tiene un efecto negativo en la salud mental de la población (no necesariamente de las víctimas). Más aún, cuando la prensa publica estos eventos violentos o cuando estos eventos incluyen modos de muerte extremadamente violentos, el efecto es mayor.

Por otro lado, nosotros sugerimos que los eventos en los cuales el Estado confronta violentamente a los grupos criminales tienen un efecto mayor en la salud mental de la población que los eventos en los cuales grupos criminales pelean entre sí (sin intervención gubernamental). Estos resultados sugerirían que la violencia causada por la militarización de la guerra contra las drogas y la sistemática violación de los derechos humanos por parte del gobierno genera mayores consecuencias negativas para la población general que la violencia relacionada con drogas por sí misma.

Análisis de los resultados

La Tabla 4 muestra los resultados de las regresiones lineales utilizando como variable *proxy* de violencia, la violencia entre grupos criminales (variables que son extraídas de la base de datos de Ejecuciones).

La columna A usa como variable *proxy* el número de ejecuciones en el municipio, la columna B usa las ejecuciones con huellas de ataduras y tortura, la columna C usa el número de narcomensajes que fueron dejados a un lado de las víctimas, y la co-

lumna D usa las ejecuciones que fueron publicadas por la prensa. Todas las especificaciones incluyen controles sociodemográficos y errores estándares clusterizados a nivel estado.

Los resultados sugieren que el número de ejecuciones y la brutalidad con la que fueron realizados estos asesinatos afectan negativamente la salud mental de la población. Cuando el número de ejecuciones es utilizado como variable *proxy* de violencia

Tabla 4. Resultados de las regresiones lineales usando como proxy de violencia variables relacionadas con ejecuciones (violencia entre grupos criminales). En todas las especificaciones, la variable dependiente es el índice de salud mental

	Columna A	Columna B	Columna C	Columna D
Número de ejecuciones en el municipio	0.00154*** (0.000507)			
Número de ejecuciones con huellas de ataduras y tortura		0.0291** (0.0136)		
Número de narcomensajes colocados a un lado de los cuerpos			0.0124* (0.00632)	
Número de ejecuciones cubiertas por la prensa				0.00435*** (0.00120)
Edad	-0.000448* (0.000238)	-0.000445* (0.000239)	-0.000440* (0.000240)	-0.000446* (0.000237)
Sexo	-0.0516*** (0.00514)	-0.0520*** (0.00520)	-0.0518*** (0.00516)	-0.0516*** (0.00511)
Casado o en unión libre	-0.00522 (0.00624)	-0.00513 (0.00623)	-0.00467 (0.00625)	-0.00516 (0.00626)
Educación	-0.00754** (0.00315)	-0.00757** (0.00313)	-0.00745** (0.00307)	-0.00745** (0.00314)

Desempleado	0.0367* (0.0189)	0.0357* (0.0188)	0.0367* (0.0188)	0.0368* (0.0188)
Salud física (auto reportada)	-0.0588*** (0.00428)	-0.0586*** (0.00425)	-0.0588*** (0.00430)	-0.0590*** (0.00431)
Enfermedad crónica	0.0728*** (0.00856)	0.0727*** (0.00860)	0.0722*** (0.00847)	0.0726*** (0.00852)
Salud mental en el periodo anterior	0.198*** (0.0242)	0.196*** (0.0244)	0.197*** (0.0243)	0.198*** (0.0240)
Migrante	0.0212** (0.00983)	0.0228** (0.00990)	0.0221** (0.00975)	0.0225** (0.00970)
Victimización futura	0.0258*** (0.00392)	0.0259*** (0.00398)	0.0260*** (0.00387)	0.0258*** (0.00390)
Miedo al crimen	0.121*** (0.0159)	0.121*** (0.0160)	0.121*** (0.0161)	0.122*** (0.0160)
Ingreso del jefe de hogar (en log)	-0.00548** (0.00221)	-0.00578** (0.00224)	-0.00573** (0.00225)	-0.00551** (0.00221)
Hogares con piso de tierra	0.0109 (0.0191)	0.0102 (0.0193)	0.0105 (0.0194)	0.0110 (0.0191)
Población del municipio (en log)	0.00726 (0.00450)	0.00731 (0.00478)	0.00701 (0.00457)	0.00739 (0.00454)
Promedio del número de homicidios en el municipio en los últimos 10 años	-0.000244* (0.000125)	-0.000114 (0.000156)	-0.000163 (0.000160)	-0.000289** (0.000123)
Si el municipio está ubicado en el Golfo de México	0.00225 (0.00864)	0.00190 (0.00933)	0.00242 (0.00900)	0.00197 (0.00861)
Si el municipio está ubicado en la frontera con Estados Unidos	0.0192 (0.0171)	0.0202 (0.0177)	0.0211 (0.0174)	0.0181 (0.0171)
Si el municipio está ubicado en la costa Pacífica	-0.0652*** (0.0126)	-0.0558*** (0.0178)	-0.0610*** (0.0154)	-0.0698*** (0.0103)
Año de la encuesta= 2010	-0.00498 (0.0116)	-0.00520 (0.0119)	-0.00216 (0.0119)	-0.00346 (0.0115)
Año de la encuesta= 2011	0.0293 (0.0229)	0.0301 (0.0228)	0.0283 (0.0231)	0.0312 (0.0223)
Año de la encuesta= 2012	0.0293 (0.0559)	0.0247 (0.0564)	0.0274 (0.0565)	0.0305 (0.0554)
Año de la encuesta= 2013	0.106*** (0.0247)	0.0961*** (0.0257)	0.101*** (0.0264)	0.109*** (0.0251)
Constante	2.756*** (0.0959)	2.761*** (0.0978)	2.760*** (0.0966)	2.755*** (0.0954)
Número de observaciones	6,687	6,687	6,687	6,687
R cuadrado	0.211	0.210	0.210	0.212

Errores estándares clusterizados a nivel estado en paréntesis.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

relacionada con drogas (columna A), una ejecución adicional en el municipio incrementa los síntomas depresivos de la población en promedio en 0.154%. Este efecto se incrementa a 1.24% cuando hay narcomensajes colocados a un lado de las víctimas ejecutadas, a 2.91% cuando la ejecución es realizada con un alto grado de brutalidad (ataduras y tortura), y disminuye a 0.43% cuando se tienen en cuenta sólo esos eventos en los cuales la prensa publicó la ejecución.

Los coeficientes pueden parecer pequeños individualmente, pero son relevantes cuando se comparan con la magnitud de los coeficientes de las otras variables. Por ejemplo, los síntomas depresivos incrementan cuando un individuo tiene una enfermedad crónica (0.428%), cuando un individuo reporta haber estado deprimido anteriormente (19.8%), cuando es migrante (2.2%) o está desempleado (3.77%). Variables subjetivas reportadas por los individuos también tienen efectos importantes en los síntomas depresivos: el miedo al crimen incrementa los síntomas depresivos en 12.1% y la evaluación subjetiva de victimización futura incrementa dichos síntomas en 2.59%.

En promedio, el número de homicidios en el municipio durante los diez años previos tiene un efecto interesante en la salud mental de la población. Individuos que viven en municipios que han sido históricamente violentos reportan tener mejor salud mental que individuos que viven en municipios que históricamente no reportan altos niveles de violencia. De acuerdo con el modelo, un porcentaje adicional en el número de homicidios a nivel municipal reduce los

síntomas depresivos en 0.024%. Este resultado sugiere que los individuos desarrollan estrategias de adaptación para hacer frente a la violencia (medida por el número de ejecuciones y de ejecuciones reportadas por la prensa) que reducen los síntomas depresivos de la población general.

La Tabla 5 reporta los resultados de las estimaciones lineales en donde las variables *proxy* para la violencia relacionada con drogas son variables de los enfrentamientos entre el gobierno y los grupos criminales. Se incluyen en la tabla tres modelos diferentes: en la columna A, la violencia relacionada con drogas es medida por el número de enfrentamientos en el municipio; en la columna B se incluyen sólo los enfrentamientos en donde participaron fuerzas federales (policías o militares); y, finalmente, en la columna C se incluyen los enfrentamientos que fueron cubiertos por la prensa.

El primer resultado interesante de la Tabla 5 es que el efecto de la violencia relacionada con drogas en la salud mental, cuando los enfrentamientos entre el gobierno y los grupos criminales se usa como variable *proxy* de violencia, es mayor que cuando se usan las ejecuciones en donde sólo participan grupos criminales. Este resultado pudiera ser evidencia de que, en algunos lugares en México, el miedo a las políticas gubernamentales relacionadas con la guerra contra las drogas es peor que el miedo que sienten los individuos por la presencia de grupos de crimen organizado en su territorio. Un enfrentamiento adicional en el municipio, en promedio, causa una reducción de la salud mental de 2.6%. Este efecto se reduce a 1.47% cuando el enfrentamiento involucra

Tabla 5. Resultados de las regresiones lineales usando como variables proxy de violencia variables sobre los enfrentamientos entre las fuerzas públicas y los grupos criminales. En todas las especificaciones, la variable dependiente es el índice de salud mental

	Columna A	Columna B	Columna C
Número de enfrentamientos en el municipio	0.0260*** (0.00877)		
Número de enfrentamientos con participación de fuerzas federales		0.0147* (0.00774)	
Número de enfrentamientos cubiertos por la prensa			0.00834 (0.00884)
Edad	-0.000434* (0.000245)	-0.000430* (0.000248)	-0.000442* (0.000246)
Sexo	-0.0524*** (0.00526)	-0.0523*** (0.00520)	-0.0519*** (0.00533)
Casado o en unión libre	-0.00456 (0.00632)	-0.00486 (0.00638)	-0.00484 (0.00637)
Educación	-0.00753** (0.00306)	-0.00748** (0.00309)	-0.00762** (0.00314)
Desempleado	0.0365* (0.0187)	0.0362* (0.0188)	0.0365* (0.0188)
Salud física (auto reportada)	-0.0587*** (0.00420)	-0.0587*** (0.00418)	-0.0586*** (0.00419)
Enfermedad crónica	0.0715*** (0.00851)	0.0717*** (0.00859)	0.0725*** (0.00850)
Salud mental en el periodo anterior	0.195*** (0.0246)	0.196*** (0.0246)	0.196*** (0.0244)
Migrante	0.0214** (0.00944)	0.0220** (0.00954)	0.0228** (0.00985)
Victimización futura	0.0260*** (0.00394)	0.0261*** (0.00395)	0.0263*** (0.00395)
Miedo al crimen	0.121*** (0.0162)	0.121*** (0.0161)	0.121*** (0.0162)
Ingreso del jefe de hogar (en log)	-0.00526** (0.00232)	-0.00519** (0.00245)	-0.00572** (0.00222)
Hogares con piso de tierra	0.00703 (0.0186)	0.00698 (0.0184)	0.00961 (0.0196)
Población del municipio (en log)	0.00737 (0.00458)	0.00764 (0.00456)	0.00631 (0.00475)
Promedio del número de homicidios en el municipio en los últimos 10 años	-2.63e-05 (0.000155)	-4.63e-05 (0.000152)	-1.57e-05 (0.000161)

Si el municipio está ubicado en el Golfo de México	-0.00381 (0.00755)	-0.00348 (0.00723)	0.00281 (0.00872)
Si el municipio está ubicado en la frontera con Estados Unidos	0.0246 (0.0187)	0.0204 (0.0181)	0.0232 (0.0178)
Si el municipio está ubicado en la costa Pacífica	-0.0463** (0.0174)	-0.0463** (0.0179)	-0.0499** (0.0184)
Año de la encuesta= 2010	0.00288 (0.0129)	-0.00261 (0.0121)	-1.83e-05 (0.0122)
Año de la encuesta= 2011	0.0305 (0.0228)	0.0282 (0.0227)	0.0304 (0.0225)
Año de la encuesta= 2012	0.0557 (0.0582)	0.0388 (0.0572)	0.0276 (0.0575)
Año de la encuesta= 2013	0.124*** (0.0321)	0.107*** (0.0297)	0.0955*** (0.0260)
Constante	2.722*** (0.104)	2.733*** (0.103)	2.764*** (0.103)
Número de observaciones	6,687	6,687	6,687
R cuadrado	0.211	0.210	0.209

la participación de fuerzas federales (ya sea militares o policiales). A diferencia de los resultados de la Tabla 4, los enfrentamientos con participación estatal publicados por la prensa no tienen ningún efecto en los síntomas depresivos de la población. Esto sugiere que la percepción de los individuos sobre la intervención gubernamental en su lucha contra el crimen organizado no está siendo influenciada por el rol que juega la prensa en diseminar estas acciones.

Con respecto a los controles sociodemográficos, casi todas las variables tienen el efecto esperado: edad, educación e ingreso mejoran la salud mental de la población.

Por el contrario, ser desempleado, migrante o tener una enfermedad crónica o baja salud física incrementan los síntomas de depresión de la población. Con respecto a los controles municipales, la población que vive en municipios adyacentes a la costa del Pacífico tiene, en promedio, menores síntomas depresivos que poblaciones que viven en otras regiones del país. Finalmente, similar a los resultados de la Tabla 4, poblaciones que viven en municipios con un mayor número de homicidios en los últimos 10 años tienen en promedio una mejor salud mental que las poblaciones en municipios con bajos niveles históricos en el número de homicidios.

Discusión

Desde que el ex presidente Felipe Calderón Hinojosa inició la “guerra contra las drogas”, las tasas de crimen y violencia en México se han incrementado significativamente (Heinle *et al.*, 2014). De acuerdo con el INEGI, la tasa de homicidios “se incrementó de 10,452 en 2006 a 27,213 en 2011 (Trans-border Institute, 2012), y en total, más de 50,000 muertes son atribuibles al conflicto” (Basu y Pearlman, 2017: 1). En otras palabras, la tasa de homicidios en el país casi se triplicó en sólo cinco años. Este incremento en la violencia ha estado directamente relacionado con las actividades criminales vinculadas al narcotráfico. De acuerdo con Heinle *et al.* (2014), la violencia ha estado caracterizada por el estilo del crimen organizado: enfrentamientos armados, ejecuciones grupales, tortura, desmembramiento, armas de alto calibre, decapitaciones, narcomensajes, fosas clandestinas y otros métodos utilizados por los traficantes de drogas y los grupos del crimen organizado (p. 9).

Algunos autores creen que el repunte en violencia fue causado por la “guerra contra las drogas” emprendida por el gobierno. La “guerra contra las drogas” fue una política pública que propuso contrarrestar la creciente influencia de las organizaciones de tráfico de drogas sobre el territorio. “Al conducirse de ese modo, el gobierno debilitó las organizaciones previamente oligopolísticas, deviniendo en guerras por el control del territorio conforme las organizaciones lucharon por el control de la producción de droga y las cadenas de distribución de sus

debilitados rivales” (Basu y Pearlman, 2017: 13). Adicionalmente, establecer esta política tuvo efectos secundarios que afectaron a la población civil. En primer lugar, la presión del gobierno sobre las organizaciones de tráfico de drogas condujo a su dispersión a lo largo del territorio. Segundo, estas organizaciones comenzaron a cometer más extorsiones, secuestros y pillajes para financiar sus actividades (Heinle *et al.* 2015; Guerrero-Gutiérrez, 2011). Tercero, comenzaron a victimizar a la población civil para infundir un clima de miedo entre la población (Brown *et al.*, 2015).

Dada la magnitud de la violencia, la creciente brutalidad de los crímenes y la mayor exposición mediática debida a la cobertura noticiosa y la promoción activa de los cárteles de la droga a través de narcomensajes, los mexicanos que se encontraban en áreas geográficas cercanas a la violencia resultaron psicológicamente afectados. Investigaciones al respecto han encontrado que los impactos en la salud mental de las víctimas del crimen relacionado con las drogas en México han sido sustanciales y duraderos, especialmente en grupos de la población que han estado altamente expuestos a esta violencia.

Por el contrario, el efecto de la violencia relacionada con drogas en la salud mental de personas que no han sido víctimas de dicha violencia ha sido menos estudiado. En la presente investigación nosotros tratamos de cerrar esta brecha de conocimiento a través del análisis del efecto de diferen-

tes variables de violencia relacionada con drogas en la salud mental de la población general.

Nuestros resultados sugieren que el número de ejecuciones y la brutalidad con la que estas ejecuciones se cometen afecta la salud mental de la población. Este efecto se incrementa cuando se dejan narcomensajes a un lado de los cuerpos ejecutados y cuando la prensa publica estos homicidios. Adicionalmente, nuestro análisis encuentra que los enfrentamientos entre las fuerzas de seguridad y los criminales tienen un impacto mayor en la salud mental de las personas que no han sido víctimas, que el impacto que tienen las ejecuciones en la misma población. Este resultado puede parecer contraintuitivo ya que sugiere que la población le tiene más miedo a la forma en que el gobierno está combatiendo el crimen que a los criminales *per se*. Sin embargo, los abusos cometidos por las fuerzas de seguridad en el combate al crimen organizado pueden ayudar a explicar este resultado.

De acuerdo con un reporte del Senado sobre Seguridad Interna (2017), el número de quejas formales contra la Secretaría de la Defensa (SEDENA) por presuntas violaciones de los derechos humanos que se presentaron a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) se duplicó durante los seis años posteriores al lanzamiento de la estrategia de seguridad. De manera similar, el número de quejas por detenciones arbitrarias (es decir, detenciones sin una orden judicial) que se presentaron en contra de las fuerzas de seguridad del gobierno, se incrementaron de 269 en 2006 a 2,456 en 2011; y el número de quejas por

uso de prácticas crueles o tortura se incrementaron de 330 en 2006 a 1,642 en 2012 (Senado de la República, 2017).

Por otro lado, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y varias organizaciones de la sociedad civil han documentado el uso de tortura y tratamiento cruel por parte de la policía, las fuerzas armadas y el Ministerio Público con el fin de obtener confesiones y testimonios bajo coerción (Open Society, 2016). Adicionalmente, el número de civiles que han resultado víctimas del fuego cruzado entre criminales y fuerzas gubernamentales se ha incrementado. De acuerdo con Guevara (2017), más de 14 mil personas han muerto o han sido asesinadas en enfrentamientos entre las fuerzas gubernamentales y los criminales.

Estos datos son preocupantes dado que la violencia utilizada por las fuerzas de seguridad para combatir individuos específicos también ha afectado a personas que no están directamente relacionadas con actividades ilegales.

En conclusión, nuestros resultados confirman que el tipo de violencia asociada con los crímenes relacionados con drogas causa mayor estrés psicológico que el crimen común. En este artículo también se confirma que las dinámicas de generación de miedo y reputación utilizadas por las organizaciones del narcotráfico son efectivas en causar estrés emocional en la población. Finalmente, nuestro análisis encuentra que los enfrentamientos entre fuerzas de seguridad y organizaciones criminales reducen la salud mental de la población. Sin embargo, políticas públicas en materia de salud requieren un mejor entendimiento de los mecanismos

que determinan porqué las acciones gubernamentales reducen la salud mental de la población.

Por esta razón, el costo psicológico de la violencia relacionada con drogas en los in-

dividuos debería ser estudiado más a fondo, para así poder proveer de recomendaciones de política pública que reduzcan los efectos inesperados de la violencia en la salud mental de la población.

Referencias

- Atuesta, L. (2016). Un análisis de la evolución del crimen organizado en México a través de los narcomensajes. *Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Política de Drogas, CIDE-PPD*, pp. 1-34.
- Atuesta, L. y Ponce, A. (2012). Cómo las intervenciones de las fuerzas públicas de seguridad alteran la violencia. Evidencia del caso mexicano. *Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Política de Drogas, CIDE-PPD*, pp. 1-41.
- Atuesta, L., Siordia, O. S. y Madrazo, A. (2011). La “guerra contra las drogas” en México: registros (oficiales) de eventos durante el periodo de diciembre de 2006 a noviembre de 2011, *Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Política de Drogas, CIDE-PPD*, pp. 1-77.
- Atuesta, L. y Ponce, A. (2017). Meet the Narco: Increased Competition among Criminal Organisations and the Explosion of Violence in Mexico. *Global Crime*, 18(4), 375-402.
- Atuesta, L. y Paredes, D. (2015). Do Mexicans Flee from Violence? The Effect of Drug-Related Violence on Migration Decisions in Mexico. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 42.
- Barbarin, O. A., Richter L. y De Wet, T. (2001). Exposure to Violence, Coping Resources, and Psychological Adjustment of South African Children. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 16–25.
- Barthauer, L. M. y Leventhal J. M. (1999). Prevalence and Effects of Child Sexual Abuse in a Poor, Rural Community in El Salvador: A Retrospective Study of Women After 12 Years of Civil War. *Child Abuse & Neglect*, 23(11), 1117-1126.
- Baskin, D. y Sommers, I. (2015). Trajectories of Exposure to Community Violence and Mental Health Symptoms Among Serious Adolescent Offenders. *Criminal Justice and Behavior* 42, Issue 6, pp. 587 - 609
- Başoglu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Francisković, T., Suljić, E., Durić, D., Vranesić, M. (2005). Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia: Association of Lack of Redress for Trauma and Posttraumatic Stress Reactions. *The Journal of the American Medical Association*. 294(5), 580-590.
- Basu, S. y Pearlman, S. (2017). Violence and Migration: Evidence from Mexico’s Drug War. *IZA Journal of Development and Migration*, p. 1-10.
- Beittel, J. (2013). “Mexico’s Drug Trafficking Organizations: Source and Scope of the Rising Violence”. Washington D.C., Congressional Research Service.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47 (SUPPL. 1).
- Bennett, E. M., Peterson G. D. y Gordon, L. J. (2009). Understanding Relationships among Multiple Ecosystem Services. *Ecology Letters*, 12, 1394-1404.

-
- BenYishay, A. y Pearlman, S. (2013). Homicide and Work: The Impact of Mexico's Drug War on Labor Market Participation. Australian School of Business, http://irving.vassar.edu/faculty/sp/Homicide%20and%20Work_June2013.pdf.
- Bowman, B., Matzopoulos, R., Butchart, A., Mercy, J. A. (2009). The Impact of Violence on Development in Low-to-Middle-Income Countries. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 15: 209-19. 10.1080/17457300802417911.
- Braakmann, N. (2012). How Do Individuals Deal with Victimization and Victimization Risk? Longitudinal Evidence from Mexico, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 84(1), 335-344.
- Brown, R. y Velásquez, A. (2017). The Effect of Violent Conflict on the Human Capital Accumulation of Young Adults. *Journal of Development Economics*, 127, 1-12.
- Brown, R. (2017). *The Mexican Drug War and Early-Life Health: The Impact of Violent Crime on Birth Outcomes*, Department of Economics, Duke University, 1-70. https://sites.duke.edu/ryanbrown/files/2013/09/Mexico_BW_MapSS_wFigs1.pdf.
- Brown, R., Montalva, V., Thomas, D. y Velazquez, A. (2015). Impact of Violent Crime on Risk Aversion: Evidence from the Mexican Drug War, *NBER Working Paper No. 23181*, *BREAD Working Paper, No. 501*, 1-33.
- Brück, T. y Müller, C. (2010). Comparing the Determinants of Concern about Terrorism and Crime. *Global Crime*, 11(1), 1-15.
- Calderón, G. M. (1997). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del Síndrome Depresivo, *Revista de Neuropsiquiatría* 60(2), 127-135.
- Caudillo, M. y Torche, F. (2014). Exposure to Local Homicides and Early Educational Achievement in Mexico, *Sociology of Education* 87 (2), 89-105.
- Choi, H. y Marks, N. F. (2008). Marital Conflict, Depressive Symptoms, and Functional Impairment. *Journal of Marriage and the Family*, 70(2), 377-390.
- Clark, C., Ryan, L., Kawachi, I., Canner, M. J., Berkman, L. y Wright, R. J. (2008). Witnessing Community Violence in Residential Neighborhoods: A Mental Health Hazard for Urban Women. *Journal of Urban Health* 85(1), 22-38.
- Conner, K. R., Houston, R. J., Swogger, M. T., Conwell, Y., You, S., He, H. y Duberstein, P. R. (2012). Stressful Life Events and Suicidal Behavior in Adults with Alcohol Use Disorders: Role of Event Severity, Timing, and Type. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1-3), 155-161.
- Cornaglia, F. y Leigh, A. (2014). Crime and Mental Well-Being. *Journal of Human Resources* (49), 110-140.
- Das, J., Do, Q., Friedman, J. y McKenzie, D. (2008). Mental Health Patterns and Consequences: Results From Survey Data in Five Developing Countries. *Policy Research Working Paper*, No. WPS 4495. Washington, DC: World Bank.
- De Jong, J. T., Kompro, I. H. y Van Ommeren, M. (2003). Common Mental Disorders in Postconflict Settings. *The Lancet*, 361(9375), 2128-30.

-
- Dell, M. (2015). "Trafficking Networks and the Mexican Drug War." *American Economic Review*, 105(6), 1738-79.
- Di Tella, R., Freira L., Gálvez R., Schargrodsky E., Shalom, D. y Sigman, M. (2017). Crime and Violence: Desensitization in Victims to Watching Criminal Events. Harvard Business School BGIE Unit. *Working Paper No. 18-039*, pp. 1-33. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3061925>.
- Do, Q. T. y Iyer, L. (2012). Mental Health in The Aftermath of Conflict, en M. Garfinkel y Skaperdas, S. (Eds.), *Oxford Handbook of the Economics of Peace and Conflict*. New York, NY: Oxford University Press.
- Duque, V. (2017). Early-life Conditions and Child Development: Evidence from a Violent Conflict. *SSM - Population Health*, 3, pp. 121-131.
- Dustmann, C. y Fasani, F. (2014). The Effect of Local Area Crime on Mental Health, *The Economic Journal* 126, 978-1017.
- Eisenman, D. P., Gelberg L., Liu H. y Shapiro M. F. (2003). Mental Health and Health-Related Quality of Life Among Adult Latino Primary Care Patients Living in the United States with Previous Exposure to Political Violence. *Journal of the American Medical Association* 290(5), 627-634.
- Espié, E., Gaboulaud V., Baubet T., Casas G., Mouchenik Y., Yun O. y Moro M. R. (2009). Trauma-related Psychological Disorders among Palestinian Children and Adults in Gaza and West Bank, 2005-2008. *International Journal of Mental Health Systems*, 3, 1- 21.
- Evenson, K. R., Sarmiento, O. L., Macon, M. L., Tawney, K. W. y Ammerman, A. S. (2002). Environmental, Policy, and Cultural Factors Related to Physical Activity among Latin Immigrants. *Women Health*, 36(2), 43-57.
- Fairbrook, S. (2013). The Physical and Mental Health Effects of Community Violence Exposure in Pre-Adolescent and Adolescent Youth, *Journal of Student Nursing Research*, 6(1), 24-30.
- Feinstein, A. (2012). Mexican Journalists: An Investigation of Their Emotional Health, *Journal of Traumatic Stress* 25, 480-483.
- Fleiz Bautista, C., Villatoro, J. V., Mora, J. I. M., Medina, M. E., Moreno, M. L., Gutiérrez M. D. L. y Oliva N. R. (2012). Sociodemographic and Personal Factors Related to Depressive Symptomatology in the Mexican Population Aged 12 to 65. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 395-404.
- Flores, R. M., Reyes, V. P. y Reidl, L. M. (2014). El impacto psicológico de la guerra contra el narcotráfico en periodistas mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología* 23(1), 177-193.
- Fowler, P. J., Tompsett, C. J., Braciszewski, J. M., Tiura, A. J. y Baltés, B.B. (2009). Community Violence: A Meta-Analysis on The Effect of Exposure and Mental Health Outcomes of Children and Adolescents. *Development and Psychopathology*, 21(1), 227-259.

-
- Fuerte Celis, M. D. P. (2016). Geografía de la violencia en México. Un acercamiento a la reconfiguración territorial de la violencia generada por el crimen organizado, *Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Política de Drogas*, CIDE-PPD, 1-42.
- Guerra, E. (2016). Voces silenciadas. Las formas de morir de los periodistas en México en el contexto del crimen organizado. *Cuadernos de Trabajo del Monitor del Programa de Política de Drogas*, CIDE-PPD, 1-56.
- Guerra, M., Ferri, C. P., Sosa, A. L., Salas, A., Gaona, C., Gonzales, V. y Prince, M. (2009). Late-Life Depression in Peru, Mexico and Venezuela: The 10/66 Population-Based Study. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 510-515.
- Guerrero-Gutiérrez, E. (2011). Security, Drugs, and Violence in Mexico: A Survey, 7th North American Forum, Washington D. C.
- Guevara, J. A. (2017). *Seguridad interior, ¿seguridad para quién?*, México, pp. 1-96.
- Gutiérrez-Romero, R. (2016). Estimating the Impact of Mexican Drug Cartels and Drug-Related Homicides on Crime and Perceptions of Safety. *Journal of Economic Geography*, 16 (4), 941-973.
- Heinle, K., Molzahn, C. y Shirk D. A. (2015). *Drug Violence in Mexico Data and Analysis Through 2014. Justice in Mexico Project*. Department of Political Science & International Relations. University of San Diego, 1-60.
- Hernández S. (2017, 27 de enero). Las 5 cosas que no sabías y tienes que saber de la 'guerra' en el periodo de Felipe Calderón, *Vice News*, https://www.vice.com/es_mx/article/xwwj7j/las-5-cosas-que-no-sabias-y-tienes-que-saber-de-la-guerra-en-el-periodo-de-felipe-calderon
- Hirschfield, A. (2004) The Health Impact Assessment of Crime Prevention. *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques, and Applications*. Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 341-349.
- Hjern, A., Birgitta, A. y Olle, J. (1998). Political Violence, Family Stress and Mental Health of Refugee Children in Exile. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 26. 18-25.
- INEGI (2009). Encuesta Nacional sobre Inseguridad ENSI-6, Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas (DGES), INEGI: México. Recuperado de <http://www.icesi.org.mx>.
- Iriarte, G. (2016). Compensating Wage Differentials and Violent Crime: Evidence from Mexico, Preliminary Draft, University of Sussex. 1-27.
- Kondylis, F. (2010). Conflict Displacement and Labor Market Outcomes in Post-War Bosnia & Herzegovina. *Journal of Development Economics* 93, 235-248.
- Kunovich, R. y Hodson, R. (1999). Conflict, Religious Identity, and Ethnic Intolerance in Croatia. *Social Forces*, 78(2), 643-668.
- Leiner, M., Puertas, H., Caratachea, R., Avila, C., Atluru, A., Briones, D. y Vargas C. (2012). Children's Mental Health and Collective Violence: A Binational Study on the United States-Mexico Border. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(5), 411-416.

-
- Londoño, A., Romero, P. y Casas, G. (2012). The Association Between Armed Conflict, Violence and Mental Health: A Cross Sectional Study Comparing Two Populations in Cundinamarca Department, Colombia. *Conflict and Health*, 6-12.
- Lopes, C. S., Moraes C. L., Junger W. L., Werneck G. L., Ponce de Leon A. C. P. y Faerstein, E. (2015). Direct and Indirect Exposure to Violence and Psychological Distress Among Civil Servants in Rio de Janeiro, Brazil: A Prospective Cohort Study. *BMC Psychiatry*, 15(1), 109-118.
- Lorenc, T., Clayton, S., Neary, D., Whitehead, M., Petticrew, M., Thomson, H., Cummins S., Swoden, A. y Renton A. (2012). Crime, Fear of Crime, Environment, and Mental Health and Wellbeing: Mapping Review of Theories and Causal Pathways. *Health & Place*, 18(4), 757-765.
- Lusk, M. y McCallister, J. (2013). Resilience and Trauma among Mexican Refugees. *Social Development Issues* 35 (3), 1-17.
- Magaloni, B., Diaz-Cayeros, A., Matanock, A. M., Robles G. y Vidal R. (2017). Living in Fear: The Dynamics of Extortion in Mexico's Criminal Insurgency. *SSRN Working Paper No. 557*, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1963836>.
- Mair, C., Diez Roux, A.V. y Morenoff, J.D. (2010). Neighborhood Stressors and Social Support as Predictors of Depressive Symptoms in the Chicago Community Adult Health Study. *Health & Place*, 16(5), 811-819.
- Márquez-Padilla, F., Pérez-Arce, F., Rodriguez, C. C. (2015). The (Non-)Effect of Violence on Education: Evidence from the War on Drugs in Mexico. *Policy Research Working Paper No. 7230*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/21844> License: CC BY 3.0 IGO.
- Medina-Mora, M. E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J. y Fleiz-Bautista C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8-21.
- Mendelson, T., Greenberg, M. T., Dariotis J. K., Gould L. F., Rhoades B. L. y Leaf P. J. (2010). Feasibility and Preliminary Outcomes of A School-Based Mindfulness Intervention for Urban Youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(7), 985-994.
- Mercy, J., Butchart, A., Dahlberg, L., Zwi, A. y Krug, E. (2003). Violence and Mental Health: Perspectives from the World Health Organization's "World Report on Violence and Health". *International Journal of Mental Health*, 32(1), 20-35.
- Meschoulam, M. (2012, 11 de marzo). Violencia y efectos psicosociales. *El Universal*, <http://www.eluniversalmas.com.mx/editoriales/2012/03/57482.php>.
- Lusk, M. & McCallister, J. (2015). Resilience and Trauma among Mexican Refugees, in Magaloni, B. et al., Living in Fear: The Dynamics of Extortion in Mexico's Criminal Insurgency (February 5, 2015).

-
- Michaelsen, M. y Salardib P. (2013). School's Out: The War on Drugs and Educational Performance in Mexico. *Working paper*, Department of Economics, Ruhr University Bochum, http://webmeets.com/files/papers/res/2014/537/2013_10_01_MPSP_v4.pdf.
- Michaelsen, M. (2012). Mental Health and Labor Supply. Evidence from Mexico's Ongoing Violent Conflicts (October 1, 2012). *Ruhr Economic Paper No. 378*.
- Molzahn, C., Ríos V. y D. Shirk. (2012). *Drug Violence in Mexico: Data and Analysis Through 2011*. Trans-Border Institute Joan B. Kroc School of Peace Studies, University of San Diego.
- Moya, A. (2012). Violence, Emotional Distress and Induced Changes in Risk Aversion among the Displaced Population in Colombia. *Documento de Trabajo N° 105*, Rimisp, https://pacdev.ucdavis.edu/files/conference-schedule/session/papers/andresmoya_violenceriskpreferences.pdf.
- Murthy, R. S. y Lakshminarayana, R. (2006). Mental Health Consequences of War: A Brief Review of Research Findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25-30.
- Nasir, M., Rockmore, M. y Tan, C. (2016). It's No Spring Break in Cancun: The Effects of Exposure to Violence on Risk Preferences, Pro-Social Behavior, and Mental Health in Mexico. *HICN Working Papers No. 207*, Households in Conflict Network, <https://EconPapers.repec.org/RePEc:hcic:wpaper:207>.
- Norris, F. H, Murphy A. D., Baker C. K., Perilla J. L., Rodríguez F. G., Rodríguez J. de J. (2003). Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646-56.
- Ñopo, H. y Winder N. (2008). Ethnicity and Human Capital Accumulation in Urban Mexico. *Research Department Working Papers 660*, Inter-American Development Bank, 1-28.
- Open Society (2016). *Atrocidades innegables*. Open Society Foundations: 1-232.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Geneva, World Health Organization, 1-369.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Informe compendiado. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 69.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Interpersonal Violence and Illicit Drugs*. Geneva, World Health Organization, pp. 1-25.
- Orraca, P. (2015). Crime Exposure and Educational Outcomes in Mexico, Department of Economics University of Sussex, pp. 1-34. http://lacer.lacea.org/bitstream/handle/123456789/53003/lacea2015_crime_exposure_mexico.pdf?sequence=1.
- Parker, S. W., Rubalcava L. N. y Teruel G. (2008). Working Conditions and Mental Health in Mexico: Evidence from MxFLS. *InterAmerican Development Bank*, http://www.spectron.com.mx/pdf/20080331_Working_Conditions.pdf.

- Patel, V. y Kleinman, A. (2003). Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Patel, V. y Taylor R. M. (2011). *Social and Economic Costs of Violence: Workshop Summary*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Paula, C. S., Vedovato, M. S., Bordin, I.A.S., Barros, M. G. S. M., D'Antino, M. E. F. y Mercadante, M. T. (2008). Mental Health and Violence Among Sixth Grade Students From a City in The State of São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 524-528.
- Pedersen, D., Tremblay, J., Errázuriz, C. y Gamarra, J. (2008). The Sequelae of Political Violence: Assessing Trauma, Suffering and Dislocation in the Peruvian Highlands. *Social Science & Medicine*, 67(2), p. 205-17.
- Perez, M. P. (2012). Risk Aversion, Time Preferences and the Effects of Crime and Violence, *Research Master Thesis in Economics*, Tilburg University, 1-42.
- Qouta, S., Punamäki, R. L. y El Sarraj, E., (2003). Prevalence and Determinants of PTSD Among Palestinian Children Exposed to Military Violence, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 265-272.
- Ribeiro, W. S., De Jesus, J. M., Quintana, M. I., Dewey, M.E., Evans-Lacko, S., Vilete, L. M. P. y Andreoli, S. (2013). The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *Plos One* 8(5), 635-645.
- Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M. y Mari, J.J. (2009). Exposure to Violence and Mental Health Problems in Low and Middle-Income Countries: A Literature Review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Suppl. 2), S49-S57.
- Ringdal, G. I. y Simkus, A. (2008). War-Related Distress Among Kosovar Albanians. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 59-71.
- Ringdal, G.I., Ringdal, K. y Simkus, A. (2008). War Experiences and War-Related Distress in Bosnia and Herzegovina Eight Years After War. *Croatian Medical Journal*, 49, 75-86.
- Roberts, B., Ocaka, K. F., Browne, J., Oyok, T. y Sondorp, E. (2008). Factors Associated with Post-Traumatic Stress Disorder and Depression Amongst Internally Displaced Persons in Northern Uganda. *BMC Psychiatry*, 8-38.
- Rosenthal, B. S. y Wilson, W. (2003). The Association of Ecological Variables and Psychological Distress with Exposure to Community Violence Among Adolescents. *Adolescence*, 38 (151), 459-79.
- Ross, C. (1993). Fear of Victimization and Health. *Journal of Quantitative Criminology*, 9 (2), 159-175.
- Rubalcava, L. y Teruel, G. (2013). Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares, Tercera Ronda, *Documento de Trabajo*, www.ennvih-mxfls.org.
- Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S. y Tidwell, R. P. (1989). Brief Screening for Lifetime History of Criminal Victimization at Mental Health Intake: A Preliminary Study. *Journal of Interpersonal Violence* 4, 267-277.

-
- Scarpa, A. (2003). Community Violence Exposure in Young Adults. *Trauma Violence Abuse* 4 (3), 210-227.
- Scarpa, A., Hurley J. D., Shumate, H.W. y Haden, S. C. (2006). Lifetime Prevalence and Socioemotional Effects of Hearing About Community Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(1), 5-23.
- Schmeer, K. K. y Kroeger, R. A. (2011). Union Type and Depressive Symptoms Among Mexican Adults. *Journal of Family Issues*, 32(12), 1597-1621.
- Senado de la República (2017). Seguridad interior: elementos para el debate. *Temas estratégicos* 39, Instituto Belisario Domínguez, pp. 1-38.
- Sharkey, P. T., Tirado-Strayer, N., Papachristos, A. V. y Raver, C. C. (2012). The Effect of Local Violence on Children's Attention and Impulse Control. *American Journal of Public Health*, 102(12), 2287-2293.
- Slone, L.B., Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Diaz, D., Rodriguez F. G., Gutiérrez, J. de J. (2006). Epidemiology of major depression in four cities in Mexico, *Depress Anxiety*, 2006, 23(3), pp. 158-67.
- Stafford, M., Chandola, T. y Marmot, M. (2007). Association Between Fear of Crime and Mental Health and Physical Functioning. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2076-2081.
- Torche, F. y Villarreal, A. (2014). Prenatal Exposure to Violence and Birth Weight in Mexico: Selectivity, Exposure, and Behavioral Responses. *American Sociological Review* 79 (5), p. 966-992.
- Troped, P. J., Saunders, R.P., Pate, R. R., Reininger, B., Ureda, J. R. y Thompson S. J. (2001). Associations Between Self-Reported and Objective Physical Environmental Factors and Use of a Community Rail-Trail. *Preventive Medicine*, 32(2), 191-200.
- Unruh, S. (2011). Mexico's Violence and Posttraumatic Stress Disorder in Immigrant Children: A Call for Collaboration Among Educators. *The Journal of Multiculturalism in Education*, 7 (December 2011), pp. 1-18.
- Velásquez, A. (2015). *The Economic Burden of Crime: Evidence from Mexico*. Working Paper, Department of Economics, University of Colorado Denver, 1-51.
- Perez, M. (2012). Risk Aversion, Time Preferences and the Effects of Crime and Violence, Research Master Thesis in Economics (August 2012), Tilburg University, p. 1-42.
- Whitley, R. y Prince, M. (2005). Fear of Crime, Mobility and Mental Health in Inner-City London, UK. *Social Science & Medicine*, 61 (8), 1678-1688.
- Wilbur, J., Chandler, P.J., Dancy, B. y Lee H. (2003). Correlates of Physical Activity in Urban Midwestern African-American Women, *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 45-52.
- World Health Organization y Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Social Determinants of Mental Health. *World Health Organization: Geneva*, 1-54.

-
- World Health Organization (2009). Interpersonal Violence and Illicit Drugs. *World Health Organization: Geneva*, 1-25.
- You, S. y Conner, K. R. (2009). Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Influences of Gender, Event Severity, and Depression History. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), pp. 1-12.
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P. y Saldivia S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological Medicine*, 36(11), 1523-1533.

