

Consumo excesivo de alcohol y malestar psicológico en población mexicana según experiencia migratoria

Belkis Aracena-Genao, PhD,⁽¹⁾ René Leyva-Flores, PhD,⁽²⁾ Elizabeth Hoyos-Loya, D en C,⁽²⁾
Shoshana Berenzon-Gorn, PhD,⁽³⁾ Ietza Bojórquez-Chapela, PhD.⁽⁴⁾

Aracena-Genao B, Leyva-Flores R, Hoyos-Loya E, Berenzon-Gorn S, Bojórquez-Chapela I. Consumo excesivo de alcohol y malestar psicológico en población mexicana según experiencia migratoria. *Salud Publica Mex.* 2026;68:417-424. <https://doi.org/10.21149/18168>

Aracena-Genao B, Leyva-Flores R, Hoyos-Loya E, Berenzon-Gorn S, Bojórquez-Chapela I. Heavy alcohol consumption and psychological distress among the Mexican population by migration experience. *Salud Publica Mex.* 2026;68:417-424. <https://doi.org/10.21149/18168>

Resumen

Objetivo. Analizar la asociación entre consumo excesivo de alcohol (CEA) y malestar psicológico (MP) en población mexicana, y su posible modificación por experiencia migratoria (EM) en Estados Unidos. **Material y métodos.** Análisis transversal con datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025. Se realizaron análisis descriptivos según EM y se estimaron prevalencias ponderadas, así como modelos de regresión de Poisson con varianza robusta (crudo, ajustado e interacción). **Resultados.** En el modelo crudo no se observó asociación estadísticamente significativa; tras el ajuste, el CEA se asoció con mayor prevalencia de MP (RP= 1.43; IC95%: 1.20, 1.69). La asociación se mantuvo en personas sin EM (RP= 1.44; IC95%: 1.20, 1.72), pero no en aquellas con EM (RP= 1.19; IC95%: 0.65, 2.17), sin evidencia de interacción ($p=0.558$). **Conclusiones.** El CEA se asocia con el MP, independientemente de la EM. Estos hallazgos destacan la relevancia de considerar el consumo de alcohol en las estrategias de salud mental a nivel poblacional.

Palabras clave: malestar psicológico; salud mental; migración internacional; consumo de alcohol; México

Abstract

Objective. To analyze the association between heavy alcohol consumption and psychological distress among the Mexican population, and its potential modification by migration experience in the United States. **Materials and methods.** Cross-sectional analysis using data from the 2025 National Survey on Drug, Alcohol, and Tobacco Consumption. Weighted prevalences were estimated, and Poisson regression models with robust variance were fitted (crude, adjusted and interaction models). **Results.** No significant association was observed in the crude model; however, after adjustment, heavy alcohol consumption was associated with a higher prevalence of psychological distress (PR= 1.43; 95%CI: 1.20, 1.69). The association remained among individuals without migration experience (PR= 1.44; 95%CI: 1.20, 1.72), but not among those with migration experience (PR= 1.19; 95%CI: 0.65, 2.17), with no evidence of interaction ($p=0.558$). **Conclusions.** Heavy alcohol consumption is associated with psychological distress, regardless of migration experience. These findings highlight the importance of addressing alcohol consumption in population-level mental health strategies.

Keywords: psychological distress; mental health; emigration and immigration, alcohol drinking; Mexico

- (1) Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (2) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (3) Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.
- (4) Departamento de Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, Baja California, México.

Fecha de recibido: 12 de marzo de 2026 • **Fecha de aceptado:** 6 de mayo de 2026 • **Publicado en línea:** 29 de julio de 2026

Autor de correspondencia: René Leyva-Flores. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: rene.leyva@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

El malestar psicológico (MP) se define como una experiencia de incomodidad emocional que puede manifestarse como ansiedad, estrés, insatisfacción o angustia, sin que necesariamente se cumplan los criterios para un trastorno mental. Incluye síntomas de depresión (como tristeza y desesperanza) y de ansiedad (nerviosismo e intranquilidad). Sus manifestaciones pueden ir acompañadas de síntomas somáticos como pérdida de energía.¹

A nivel global, el MP constituye una de las principales afecciones de salud mental y se reconoce como un importante problema de salud pública.^{2,3} Sus causas combinan estresores cotidianos, eventos traumáticos y condiciones sociales,^{4,6} mientras que sus consecuencias incluyen un mayor riesgo de psicopatologías, desregulación emocional y deterioro del funcionamiento social.⁷

En América Latina y el Caribe, 14.6% de la población adulta ha experimentado trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, 6.6% en los últimos 12 meses y 3.1% en el mes anterior a la encuesta.⁸ Adicionalmente, las personas pobres –con ingreso per cápita ≤US\$ 2.5 por día– y en condiciones de alta vulnerabilidad, como las mujeres en movilidad y las personas adolescentes, experimentan altos niveles de MP.⁹⁻¹¹ Un análisis epidemiológico publicado en 2023 estimó que la prevalencia del trastorno depresivo –una de las principales expresiones clínicas del MP– es de 12.6% a lo largo de la vida, 5.3% en los últimos 12 meses y 3.1% en la actualidad.⁸ Las prevalencias varían entre países de acuerdo con los niveles de desarrollo y desigualdad, y por características sociodemográficas –como edad y sexo–. En este contexto, el MP se entiende como un constructo que integra distintos síntomas emocionales y somáticos, que se relaciona con condiciones económicas, sociales y ambientales.¹²

En México, la prevalencia de MP en la población de 12-65 años se estima en 8.1%, con niveles más elevados en adolescentes y en mujeres jóvenes.¹³ Este patrón sugiere la existencia de desigualdades en la distribución del MP entre grupos poblacionales.

La relación entre consumo excesivo de alcohol (CEA), definido como ingesta de 60 gramos o más de etanol puro,¹⁴ y MP es de carácter bidireccional. Desde una perspectiva psicosocial, el CEA ha sido interpretado tanto como un factor de riesgo para el desarrollo de MP como una estrategia de afrontamiento frente a experiencias de estrés y adversidad.¹⁵⁻¹⁷ No obstante, la magnitud y dirección de esta asociación pueden variar según contextos y grupos sociales específicos, entre ellos las poblaciones con experiencia migratoria.

Se ha observado que los procesos migratorios implican exposiciones diferenciales a factores de estrés, recursos de afrontamiento y condiciones estructurales

que pueden influir tanto en el consumo de alcohol como en el MP. Si bien migrar puede contribuir a mayores ingresos y oportunidades, también puede conllevar a experiencias de trauma, estrés y discriminación tanto para quienes emigran como para las personas que permanecen en sus lugares de origen. Al respecto, la evidencia empírica muestra resultados heterogéneos, registrando contextos en que las personas migrantes presentan peores indicadores de salud mental que la población no migrante.¹⁸⁻²⁰ En otros contextos, las personas que permanecen en sus lugares de origen enfrentan condiciones estructurales adversas, como pobreza, desempleo y limitada movilidad social, que se asocian con peores indicadores de salud mental.²¹ Asimismo, la bibliografía sobre poblaciones *left-behind* ha mostrado que la permanencia en el lugar de origen puede implicar cargas emocionales, fragmentación familiar y mayor riesgo de depresión, así como de ansiedad.²² En este sentido, la relación entre migración y salud mental no es unidireccional, sino que depende de los contextos sociales, económicos y familiares tanto en el origen como en el destino.

En el caso de México –uno de los principales países de origen de migración hacia Estados Unidos y con una sostenida dinámica de movilidad circular y de retorno– se estima que millones de personas han estado expuestas a contextos sociales asociados con la experiencia migratoria internacional.^{23,24} Sin embargo, pese al aumento reciente de los flujos de retorno²⁵ y a la magnitud de la población con experiencia migratoria, existe escasa evidencia poblacional que examine el papel de la experiencia migratoria en Estados Unidos en la relación entre el CEA y el MP en la población mexicana.

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo analizar la asociación entre el CEA y el MP en la población mexicana, considerando la experiencia migratoria en Estados Unidos como posible modificador de efecto.

Material y métodos

Diseño del estudio y fuente de información

Se realizó un análisis transversal con datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025 (Encodat), encuesta probabilística de alcance nacional que recaba información sobre consumo de sustancias en población residente en México. El levantamiento de la información se llevó a cabo entre el 10 de julio y el 2 de octubre de 2025. La muestra inicial estuvo conformada por 19 200 personas de 12 a 65 años. Para el presente análisis se incluyeron 19 066 participantes, excluyéndose 134 observaciones (0.7%) debido a infor-

mación incompleta en variables de interés y a registros inconsistentes (por ejemplo, discordancias en la edad de inicio de consumo de alcohol). El diseño muestral fue estratificado, multietápico y por conglomerados, con representatividad nacional y regional. Los detalles de la Encodat pueden ser consultados en el informe metodológico correspondiente.²⁶

Variables

Variable dependiente

El MP se evaluó mediante la *Kessler Psychological Distress Scale* (K10), un instrumento compuesto por 10 ítems que exploran síntomas afectivos y somáticos (e.g. cansancio, nerviosismo, desesperanza, inutilidad). Cada ítem cuenta con cinco opciones de respuesta (1= nunca; 5= siempre), lo que permite obtener un puntaje sumatorio con un rango teórico de 10 a 50.²⁷ Aunque originalmente fue desarrollada para medir el malestar en los últimos 30 días, la K10 ha demostrado utilidad en periodos de referencia más amplios y en distintos contextos, lo que respalda su solidez psicométrica.²⁶ En la Encodat la K10 se aplicó con un periodo de referencia de los últimos 12 meses, mostrando niveles adecuados de confiabilidad y validez.²⁸ En concordancia con la literatura publicada, se definió MP grave como un puntaje ≥ 25 y no elevado como un puntaje entre 10 y 24.²⁷ Cabe señalar que el K10 evalúa el MP en un continuo, por lo que la categoría de referencia (no grave) no corresponde a ausencia de malestar, sino que agrupa niveles bajos, de acuerdo con la conceptualización del instrumento.

En el presente análisis, se verificó la calidad de los datos sin identificarse valores fuera de rango ni ítems faltantes en la muestra analizada. La consistencia interna de la escala fue alta (α de Cronbach= 0.89).

Variable independiente principal

El CEA se definió como la ingesta de 60 gramos o más de etanol puro en una sola ocasión durante el último año, de acuerdo con criterios utilizados en estudios epidemiológicos previos.^{14,29} Para el análisis, esta variable se operacionalizó de forma dicotómica (0= no; 1= sí).

Variable modificadora de efecto

La experiencia migratoria se definió como haber vivido un año o más en Estados Unidos.

Variables sociodemográficas y contextuales

Se describieron características sociodemográficas y contextuales según experiencia migratoria.

Covariables del modelo

Se consideraron como posibles variables de confusión aquellas sociodemográficas con asociación documentada con consumo de alcohol y MP.

Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos para caracterizar a la población de estudio, según experiencia migratoria. Se estimaron medias ponderadas del puntaje total K10 con intervalos de confianza al 95% (IC95%), así como prevalencias ponderadas de MP elevado y CEA. Para evaluar la asociación entre el CEA y el MP se estimaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, a fin de obtener razones de prevalencia (RP) con IC95%. Esta aproximación fue seleccionada por tratarse de un estudio transversal con desenlace binario y una prevalencia no rara (8.1%), lo que permite estimar medidas directamente interpretables como razones de prevalencia y evita la sobreestimación asociada con las razones de momios de modelos logísticos. Asimismo, el uso de varianza robusta corrige la posible mala especificación del modelo al aplicar Poisson a un desenlace dicotómico, conforme a recomendaciones metodológicas previas.³⁰

Adicional al modelo crudo de la asociación entre CEA y MP, se especificó un modelo ajustado por variables –sexo, edad, escolaridad y situación conyugal– seleccionadas con base en la literatura previa y su plausibilidad como posibles factores de confusión. La presencia de multicolinealidad entre las covariables se examinó mediante el cálculo del factor de inflación de la varianza (VIF), sin identificarse valores elevados (todos < 2), lo que sugiere ausencia de colinealidad relevante. Asimismo, se evaluó la posible modificación del efecto de la experiencia migratoria en la asociación entre el CEA y MP, mediante la inclusión de un término de interacción entre CEA y experiencia migratoria (CEA y experiencia migratoria en Estados Unidos). Adicionalmente, se exploraron modelos alternativos incorporando otras variables sociodemográficas y contextuales con el fin de evaluar la estabilidad de las estimaciones. Dado que la inclusión de estas variables no modificó sustantivamente la magnitud ni la dirección de la asociación principal, se presenta el modelo ajustado por las covariables teóricamente relevantes como estimación final.

Todos los análisis se realizaron en Stata versión 19* y tomaron en cuenta el diseño complejo de la encuesta.

* StataCorp. Stata Statistical Software: Release 19. College Station, TX: StataCorp LLC, 2025.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación y los instrumentos aplicados en la Encodat 2025 fueron aprobados por los Comités de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (registro CI: 1967). La participación de los sujetos fue voluntaria; para ello, se emplearon formatos de consentimiento informado en adultos y una combinación de asentimiento y consentimiento parental para las personas adolescentes. A todas las personas participantes se les explicaron los objetivos del estudio, los métodos utilizados para la recolección de la información y la confidencialidad de la información; también se solicitó su autorización para la difusión académica de los resultados.

Resultados

Del total de la población analizada (n muestral= 19 066; n expandida= 91.9 millones), 4.9% reportó haber vivido un año o más en Estados Unidos. El puntaje medio del K10 fue 15.2 (IC95%: 15.1,15.3) y la prevalencia de MP fue de 8.1% (IC95%: 7.6,8.7).

La prevalencia de CEA fue mayor en personas con experiencia migratoria 40.5% (IC95%: 36.0,45.1) que en aquellas sin dicha experiencia 28.6% (IC95%: 27.5,29.7). Esta diferencia equivale a una razón de prevalencias de 1.4 y a una diferencia absoluta de 11.9 puntos porcentuales. En el análisis descriptivo (cuadro I), las personas con experiencia migratoria mostraron una mayor proporción en el grupo de 45 a 65 años (60.9 vs 32.2%), mayor proporción de convivencia en pareja (67.1 vs 47.6%) y mayor proporción con escolaridad primaria o menor (35.5 vs 23.0%).

Aunque la figura 1 muestra una menor prevalencia de MP en el grupo con antecedentes migratorios en términos crudos, la intersección de los intervalos de confianza indica que esta diferencia no fue estadísticamente significativa. La prevalencia entre las personas con y sin experiencia migratoria fue de 5.7% (IC95%: 3.9,8.3) y 8.2% (IC95%: 7.7,8.9), respectivamente.

En el análisis bivariado, la experiencia migratoria se asoció inicialmente con una menor prevalencia de MP (RP= 0.66; IC95%: 0.45,0.99). No obstante, en el modelo de regresión de Poisson ajustado (cuadro II), la experiencia migratoria no mostró asociación con MP (RP= 1.00; IC95%: 0.61,1.63; p = 0.996). Tampoco se observó evidencia de modificación del efecto entre el CEA y experiencia migratoria (p de interacción= 0.56).

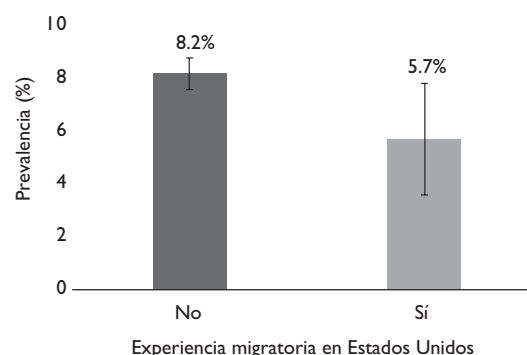
Independientemente de la experiencia migratoria, el CEA se asoció con una mayor prevalencia de MP (RP= 1.44; IC95%: 1.20,1.72).

Discusión

El presente estudio examinó la asociación entre el CEA y MP en población mexicana, considerando la experiencia migratoria en Estados Unidos como posible modificador de efecto. Los resultados muestran que, aunque en el análisis crudo no se observó una asociación estadísticamente significativa, tras el ajuste por variables sociodemográficas el CEA se asoció con una mayor prevalencia de MP. Asimismo, no se encontró evidencia de que esta asociación varíe según la experiencia migratoria, lo que sugiere ausencia de modificación de efecto en la relación estudiada.

Estos hallazgos son consistentes con la literatura que documenta una relación estrecha y bidireccional entre el consumo de alcohol y el MP, en la que el alcohol puede actuar tanto como factor precipitante como mecanismo de afrontamiento frente a situaciones de estrés y adversidad.³¹ En este sentido, expresiones como *"bebo porque estoy triste y estoy triste porque bebo"* ilustran esta dinámica de retroalimentación entre consumo y malestar.³² La asociación únicamente en el modelo ajustado sugiere la presencia de factores de confusión que enmascaraban la relación en el análisis crudo, lo que refuerza la importancia de considerar variables estructurales en el estudio de la salud mental.³³

En relación con la experiencia migratoria, los resultados muestran que las diferencias observadas en la prevalencia de MP desaparecen tras el ajuste, y que no existe modificación del efecto en la asociación entre consumo de alcohol y MP. Este hallazgo es relevante,



Prevalencias ponderadas con IC95%, estimadas con diseño complejo de encuesta.

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco

FIGURA 1. PREVALENCIA PONDERADA DE MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN EXPERIENCIA MIGRATORIA INTERNACIONAL EN ESTADOS UNIDOS. MÉXICO, ENCODAT 2025

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS, SEGÚN EXPERIENCIA
MIGRATORIA EN ESTADOS UNIDOS (≥1 AÑO). MÉXICO, ENCODAT 2025

		Total		Sin experiencia migratoria		Vivió un año o más en Estados Unidos	
<i>n</i> muestral		19 066		18 125		941	
N ponderada [‡]		91.9 M		87.5 M		4.4 M	
		%	IC95%	%*	IC95%	%*	IC95%
Variable	K10, media (IC95%)	15.2	15.1,15.3	15.2	15.1,15.4	14.5	14.0,15.1
	Malestar psicológico	8.1	7.6,8.7	8.2	7.7,8.9	5.7	3.9,8.3
	Consumo excesivo de alcohol	29.2	28.1,30.3	28.6	27.5,29.7	40.5	36.0,45.1
Características sociodemográficas y contextuales							
Sexo	Mujer	52.1	50.8,53.4	53.4	52.0,54.8	26.2	22.0,30.9
	Hombre	47.9	46.6,49.2	46.6	45.2,48.0	73.8	69.1,78.0
Edad (grupos)	12-17	14.3	13.8,14.8	15.0	14.4,15.6	0.2	0.1,4.8
	18-29	26.3	25.3,27.3	27.1	26.1,28.2	10.1	7.2,13.9
	30-44	25.9	24.9,26.8	25.7	24.7,26.7	28.8	24.8,33.1
	45-65	33.6	32.6,34.6	32.2	31.1,33.3	60.9	56.0,65.6
Escolaridad	Primaria o menos	23.6	22.4,24.8	23.0	21.9,24.2	35.5	29.9,41.4
	Secundaria	34.0	32.8,35.2	34.0	32.8,35.3	32.8	28.6,37.4
	Media superior	27.1	25.9,28.3	27.5	26.3,28.7	20.2	16.7,24.2
	Universidad/posgrado	15.3	14.2,16.5	15.5	14.3,16.7	11.5	8.8,15.0
Situación conyugal	Con pareja (casada/unión libre)	48.5	47.4,49.7	47.6	46.5,48.7	67.1	62.0,71.9
Trabajó en los últimos 30 días	Sí	61.8	60.7,62.9	60.9	59.7,62.1	79.3	74.5,83.3
Región de residencia	Península Norte	6.3	5.8,6.8	6.1	5.6,6.6	9.5	7.6,11.9
	Noroccidente	4.5	4.2,4.9	4.4	4.1,4.8	6.3	5.0,7.9
	Norcentral	7.4	6.8,7.9	7.5	7.0,8.0	5.0	3.7,6.6
	Nororiental	5.2	4.8,5.6	5.1	4.7,5.5	6.4	4.8,8.3
	Occidental	10.8	9.8,11.9	10.6	9.6,11.7	14.1	10.2,19.2
	Cd. de México	7.9	7.3,8.6	8.1	7.5,8.7	4.7	3.3,6.5
	Centro	31.7	29.1,34.4	31.7	29.2,34.3	31.6	24.0,40.3
	Centro Sur	16.2	15.0,17.4	16.1	14.8,17.3	18.4	14.3,23.3
	Sur	10.2	8.9,11.6	10.5	9.2,11.9	4.1	2.2,7.8
Autoidentificación con grupos originarios	Sí	32.6	31.0,34.4	32.4	30.7,34.2	37.5	32.5,42.8
Religión	Católica	72.8	71.3,74.2	72.5	71.1,74.0	77.0	72.1,81.3
	Protestante/evangélica	9.5	8.7,10.3	9.6	8.8,10.4	7.3	5.5,9.7
	Otra	2.8	2.3,3.3	2.7	2.3,3.3	3.7	2.1,6.5
	Ninguna	15.0	14.0,16.0	15.2	14.2,16.2	11.9	8.6,16.3
Años viviendo en este estado: Media (IC95%)		30.6	30.2,31.0	30.4	29.9,30.8	35.9	33.7,38.0

* Porcentajes ponderados por diseño complejo de encuesta Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2025.

‡ Estimaciones poblacionales calculadas con factor de expansión.

Las columnas pueden no sumar exactamente 100 debido a redondeo.

Cuadro II
ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO EXCESIVO DE
ALCOHOL Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN POBLACIÓN
MEXICANA, MODELOS DE REGRESIÓN DE POISSON.
MÉXICO, ENCODAT 2025

Variable	Modelo crudo RP (IC95%)	Modelo ajustado RP (IC95%)*
Consumo excesivo de alcohol	1.15 (0.98,1.35)	1.43 (1.20,1.69) [‡]

RP: razón de prevalencia; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Modelos de regresión de Poisson con varianza robusta ajustados por el diseño complejo de encuesta.

*Ajustado por sexo, edad, escolaridad y situación conyugal.

[‡] $p < 0.05$.

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

Cuadro III
ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO EXCESIVO DE
ALCOHOL Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN POBLACIÓN
MEXICANA, SEGÚN EXPERIENCIA MIGRATORIA EN
ESTADOS UNIDOS
(≥ 1 AÑO). MÉXICO, ENCODAT 2025

Experiencia migratoria	RP (IC95%), modelo ajustado	Valor p de interacción
Sin experiencia migratoria en Estados Unidos	1.44 (1.20,1.72)	<0.001
Con experiencia migratoria en Estados Unidos	1.19 (0.65,2.17)	0.569
p de interacción		0.558

Modelos de regresión de Poisson con varianza robusta ajustados por el diseño complejo de encuesta y por sexo, edad, escolaridad y situación conyugal

RP: razón de prevalencia; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco

ya que contrasta con la hipótesis de que la experiencia migratoria podría intensificar o modificar dicha relación. En cambio, sugiere que los mecanismos que vinculan el consumo de alcohol con el MP operan de manera similar en personas con y sin experiencia migratoria.

La bibliografía ha documentado que los procesos migratorios pueden implicar tanto riesgos como mecanismos de adaptación en términos de salud mental.²⁰⁻²² El denominado *healthy migrant effect* plantea que las personas migrantes pueden presentar mejores indicadores de salud en etapas iniciales del proceso migratorio; sin embargo, este efecto tiende a atenuarse con el tiempo debido a condiciones de integración, discriminación o acumulación de exposiciones adversas.^{34,35} En este estudio, la población con experiencia migratoria

está compuesta mayoritariamente por personas con trayectorias de retorno y asentamiento prolongado, lo que podría contribuir a explicar la ausencia de diferencias significativas y la falta de modificación del efecto observada.

De igual manera, se ha documentado que quienes permanecen en sus lugares de origen no necesariamente presentan mejores condiciones de bienestar. En contextos de alta expulsión, estas poblaciones pueden enfrentar condiciones estructurales adversas –como pobreza, desempleo y limitada movilidad social– asociadas con peores indicadores de salud mental.³⁶ Asimismo, la literatura sobre poblaciones *left-behind* ha mostrado que la permanencia en el lugar de origen puede implicar cargas emocionales, fragmentación familiar y mayor riesgo de depresión y ansiedad.²² En este sentido, la relación entre migración y salud mental no es unidireccional, sino que depende de los contextos sociales, económicos y familiares tanto en el origen como en el destino.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la operacionalización dicotómica del CEA implica que la categoría de referencia agrupa individuos con distintos patrones de consumo, incluyendo tanto personas sin consumo en el último año como aquellas con consumo actual no excesivo. Esta heterogeneidad responde a la estructura de la información disponible en la Encodat, en la que el consumo excesivo se identifica como un subconjunto de quienes reportan consumo reciente. Si bien una clasificación más desagregada de los patrones de consumo podría aportar mayor precisión analítica, dicha distinción no es posible con las variables disponibles.

En segundo lugar, el MP fue medido mediante el K10, un instrumento continuo cuya categorización no permite distinguir ausencia total de malestar, sino distintos niveles de intensidad. Asimismo, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones de temporalidad o causalidad entre consumo de alcohol, experiencia migratoria y MP. Finalmente, el tamaño de la submuestra con experiencia migratoria, aunque suficiente para los análisis realizados, podría haber limitado la potencia estadística para detectar modificaciones de efecto de menor magnitud.

En conjunto, los resultados sugieren que el CEA constituye un factor relevante asociado al MP en la población mexicana, independientemente de la experiencia migratoria. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer estrategias de salud pública orientadas a la prevención del consumo de alcohol y a la atención del MP, considerando los determinantes sociales que configuran ambos fenómenos.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost D. Epidemiology of psychological distress. En: L'Abate L, ed. *Mental illnesses-understanding, prediction and control*. Londres: IntechOpen, 2012:105-34.
2. World Health Organization. Over a billion people living with mental health conditions – services require urgent scale-up [Internet]. Ginebra: WHO, 2025 [citado febrero 2, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>
3. Daly M, Macchia L. Global trends in emotional distress. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2023;120(14):e2216207120. <https://doi.org/10.1073/pnas.2216207120>
4. Ringlein G, Ettman C, Stuart E. Income or job loss and psychological distress during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2024;7(7):e2424601. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24601>
5. Collaborators C-MD. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
6. Daly M, Robinson E. Psychological distress and adaptation to the COVID-19 crisis in the United States. *J Psychiatr Res*. 2021;136:603-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.035>
7. Rech M, Bertoletti-Diaz G, Luis-Schaab B, Garcia-Soaresn Leães Rech C, Ücker-Calvetti P, Tozzi-Reppold C. Association of emotional self-regulation with psychological distress and positive functioning dimensions in Brazilian university students during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(14):6428. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146428>
8. Errazuriz A, Avello-Vega D, Ramirez-Mahaluf JP, Torres R, Crossley NA, Undurraga EA, et al. Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Reg Health Am*. 2023;26:100587. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100587>
9. Aranda Z, Bonz A, Armijos A, Angulo A, Greene MC. Manifestation, causes and approach to mental distress among the population of migrant and refugee women in Ecuador and Panama: a qualitative study with key informants. *Int J Equity Health*. 2025;24(1):92. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02455-w>
10. Rojas M. Poverty and psychological distress in Latin America. *J Econ Psychol*. 2011;32(2):206-17. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2010.01.014>
11. Sánchez-Castro JC, Pilz González L, Arias-Murcia SE, Mahecha-Bermeo VA, Stock C, Heinrichs K. Mental health among adolescents exposed to social inequality in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *Front Public Health*. 2024;12:1342361. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1342361>
12. Mirzaei-Alavijeh M, Najafi F, Veis RG, Moradinazar M, Farasati F, Jalilian F. Psychological distress and its association with gender, socioeconomic status, education and health conditions. *Sci Rep*. 2025;15(1):29142. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-14848-6>
13. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT 2025 [Internet]. México: Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones/Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Instituto Nacional de Salud Pública, 2025 [citado febrero 2, 2026]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1044513/ENCODAT_-_COMPLETO.pdf
14. Courtney KE, Polich J. Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychol Bull*. 2009;135(1):142-56. <https://doi.org/10.1037/a0014414>
15. Lannoy S, Duka T, Carbia C, Billieux J, Fontesse S, Dormal V, et al. Emotional processes in binge drinking: a systematic review and perspective. *Clin Psychol Rev*. 2021;84:101971. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101971>
16. Rodríguez LM, Litt DM, Stewart SH. Drinking to cope with the pandemic: the unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. *Addict Behav*. 2020;110:106532. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106532>
17. Verplaetse T, Peltier M, Roberts W, Pittman B, McKee S. Gender and past year serious psychological distress are associated with past year AUD: time-varying results from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH; 2008-2017). *Addict Behav*. 2021;116:106815. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106815>
18. Benavente P, Fadnes LT, Sandal GM, Mæland S, Lehmann S, Diaz E. Psychological distress, loneliness, and satisfaction with life during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study comparing migrants and non-migrants in Norway. *Front Public Health*. 2025;13:1681631. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1681631>
19. Chen J, Kosec K, Mueller V. Moving to despair? Migration and well-being in Pakistan. *World Development*. 2019;113:186-203. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.09.007>
20. Donato K, Caron L, Hamilton E. Migration and mental health in Mexico: domestic migrants, return U.S. migrants, and non-migrants. *Front Psychiatry*. 2020;10:970. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00970>
21. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2010;71(3):517-28. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
22. Fellmeth G, Rose-Clarke K, Zhao C, Busert LK, Zheng Y, Massazza A, et al. Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;392(10164):2567-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32558-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32558-3)
23. Consejo Nacional de Población. Anuario de migración y remesas México/Yearbook of migration and remittances Mexico [Internet]. México: Conapo, 2025 [citado febrero 2, 2026]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1058383/Anuario_Migracion_y_Remesas_2025.pdf
24. González-Barrera A. Before COVID-19, more Mexicans came to the U.S. than left for Mexico for the first time in years [Internet]. Washington, DC: Pew Research Center, 2021 [citado febrero 2, 2026]. Disponible en: <https://www.pewresearch.org/short-reads/2021/07/09/before-covid-19-more-mexicans-came-to-the-u-s-than-left-for-mexico-for-the-first-time-in-years/>
25. Jacobo-Suárez M, Cárdenas-Alaminos N. Back on your own: migración de retorno y la respuesta del gobierno federal en México. *Migr Inter*. 2020;11:1-24. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.1731>
26. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. Metodología de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025. *Salud Publica Mex*. 2025;67(5):515-22. <https://doi.org/10.21149/17295>
27. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002;32(6):959-76. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006074>
28. Vargas-Terrez BE, Villamil-Salcedo V, Rodríguez-Estrada C, Pérez-Romero J, Cortés-Sotres J. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud Ment*. 2011;34(4):323-31.
29. World Health Organization. Alcohol, heavy episodic drinking (population) past 30 days [Internet]. Ginebra: WHO, 2026 [citado febrero 2, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/459>

30. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3(1):21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
31. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction.* 2011;106(5):906-14. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
32. Alcohólicos Anónimos. *El Libro Grande de AA.* 3.º ed. Nueva York: Alcoholics Anonymous World Services Inc., 2008.
33. McAllister A, Fritzell S, Almroth M, Harber-Aschan L, Larsson S, Burström B. How do macro-level structural determinants affect inequalities in mental health? - a systematic review of the literature. *Int J Equity Health.* 2018;17(1):180. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0879-9>
34. Abraido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health.* 1999;89(10):1543-8. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.10.1543>
35. Alegría M, Canino G, Shrout PE, Woo M, Duan N, Vila D, et al. Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. Latino groups. *Am J Psychiatry.* 2008;165(3):359-69. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040704>
36. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet.* 2018;392(10164):2606-54. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32114-7)