



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,
Volumen 9, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES DEPENDIENTES DE "CRISTAL" DEL CENTRO ESTATAL DE SALUD MENTAL

**COMPLIANCE WITH THE REHABILITATION PROGRAM
FOR PATIENTS DEPENDENT ON "CRYSTAL" AT THE
STATE MENTAL HEALTH CENTER**

Ricardo Raúl Marín Herrera

Médico Residente del Posgrado de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert
Elizalde

Luz Karina Ramírez Dueñas

Médico Residente del Posgrado de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert
Elizalde

Ernesto Agustín Lara Benítez

Médico Residente del Posgrado de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert
Elizalde

Diana Laura Sánchez Ramos

Médico Residente del Posgrado de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert
Elizalde

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.17625

Cumplimiento del Programa de Rehabilitación en Pacientes Dependientes de “Cristal” del Centro Estatal de Salud Mental

José Luis Hernández Soto¹salana_aki@yahoo.com<https://orcid.org/0009-0003-5903-2533>Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano
México**Luz Karina Ramírez Dueñas**luzkramirez@gmail.com<https://orcid.org/0000-0003-4690-9618>Instituto Mexicano del Seguro Social
México**Ernesto Agustín Lara Benítez**ernestolarabe93@gmail.com<https://orcid.org/0009-0005-6781-8303>Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano
México**Diana Laura Sánchez Ramos**dian251998@gmail.com<https://orcid.org/0009-0001-4697-1721>Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

El consumo de metanfetaminas ha incrementado drásticamente en su consumo. El Modelo de Minnesota, ha demostrado ser más efectivo que la desintoxicación sola. Sin embargo, presenta baja adherencia, particularmente entre usuarios de anfetaminas con consumo combinado y escaso empleo. Se destaca la necesidad de estrategias terapéuticas más personalizadas y de largo plazo. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico, transversal y homodémico. En 60 pacientes con dependencia a las metanfetaminas (“cristal”) en un rango de edad de 18 a 60 años que participaron en el programa de rehabilitación en el Centro Estatal de Salud Mental con protocolo de desintoxicación. Como resultado se obtuvo que la principal vía de consumo fue inhalada en un 75%, con una edad de inicio al consumo de entre 15 a 20 años en el 57%. El cumplimiento del programa fue de 50% y solo el 68% acudieron a seguimiento posterior. Se concluye que existe la necesidad de estrategias personalizadas de intervención, especialmente considerando factores como edad temprana de inicio de consumo, falta de apoyo de pareja, y alta prevalencia en hombres jóvenes. El estudio también destaca la importancia de fortalecer las redes de apoyo familiar y el seguimiento ambulatorio para mejorar los resultados del tratamiento.

Palabras clave: psiquiatría, toxicomania, salud mental, rehabilitación médica

¹ Autor principal

Correspondencia: salana_aki@yahoo.com

Compliance with the Rehabilitation Program for Patients Dependent on "Crystal" at the State Mental Health Center

ABSTRACT

Methamphetamine use has increased dramatically. The Minnesota Model has been shown to be more effective than detoxification alone. However, adherence is low, particularly among amphetamine users with combined use and low employment. The need for more personalized and long-term therapeutic strategies is highlighted. A descriptive, retrospective, analytical, cross-sectional, and homogeneous study was conducted in 60 patients with methamphetamine ("crystal") dependence, ranging in age from 18 to 60 years, who participated in the rehabilitation program at the State Mental Health Center with a detoxification protocol. The results showed that inhalation was the primary route of use in 75% of cases, with an age at onset of use between 15 and 20 years in 57%. Program compliance was 50%, and only 68% attended follow-up. It concludes that there is a need for personalized intervention strategies, especially considering factors such as early age of onset of use, lack of partner support, and high prevalence among young men. The study also highlights the importance of strengthening family support networks and outpatient follow-up to improve treatment outcomes.

Keywords: psychiatry, drug addiction, mental health, medical rehabilitation

*Artículo recibido 15 marzo 2025
Aceptado para publicación: 15 abril 2025*



INTRODUCCIÓN

La metanfetamina es una sustancia psicoestimulante sintético con un alto potencial adictivo, que se obtiene a partir de la anfetamina, se sintetiza a partir de sustancias químicas económicas y fáciles de conseguir. Estas propiedades han favorecido un consumo excesivo y extendido a nivel global (Ares, s. f.; Richards & Laurin, 2025)

El uso de metanfetamina conlleva un alto potencial de dependencia y se relaciona con múltiples complicaciones médicas, tales como afecciones cardiovasculares y trastornos psicóticos. Asimismo, se ha observado una tasa de mortalidad superior entre los usuarios en comparación con la población general (OPS, 2024; Rodríguez-Campello et al., 2023)

En general, la metanfetamina es una droga que ha experimentado un aumento en su consumo en muchas partes del mundo en las décadas anteriores al 2021. Países como Estados Unidos y México, han visto un aumento significativo en el uso de metanfetamina, lo que ha llevado a preocupaciones sobre la adicción y los problemas de salud asociados, que repercuten a nivel individual, familiar y social. (Edinoff et al., s. f.)

De acuerdo con la United Nations On Drugs and Crime (UNODC) 2022 se estima que 34 millones de personas de edades comprendidas entre 15 a 64 años, lo que representa el 0.7% de la población global, consumió metanfetamina en el último año; en regiones de América del Norte, Oceanía y gran parte de Asia el consumo de anfetaminas y metanfetaminas ha ido en aumento. (World Drug Report 2022, s. f.)

En relación con el "informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención 2019" Durante el 2018 dentro de la población de usuarios de heroína presentaban consumos de alguna vez en la vida de marihuana (96.5%), cocaína (91.3%), ansiolíticos (83.5%), cristal (75.5%), opioides (65.2%), china white (58.55%), inhalables (54.8%) y crack (51.8%), con predominio en estados fronterizos. (CONADIC, 2019)

De acuerdo a información proporcionada por las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), las metanfetaminas representan un 7.9% como sustancias de impacto, igualmente se informa que las metanfetaminas son las únicas sustancias que presentaron cambios notables al incrementar de 4.7% a 7.9% entre los años 2014 y 2016, de acuerdo a información proporcionada por Centros de Integración Juvenil (CIJ), las principales sustancias referidas



como droga de impacto fueron la marihuana con 41.4% y las metanfetaminas como con 16.1%. (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2022)

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM 028- SSA2-2009, adicción o dependencia es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga caracterizada por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (DOF - Diario Oficial de la Federación, 2009)

Los Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA) se utilizan desde la segunda guerra mundial con la finalidad de disminuir la fatiga y el apetito; posteriormente fueron ampliamente prescritos durante las décadas de 1950 y 1960 para depresión y obesidad. A partir de 1970 la anfetamina fue reclasificada (droga tipo II), por lo que su uso se hizo más restrictivo y a su vez se incrementó la producción ilícita y aumentó el consumo a nivel nacional.

Desde el punto de vista bioquímico la metanfetamina es un psicoestimulante de clase fenilamina/anfetamina; presenta dos estereoisómeros, dextro y levo enantiómeros, siendo más potente el dextro metanfetamina, la cual se presenta en polvo o cristal conocida comúnmente como “hielo” o “cristal “. Siendo las vías de administración fumada e intravenosa las que se asocian con mayor potencial adictivo; también puede administrarse de forma oral e inhalada.

En relación con la farmacología molecular, la metanfetamina estimula la liberación y bloquea parcialmente la recaptura de catecolaminas en el Sistema Nervioso Central (SNC), interactuando con transportadores de dopamina, norepinefrina y serotonina, así como en el Transportador Vesicular de Monoamina tipo 2 (VMAT-2), este proceso da como resultado la liberación de los neurotransmisores mencionados en el espacio sináptico, generando efectos neurotóxicos (Courtney & Ray, 2014)

Los tratamientos residenciales se basan en un enfoque psicosociogenético del consumo de sustancias y representan una modalidad terapéutica que busca mucho más que la abstinencia. Estos programas promueven una transformación integral del estilo de vida de las personas con adicción, enfocándose en la prevención de recaídas, el desarrollo de valores y actitudes prosociales frente a los patrones desadaptativos previamente adquiridos (intervención educativa), la atención a las dificultades



psicológicas individuales (intervención psicológica) y la reintegración a los contextos sociales, laborales y familiares (intervención social) (Forcada Chapa & Santos Díez, 1999)

El tratamiento residencial para adicciones, también conocido como tratamiento en régimen de internado o rehabilitación residencial, es una modalidad de tratamiento que involucra a las personas con adicciones a vivir en una instalación de tratamiento a tiempo completo durante un período de tiempo determinado. Este enfoque se utiliza para abordar adicciones a sustancias como el alcohol, las drogas (incluyendo la metanfetamina), y otros comportamientos adictivos.

El Modelo de Minnesota, también conocido como el Programa de Minnesota o el Modelo de Tratamiento de 12 Pasos, es un enfoque de tratamiento para la adicción que se originó en el estado de Minnesota en Estados Unidos. Este modelo es ampliamente utilizado en todo el mundo y ha influido en muchas formas de tratamiento para la adicción. Aquí hay algunas de las características clave del Modelo de Minnesota (Avendaño & Luis, 2020; *El Modelo de Minnesota*, s. f.)

1. Basado en los 12 Pasos: El Modelo de Minnesota se basa en los principios de los 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA). Estos pasos proporcionan una guía espiritual y de recuperación, y se centran en la aceptación de la adicción, la búsqueda de ayuda superior y la toma de medidas para cambiar el comportamiento adictivo.
2. Enfoque espiritual: El modelo incorpora una dimensión espiritual y promueve la idea de que la recuperación requiere una transformación espiritual. Sin embargo, no está afiliado a ninguna religión específica y se adapta a las creencias individuales.
3. Grupo de apoyo: Se promueve la participación en grupos de apoyo, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, como parte integral del proceso de recuperación. La idea es que las personas que luchan contra la adicción pueden apoyarse mutuamente y compartir sus experiencias para mantener la sobriedad.
4. Autoayuda: El Modelo de Minnesota fomenta la responsabilidad personal y la toma de medidas para el cambio. Los individuos son alentados a asumir la responsabilidad de su recuperación.
5. Apoyo social: Se enfatiza la importancia de rodearse de personas que apoyen la sobriedad y eviten la compañía de aquellos que puedan ser desencadenantes de la adicción.
6. Trabajo en pasos y etapas: El enfoque implica trabajar a través de los 12 Pasos de recuperación en



un orden específico. Estos pasos incluyen la admisión del problema, la rendición, la búsqueda de ayuda y el perdón, entre otros.

7. Educación sobre la enfermedad: Se proporciona educación sobre la naturaleza de la adicción como una enfermedad, lo que ayuda a reducir el estigma asociado con la adicción.

8. Sponsor o padrino/madrina: Se alienta a las personas en recuperación a buscar un patrocinador, alguien con experiencia en la sobriedad, que pueda proporcionar orientación y apoyo.

9. Permanente proceso de recuperación: El Modelo de Minnesota considera la recuperación como un proceso continuo que no tiene un final. Las personas en recuperación se esfuerzan por mantener la sobriedad de por vida (Anderson, McGovern, et al., 1999)

10. Comunidad terapéutica: Algunos programas basados en el Modelo de Minnesota utilizan una estructura de comunidad terapéutica, en la que los residentes viven juntos y participan en actividades terapéuticas durante un período prolongado. (Molina & Pulgar, 2024)

Es importante señalar que el Modelo de Minnesota es un enfoque efectivo para muchas personas en recuperación, pero no es la única opción de tratamiento. Cada individuo es único, y el enfoque de tratamiento más adecuado dependerá de sus necesidades y circunstancias particulares. Además, existen muchas otras modalidades de tratamiento para la adicción, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia motivacional, el tratamiento farmacológico y más, que pueden ser apropiadas en diferentes situaciones. La elección del enfoque de tratamiento debe ser personalizada y guiada por un profesional de la salud. (Maggs, 1989)

De acuerdo con el estudio Methamphetamine Treatment Evaluation Study (MATES) realiza en Australia, el soló proceso de desintoxicación no reduce el uso de metanfetamina a largo plazo, mientras que la rehabilitación residencial reduce la frecuencia de consumo a los 3 meses de seguimiento. [odds ratio (OR) = 0.23, 95% de intervalo de confianza (IC) 0.15-0.36, $P < 0.001$], con disminución marcada al año transcurrido (OR 0.62, 95% IC 0.40-0.97, $P = 0.038$) y a los 3 años (OR = 0.71, 95% IC 0.42-1.19, $P = 0.189$), De tal forma que se concluye que el tratamiento residencial puede disminuir el consumo de metanfetamina limitado temporalmente mientras que el proceso de desintoxicación no lo hace (Gogeochea-Trejo et al., 2017; McKetin et al., 2005)

En otro estudio realizado en New South Wales, Australia en el que se examinan los tipos de tratamiento



ofrecidos a usuarios de metanfetaminas, se identificó que la mayoría de los usuarios utilizan la vía intravenosa, así mismo los dependientes de anfetaminas presentan consumo problemático concomitante de cannabis y alcohol, incrementando los riesgos de consumo y dificulta la recuperación a la adicción (Singh, 2019)

Dentro de los tratamientos ofrecidos el más común fue la consejería, seguido de desintoxicación y posteriormente rehabilitación residencial; el porcentaje de los usuarios que concluye el tratamiento fue bajo 44%, particularmente bajo en el tratamiento residencial 21%; de los usuarios del tratamiento de rehabilitación residencial 37% lo abandonó sin notificar o a pesar de la recomendación y 27% abandonó el manejo de manera voluntaria por no cumplir con los procedimientos del tratamiento; otro factor relevante es que la mayor parte de los usuarios presentaron bajos niveles de empleo 13% y la mayor parte tenía apoyos gubernamentales por desempleo (55%) o estaba pensionado (21%).

Otro aspecto por resaltar es que el cumplimiento del tratamiento en usuarios de anfetaminas fue pobre, pero no considerablemente peor que lo visto en pacientes con dependencia a otro tipo de sustancias. Sin embargo, el cumplimiento extremadamente pobre del manejo residencial solo corresponde a usuarios de anfetaminas incluso comparándolo con usuarios de otras sustancias.

Lo que implica identificar si las personas dependientes de anfetaminas requieren algún asesoramiento más particular, primordialmente el manejo residencial a largo plazo y evitar el abandono del tratamiento, identificando las causas para poder intervenir adecuadamente (López-Goñi et al., 2008)

En el Centro Estatal de Salud Mental (CESM), la Unidad de Desintoxicación y Rehabilitación de Adicciones, ofrece manejo ambulatorio, a través del servicio de consulta externa, donde se brinda atención psiquiátrica, médica, psicológica, nutricional, así como asistencia por parte del personal de enfermería y trabajo social; también existe la posibilidad de manejo residencial, en el que existen dos fases de tratamiento, la fase I es de Desintoxicación, la cual consiste en paliar los síntomas de abstinencia y/o apetencia a través de apoyo farmacológico aplicado en soluciones intravenosas. Durante esta fase se realiza un proceso de diagnóstico y evaluación inicial en el que se identifica la severidad de la patología adictiva y los factores relacionados con la dependencia. Durante esta fase el usuario no se integra a las actividades de la siguiente etapa, sino que se mantiene en su habitación donde transcurre la duración del manejo, lo que puede ser de 7 a 10 días. Una vez superada la primera etapa, el paciente se incorpora a



las actividades de la Fase II o tratamiento primario, donde se integra al grupo de pares a diversas actividades psicoeducativas, terapia de índole individual y grupal, todo esto enmarcado en el modelo Minnesota (Anderson et al., 1999)

Debido a la alta morbimortalidad asociada a la dependencia al cristal, es de suma importancia estudiar el tratamiento óptimo. La rehabilitación ayuda a los pacientes con dependencia a ganar independencia y mejorar su calidad de vida. Hay estudios que demuestran que los programas de rehabilitación, tanto ambulatorios como de estancia prolongada, ayudan a los pacientes con dependencia a las metanfetaminas a disminuir su uso a corto y largo plazo. En el estado de Puebla, contamos con un programa de rehabilitación para pacientes dependientes de cristal. Sin embargo, no sabemos la tasa de cumplimiento del programa. Esto es importante, ya que sabemos que hay factores (ej. más semanas de rehabilitación) que se asocian a mejores resultados y menos recaídas. Por lo que conocer a nuestra población, nos permitirá realizar intervenciones posteriormente.

El valor de este estudio se enfoca en ser un aporte metodológico para la institución, desde el punto de vista teórico como un antecedente para futuras investigaciones, generando nuevos estudios relacionados con la acción gubernamental para disminuir los factores de riesgo y construir factores de protección, para atender la salud emocional y mental de la población, brindar orientación, atención o rehabilitación a personas usuarias de sustancias psicotrópicas

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, ambispectivo, analítico, transversal y homodémico en pacientes con protocolo de desintoxicación y rehabilitación de estancia residencial en el Centro Estatal de Salud Mental. Quienes participaron lo hicieron de forma libre y voluntaria, previa firma de carta de consentimiento informado. Se excluyeron aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Los criterios de selección incluyeron expedientes de pacientes dependientes al consumo de cristal que se encontraron en protocolo de desintoxicación y Rehabilitación en Centro Estatal de Salud Mental en Puebla, pacientes mayores de 18 años de cualquier edad, dependientes a estimulantes de tipo anfetamínico según los criterios del DSM-V

Respecto a la estrategia de muestreo, se obtuvo por conveniencia del investigador, tomándose en cuenta los expedientes que cumplieron con los criterios de selección e información completa.



Se realizó la recolección de datos a través de la revisión del expediente clínico de los pacientes que ingresaron al protocolo de internamiento por dependencia de metanfetaminas” cristal”, en el Centro Estatal de Salud Mental a través del llenado de un instrumento de medición de 14 preguntas, para obtener los datos referentes a dicho estudio.

El análisis de datos se realizó a través del software estadístico SPSS® versión 25. Se describió la distribución de las variables con la prueba de normalidad de Shapiro-wilk, para las variables de distribución libre se usó mediana y rangos, para las variables de distribución normal se empleó media y desviación estándar. Se empleó estadística descriptiva por tanto las variables categóricas se describen con frecuencias y porcentajes. También dicotomizó la muestra de acuerdo con el cumplimiento e incumplimiento del programa de rehabilitación.

RESULTADOS

El presente estudio contempló una muestra de 60 expedientes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para esta investigación. Los cuales el 41.7% (25) representaba el mayor porcentaje de edad correspondiente a pacientes entre 18 a 23 años. De la muestra total el 92% (55) correspondía a participantes del sexo masculino y 8 % al femenino. En cuanto, al estado civil de los participantes, el 77% son solteros y 18% se encuentran en unión libre.

Conforme a los datos obtenidos el 50% de la población de estudio cuenta con un nivel de estudios en secundaria, mientras que un menor porcentaje 3.3% con licenciatura, mientras que la ocupación destaca el 55% como empleados y el 65% cuentan con una situación económica en equilibrio como se muestra en la tabla 1.



Tabla1: Frecuencias y porcentajes del perfil socioeconómico de los participantes.

		Total	Porcentaje
Nivel académico	Primaria	7	11.7%
	Secundaria	30	50%
	Bachillerato	21	35%
	Licenciatura	2	3.3%
	Otro	0	0%
Ocupación Actual	Estudiante	1	1.6%
	Empleado	33	55%
	Desempleado	26	43.4%
	En busca de empleo	0	0%
	Pensionado	0	0%
	Otro	0	0%
Situación Económica	Indígena	0	0%
	Déficit	5	8.5%
	Equilibrio	39	65 %
	Solvente	2	3.5%
	Excedente	0	0%
Total		60	100 %

Fuente: Base de datos.

El número de internamientos de primera vez al Centro Estatal de Salud Mental fue de 95% (55) y el 8% (5) como reingreso. La vía de administración del consumo de cristal más común es Fumada con un 75% (45), y el consumo fue semanal en una 41.7% (25), además la edad de inicio de consumo fue entre los 15 a 20 años en el 57% (34), destacando que el tiempo de dependencia mas alto es de 0 a 5 años en el 68% (41) como se muestra en la tabla 2.



Tabla 2: Historial de consumo de Cristal de la población muestra.

		Total	Porcentaje
Vía de administración	Fumada	45	75%
	Inhalada	11	18.3%
	Inyectada	1	1.7%
	Ingerida	2	3.3%
	Rectal	1	1.7%
Consumo Actual	Diario	23	38%
	Semanal	25	41.7%
	Mensual	10	17%
	Anual	2	3.3%
Edad de inicio de consumo	15-20 años	34	57%
	21-25 años	12	20%
	26-30 años	5	8%
	31-35 años	5	8%
	36-40 años	3	5%
	41- 45 años	1	2%
Tiempo de dependencia al Cristal	0-5 años	41	68.5%
	6-10 años	14	23.5%
	11- 15 años	4	6.3%
	16-20 años	1	1.7%
Total		60	100

Fuente: Base de datos.

La mayoría de los usuarios cuentan con redes de apoyo, siendo la principal los padres 78.3% (47). El cumplimiento del tratamiento se distribuyó equitativamente, con un 50% de los casos que lo completaron satisfactoriamente y un 50% que no lo concluyeron, siendo la razón principal para



incumplimiento del programa la solicitud de alta por familiar o tutor legal, por otra parte, el 68% (41) continuo con seguimiento como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3: Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en la muestra estudiada.

		Total	Porcentaje
Redes de apoyo	Padres	47	78.3%
	Esposa	6	10%
	Solo	1	1.7%
	Otro	6	10%
Cumplió con el tratamiento	Si	30	50%
	No	30	50%
Razón por la que incumplió con el programa	Se traslado a otra institución	1	3.4%
	A solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor solicita alta	16	53%
	Abandono del servicio sin autorización	2	6.8%
	Expulsión	11	36.8%
	Defunción	0	00%
Seguimiento	Si	41	68%
	No	19	32%
Abstinencia inicial a 3 meses de los que cumplieron el programa (n=41)	Si	20	48%
	No	21	52%
Total		60	100%

Fuente: Base de datos.

De acuerdo con los datos obtenidos el motivo del incumplimiento para llevar a cabo el protocolo de rehabilitación, tal y como se muestra en los resultados el 53 % solicitan alta voluntaria con autorización de los familiares, el 36.8 % por faltas al reglamento interno seguido de la fuga o abandono del servicio, el resto se muestra con detalle en la tabla.

A si mismo de acuerdo con los datos obtenidos de la población estudiada durante el periodo comprendido de Enero 2022 a Noviembre 2023 se identificó que el 68 % de los usuarios del servicio de rehabilitación dio seguimiento a su padecimiento y el 32 % no lo tuvo. Y por último cabe destacar que del 68% (41 sujetos) que tuvieron un seguimiento acorde al programa solo 48 % de estos es decir 20 sujetos llego a manetenerse a tres meses en abstinencia del consumo.



DISCUSIÓN

En primera instancia es importante mencionar que la población usuaria del servicio de desintoxicación y rehabilitación del Centro Estatal de Salud Mental es predominantemente joven, el rango de 18 a 23 años representa el 41.7 %, si sumamos el siguiente grupo etareo de mayor predominio, 24-29 años, con 26.7 % nos da una suma de 68.4%, una suma nada despreciable, sobre todo contemplando que en este periodo de edad se asocia con una alta productividad, ya sea académica o laboral. Este dato contrasta con lo identificado por (Shearer et al., 2020) donde la edad promedio que busca atención hospitalaria es de 37.5 años contemplando ambos sexos. Por otro lado, el pico de prevalencia se presentó entre los 20 y 35 años. (Degenhardt et al., 2014)

Con respecto al género, en nuestra muestra la inmensa mayoría corresponde al masculino, con un 92%, este dato igualmente contrasta con lo referido por. Winkelman (Winkelman et al., 2018) en donde la población femenina corresponde al 41.9%. En William (Haning & Goebert, 2007; Winkelman et al., 2018), reportan 38 % por ciento de población femenina. Esta discrepancia puede explicarse debido a que el Centro Estatal de Salud Mental atiende a población de ambos sexos desde hace pocos meses, atendiendo previamente población exclusivamente masculina.

Referente al estado civil, el rubro “soltero” abarca la mayor parte de la muestra, con 77%, sumado al 3% correspondiente a la categoría de “divorciado” obtenemos que 80% de los usuarios no tiene el respaldo de una pareja. En este sentido, los datos obtenidos en (Haning & Goebert, 2007) el 75% de la muestra se encuentra igualmente sin apoyo de pareja. El 26.4% de los usuarios cuentan con respaldo de pareja. (Sommers et al., 2006)

Con relación al nivel de estudios el 50% cuenta con secundaria y 35% con bachillerato, juntos sumas 85%, en este sentido encontramos una cifra muy similar 83% descrito en el estudio (Sommers et al., 2006)

Tocante a la ocupación, en nuestra investigación encontramos que 55% de la muestra tiene empleo y 43.4% se encuentra desempleado. Encontramos que 83% de la muestra cuenta con empleo (Sommers et al., 2006). Estos datos contrastan con lo proporcionado por (McKetin et al., 2005) bajos niveles de empleo, 13%.



Sobre la situación económica, en el estudio realizado identificamos que 65% se reportó con equilibrio, mientras que el 18.3% declara excedente, juntando ambos resultados obtenemos 83.3%, en este sentido, en (McKetin et al., 2005). identifican que un bajo ingreso está relacionado con peor pronóstico de abstinencia.

De acuerdo con el número de internamientos, el 92% de la población corresponde a usuarios de primera vez; sin embargo, este dato puede no ser tan confiable, ya que no se logró recabar información sobre posibles ingresos en otros centros de tratamiento. Esta información contrasta con lo reportado en (Hillhouse et al., 2007) donde 52 % tuvo un tratamiento previo

Acerca de la vía de administración, en nuestra población 75% de la muestra consumo la metanfetamina fumada, seguida de esta la ruta de administración inhalada con 18.3%, sumado nos da un total de 93.3%, mientras que la vía intravenosa sólo corresponde al 1.7%. Estos datos contrastan con algunos datos de la bibliografía, por ejemplo, lo reportado por (Brouwer et al., 2006) en donde la vía inhalada e inyectada suman el 77%, por otro lado, en (McKetin et al., 2005) reportan que 84% utilizan la vía intravenosa. Esto puede explicarse debido a que el consumo intravenoso de metanfetamina se da principalmente en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), dicha población acude a una instancia distinta a la contemplada en nuestro estudio.

Hablando de la frecuencia de consumo, obtuvimos 41.7% para el consumo semanal y 38% para el consumo para el uso diario, sumados nos da 79.7%, vale la pena mencionar que el documento de donde se recabó la información no contemplaba dentro de sus rubros el consumo quincenal. En R. McKetin et al. reportan 16 días de consumo en el mes previo al estudio de (Hillhouse et al., 2007) reportan una media de consumo en el mes previo de 11.8 +/- 9.6.

Con respecto a la edad de inicio de consumo, en nuestro estudio el período de 15-20 años corresponde al 57%, y el de 21-25 años 20%, lo que suma el 77%. En (Brecht & Herbeck, 2014) reportan que el 30% inició el consumo de metanfetamina a una edad menor a 16 años.

Hablando del tiempo de dependencia, el rango de 0 a 5 años corresponde al 68.5% y el margen de 6 a 10 años 23.5%, sumado nos da un total de 92%. Se reporta un promedio de 7.65 años con una desviación estándar de +/- 6 años y contemplan un rango de 1 a 32 años (Hillhouse et al., 2007)



Tocante al cumplimiento del tratamiento, nuestros resultados arrojan 50% de cumplimiento. (McKetin et al., 2005) reporta que el cumplimiento del manejo residencial fue bajo, de sólo 21%.

De los usuarios que no cumplieron el tratamiento en contención 53% egresa a petición de la persona responsable y 36.8% fue expulsado, 6.8% abandonó el servicio y 3.4 % fue trasladado (McKetin et al., 2005) menciona que el 37% abandonó el tratamiento sin ningún tipo de aviso, mientras que el 27% fue expulsado.

Con relación al seguimiento, en nuestra población 68.3% lo llevó a cabo, esto independientemente de haber concluido o no el manejo residencial, Mientras que en (McKetin et al., 2005) reporta que 80% dio seguimiento a 3 meses, 74% a un año y 66% a tres años, mencionan también que 88% acudió a seguimiento al menos en una ocasión.

En referencia a la abstinencia posterior al manejo residencial en los datos obtenidos en nuestra investigación 48.7% niega consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, sin contemplar el tiempo de seguimiento, mientras que más del 30% del total de la muestra logra una abstinencia inicial. Mientras que en (Brecht & Herbeck, 2014) mencionan, 23% mantiene abstinencia en un período de 22-90 meses, 13% mantiene abstinencia continua por 5 años. Menciona que el mayor porcentaje de recaída se dió en el primer año, contemplando 61%. Por otro lado, (McKetin et al., 2005), reporta que el 23% logró abstinencia durante un año.

CONCLUSIONES

En primera instancia es importante mencionar que la población usuaria del servicio de desintoxicación y rehabilitación del Centro Estatal de Salud Mental es predominantemente joven, el rango de 18 a 23 años representa el 41.7 %, si contemplamos el parámetro subsecuente, 24-29 años, con 26.7 % nos da una suma de 68.4%, una suma nada despreciable, que como ya se mencionó este grupo etéreo es que mayormente se asocia con una alta productividad, ya sea académica o laboral. En relación con el género, la población atendida es predominantemente del sexo masculino con un 92%. Con respecto al estado civil, el 77% se encuentra soltero. Comentado el nivel educativo, el 50% de las personas cuenta con secundaria y el 35% con bachillerato. Tomando en cuenta la ocupación actual, 55% de los pacientes tiene empleo y 43.4% está desempleado. La medición de la situación económica resultó en % de los



usuarios con equilibrio económico, mientras que el siguiente lugar lo ocupa la situación definida como excedente.

La mayor parte de los usuarios fueron de primera vez (92%). La vía de administración principal fue fumada (75%), ocupando el segundo puesto la inhalada. El consumo semanal es la frecuencia más común (41.7%), seguido del consumo diario (38%). Identificamos también que la mayor parte de los pacientes comienza el uso de metanfetamina a una temprana edad, el rango comprendido entre 15 y 20 años representa más de la mitad de los usuarios, con 57%, el siguiente rango de edad, de 21 a 25 años representa el 20%. Al iniciarse el consumo a temprana edad, implica mayor posibilidad de presentar algún tipo de daño neurológico permanente o potencialmente disfuncional.

Hablando del tiempo de dependencia, la mayor parte cae en el rango de 0-5 años (68.3%), mientras que el intervalo de 6 a 10 años equivale al 23.5%. Esto puede relacionarse con un rápido deterioro de los consumidores.

La principal red de apoyo de los usuarios son los padres, con 78.3%, seguida de la pareja con 10%.

En nuestra población la mitad cumplió el tiempo de estancia estipulado. De los usuarios que no cumplieron el tratamiento, 53% egresa a solicitud expresa del responsable y 36.8% es expulsado. Llamamos la atención estos datos debido a que la familia o tutor responsable del paciente ingresado al centro de rehabilitación, debe tomar conciencia de la importancia del cumplimiento al programa debido a que esto puede favorecer en gran medida el riesgo de recaída al consumo o la necesidad de internamientos continuados, se requiere de igual manera un acompañamiento a las familias sobre aspectos psicoeducativos del consumo de sustancias, lo cual abonaría a reforzar el cumplimiento no solo a la estancia hospitalaria durante los treinta y cinco días sino además la continuidad de la atención multidisciplinaria de seguimiento en la consulta externa que incluye al menos tres consultas de seguimiento (mensual) y el logro de la abstinencia inicial durante este mismo periodo de tiempo.

También se determinó el número de personas que dieron seguimiento a través de consulta externa, independientemente de que hayan concluido o no el programa de rehabilitación, se obtuvo, un 68.3% que dio continuidad a su padecimiento a través de consulta externa.

Asimismo, identificamos el porcentaje de los usuarios que logró abstinencia (independientemente del tiempo sin consumo), el cual fue de 63.3%. Finalmente



determinamos el número de usuarios que logra abstinencia inicial, que equivalen a más del 30 %, sin embargo, posteriormente los pacientes abandonan el seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, D. J., McGovern, J. P., & DuPont, R. L. (1999). The origins of the Minnesota model of addiction treatment—A first person account. *Journal of Addictive Diseases*, *18*(1), 107-114. https://doi.org/10.1300/J069v18n01_10
- Anderson, D. J., McGovern, John P., & and Dupont, R. L. (1999). The Origins of the Minnesota Model of Addiction Treatment—A First Person Account. *Journal of Addictive Diseases*, *18*(1), 107-114. https://doi.org/10.1300/J069v18n01_10
- Ares, S. (s. f.). *Metanfetamina: Una visión general* | *Temas de ScienceDirect*. Recuperado 29 de abril de 2025, de <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/methamphetamine>
- Avendaño, A. M. A., & Luis, A. H. G. S. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: La perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Salud Colectiva*, *16*, e2523. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2523>
- Brecht, M.-L., & Herbeck, D. (2014). Time to relapse following treatment for methamphetamine use: A long-term perspective on patterns and predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, *139*, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.702>
- Brouwer, K. C., Case, P., Ramos, R., Magis-Rodríguez, C., Bucardo, J., Patterson, T. L., & Strathdee, S. A. (2006). Trends in Production, Trafficking, and Consumption of Methamphetamine and Cocaine in Mexico. *Substance Use & Misuse*. <https://doi.org/10.1080/10826080500411478>
- Degenhardt, L., Baxter, A. J., Lee, Y. Y., Hall, W., Sara, G. E., Johns, N., Flaxman, A., Whiteford, H. A., & Vos, T. (2014). The global epidemiology and burden of psychostimulant dependence: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Drug and Alcohol Dependence*, *137*, 36-47. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.025>
- Edinoff, A. N., Kaufman, S. E., Green, K. M., Provenzano, D. A., Lawson, J., Cornett, E. M., Murnane, K. S., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (s. f.). Methamphetamine Use: A Narrative Review of Adverse Effects and Related Toxicities. *Health Psychology Research*, *10*(3), 38161. <https://doi.org/10.52965/001c.38161>



- El Modelo de Minnesota: ¿Qué es? - The Diamond Rehab Tailandia.* (s. f.). Recuperado 29 de abril de 2025, de <https://diamondrehabthailand.com/what-is-minnesota-model/>
- Forcada Chapa, R., & Santos Díez, F. J. (1999). Alternativas en tratamientos en régimen residencial: Tratamiento del alcoholismo y comunidades para jóvenes. *Trastornos Adictivos*, 1(3), 259-265. <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-alternativas-tratamientos-regimen-residencial-tratamiento-alcoholismo-comunidades-13010703>
- Gogeochea-Trejo, M. del C., Pavón-León, P., Blázquez-Morales, M. S. L., & Solís, A. S. (2017). Evaluación de resultados del tratamiento de adicciones en usuarios de una comunidad terapéutica. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(2), 27-40. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70716>
- Haning, W., & Goebert, D. (2007). Electrocardiographic abnormalities in methamphetamine abusers. *Addiction (Abingdon, England)*, 102 Suppl 1, 70-75. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01776.x>
- Hillhouse, M. P., Marinelli-Casey, P., Gonzales, R., Ang, A., Rawson, R. A., & Authors, the M. T. P. C. (2007). Predicting in-treatment performance and post-treatment outcomes in methamphetamine users. *Addiction*, 102(s1), 84-95. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01768.x>
- López-Goñi, J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landaluce, N., & Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 104-111. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)74552-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)74552-5)
- Maggs, R. (1989). The Minnesota Model. *British Journal of Addiction*, 84(11), 1367-1368. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00739.x>
- McKetin, R., Kelly, E., & Indig, D. (2005). Characteristics of treatment provided for amphetamine use in New South Wales, Australia. *Drug and Alcohol Review*, 24(5), 433-436. <https://doi.org/10.1080/09595230500290858>
- Molina, A. L., & Pulgar, M. M. G. del. (2024). Educación superior: Formación en Adicciones. *Revista Española de Educación Médica*, 5(3), Article 3. <https://doi.org/10.6018/edumed.619311>
- OPS. (2024). *Uso de sustancias*. <https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias>



- Richards, J. R., & Laurin, E. G. (2025). Methamphetamine Toxicity. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430895/>
- Rodríguez-Campello, A., Figueras-Aguirre, G., Puchades, V., Ois-Santiago, Á., Cuadrado-Godia, E., Giralt-Steinhauer, E., Jiménez-Conde, J., Bertran-Recasens, B., Fernández-Pérez, I., Soriano-Tárraga, C., Mateus, J. A., & Roquer, J. (2023). Perfil clínico y abuso de metanfetamina no recreativa (shabú) entre los pacientes con ictus en la población filipina. *Revista de Neurología*, 77(12), 293-298. <https://doi.org/10.33588/rn.7712.2023238>
- Shearer, R. D., Howell, B. A., Bart, G., & Winkelman, T. N. A. (2020). Substance use patterns and health profiles among US adults who use opioids, methamphetamine, or both, 2015-2018. *Drug and Alcohol Dependence*, 214, 108162. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108162>
- Singh, A. K. (2019). Alcohol Interaction with Cocaine, Methamphetamine, Opioids, Nicotine, Cannabis, and γ -Hydroxybutyric Acid. *Biomedicines*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.3390/biomedicines7010016>
- Sommers, I., Baskin, D., & Baskin-Sommers, A. (2006). Methamphetamine use among young adults: Health and social consequences. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1469-1476. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.10.004>
- Winkelman, T. N. A., Admon, L. K., Jennings, L., Shippee, N. D., Richardson, C. R., & Bart, G. (2018). Evaluation of Amphetamine-Related Hospitalizations and Associated Clinical Outcomes and Costs in the United States. *JAMA Network Open*, 1(6), e183758. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.3758>

