
ESTUDIO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE METANFETAMINAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN LA *UNIDAD DE PROYECTOS CLÍNICOS* DE TIJUANA

*Valeriano Raúl García Aurrecochea
Tomás Mejía Cobarrubias
David Bruno Díaz Negrete
Mario Carlos Balanzario Lorenzana*

*Centros de Integración Juvenil
Dirección de Prevención
Subdirección de Investigación
México, 1999*

DIRECTORIO

PATRONATO NACIONAL

PRESIDENTE

Lic. José Gómez Gordo

VICEPRESIDENTE

Lic. Ernesto Enríquez Rubio

PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE VIGILANCIA

Sra. *Kena* Moreno

DIRECCIÓN GENERAL

Lic. Jesús Cabrera Solís

DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN

Psic. Raúl Zapata Aguilar

APOYO

Lic. en T.S. Alma Delia Gutiérrez López

Soc. Isaías Castillo Franco

Psic. Margarita Salas Aranda

Miembros del Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica

Citación: García Aurrecoechea, V. R., Mejía Cobarrubias, T. Estudio clínico y epidemiológico del consumo de metanfetamina entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en la *Unidad de Tratamiento y Consulta Externa* de Tijuana. **Informe de investigación 99-03**, Centros de Integración Juvenil, AC, Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación, México, 1999.

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CONSUMO DE METANFETAMINA ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO	5
ANTECEDENTES	6
ACCIÓN FARMACOLÓGICA DE LA METANFETAMINA	6
EFECTOS CLÍNICOS DEL USO DE METANFETAMINA	7
METODOLOGÍA	8
PRINCIPALES HALLAZGOS	9
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	9
CONSUMO DE DROGAS	10
VARIABLES CLÍNICAS	11
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXO 1	16
ANEXO 2	31

Resumen

A mediados de los años 90 se empezaron a observar altas tasas de consumo de metanfetamina (*crystal*) en las ciudades de la frontera noroccidental de México, tanto en población de pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil (CIJ), como entre población penitenciaria, al tiempo que se han identificado indicios de diseminación de su uso en otros puntos de la República, por lo cual, se consideró oportuno obtener información actualizada de las características que presentan los usuarios de metanfetamina que han demandado atención curativo-rehabilitatoria en CIJ, a fin de generar información que retroalimente y permita ajustar el diseño y aplicación de los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en nuestro país ante este nuevo problema. Entre las características clínicas del uso prolongado de metanfetamina se encuentran depresión, ansiedad, episodios caracterizados por ideación suicida y sintomatologías características de trastornos psicóticos (*flash-back* con alucinaciones visuales o auditivas y ataques de pánico) y en algunos casos se presentan intentos de suicidio.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge del interés por comprender más ampliamente el consumo de metanfetaminas, pues además de que éstas alcanzan altas tasas de consumo en ciudades de la frontera noroccidental del país —documentadas tanto entre pacientes atendidos en CIJ (13), como entre reclusos (23)—, existen claros indicios del crecimiento de su prevalencia en distintos puntos de la República. Por lo anterior se ha considerado oportuno contar con datos actuales acerca de las características sociodemográficas, de consumo y clínicas de usuarios de metanfetaminas asistentes a tratamiento en la Unidad de Tratamiento en Consulta Externa de CIJ en Tijuana, que puedan servir como sustento para el diseño y aplicación de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuados a las características de este problema emergente en el contexto del uso de sustancias en nuestro país.

CONSUMO DE METANFETAMINAS ENTRE PACIENTES DE PRIMER INGRESO A TRATAMIENTO EN CIJ

El registro sistemático del consumo de metanfetaminas entre la población atendida en CIJ se lleva a cabo desde 1994, aunque se tiene conocimiento de su utilización desde la segunda mitad de la década de los 80. El consumo de estas sustancias se concentra principalmente en la región Noroccidental, donde se ha detectado la existencia de un verdadero “brote epidémico” (principalmente del uso de metanfetaminas en su forma fumable o cristal; 9 y 23), concentrado, en particular, en la ciudad de Tijuana, B.C., donde se captó el 84% de los usuarios de estas sustancias solicitantes de tratamiento en el periodo 1994-1995 (7).

En efecto, si bien la prevalencia del uso de metanfetaminas alguna vez en la vida entre la población atendida en CIJ en el nivel nacional es aún reducida (3.7% en el lapso 1994-1997), entre la población atendida en las unidades localizadas en la región Noroccidental (estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) alcanza una prevalencia del 30.3% en el mismo lapso, mientras que entre los usuarios de drogas captados en las unidades de la ciudad de Tijuana alcanza un 54.1%.

Resulta conveniente indicar además que la población atendida en los CIJ de la región Noroccidental se ha caracterizado por mantener elevadas tasas de consumo en cinco de las seis sustancias objeto de seguimiento en CIJ. Si se comparan los promedios de consumo regional y nacional a lo largo del presente decenio (1990-1997), se aprecia que las tasas de uso de heroína o cocaína alguna vez en la vida registradas en la Región Noroccidental (26.5 y 53.6%, respectivamente) son 22 puntos mayores que la media nacional, la de depresores con utilidad médica (DUM, 35.5%), 11 puntos mayor, y la de marihuana (80.1%) nueve puntos mayor. Adicionalmente se ha detectado una tendencia creciente en el uso de cocaína (B=4.3),¹ heroína (B=2.5), DUM (B=2.1) y marihuana (B=1.5), así como un incremento de más de quince puntos porcentuales en el uso de metanfetaminas entre 1994 y 1997 (13).

Esta información refleja no sólo un serio panorama del uso de drogas entre la población atendida en los CIJ de esta región, sino también una notoria complejización del problema en el transcurso de la década (13). Por otra parte se cuenta con indicios de una posible expansión del consumo de metanfetaminas a otras localidades, siguiendo un patrón similar al de la expansión del uso de cocaína entre 1990 y 1995, si bien en proporciones considerablemente menores (11; cfr. también Anexo 2).

¹ El estadístico B es producto de un análisis estadístico de *regresión lineal simple* e indica, para este caso, el promedio de incremento anual en puntos porcentuales de una recta teórica que ‘promedia’ la tendencia de crecimiento.

Ciertamente, la emergencia y crecimiento del uso de metanfetaminas en la ciudad de Tijuana deben asociarse, en primera instancia, a su cercanía con la ciudad de San Diego, en la llamada “Costa Oeste” de la Unión Americana, donde se han registrado altas tasas de consumo de estas sustancias. Sin embargo, cabe añadir que las características y dinámica propias del contexto sociodemográfico pueden intervenir agravando las implicaciones y consecuencias del uso de sustancias en general, y probablemente contribuyan, en particular, a la expansión del uso de metanfetaminas en el resto del país.

La ciudad de Tijuana es una urbe de tamaño “medio” con una alta tasa de crecimiento demográfico² atribuible, entre otros factores, a una elevada proporción de población inmigrante y de población “flotante” proveniente de diversos estados de la República, atraída por la posibilidad de internarse en una de las regiones con más intensa actividad económica de los Estados Unidos. No obstante, no debe omitirse que la propia ciudad de Tijuana constituye un importante polo de desarrollo, ofreciendo oportunidades de empleo en una creciente industria manufacturera y de servicios (Tijuana concentra una cuarta parte de la industria maquiladora instalada en el país), además de contar con un intenso intercambio comercial formal e informal con los Estados Unidos, estimulado por el TLC y facilitado por el régimen aduanal de “zona libre” (17 y 18).

El incremento de la población conlleva una fuerte presión sobre la oferta y dotación de servicios, lo que ocasiona una creciente demanda no satisfecha de vivienda, servicios de salud, agua, urbanización, educación, empleo, etc., lo cual repercute desfavorablemente en las condiciones sociales de vida y en el bienestar psicosocial de la población (6 y 28).

ANTECEDENTES

De acuerdo con la información disponible, la metanfetamina fumable (*crystal*) se introdujo en los EEUU por primera vez a inicios de los años 80, adquiriendo gran popularidad en Hawaii, el sur de California y la costa del Pacífico, de donde paulatinamente se propagó hacia otras ciudades del Centro y Este del país. En años más recientes, el consumo de metanfetaminas se ha restringido fundamentalmente a la ciudad de San Diego, Cal., en donde se reportó como la droga de abuso de mayor prevalencia en 1989, implicando al 60% de los usuarios que presentaron problemas legales asociados al uso de sustancias ilícitas y al 40% de las admisiones del sector salud por consumo de drogas de curso ilegal (3, 21 y 23).

En una unidad de tratamiento del consumo de drogas para pacientes adolescentes de la ciudad de San Diego, las metanfetaminas fueron referidas como la droga de preferencia de cerca del 80% de los pacientes recientemente admitidos. Las razones argüidas para esta elección incluyen su accesibilidad, bajo costo y la más larga duración de su acción comparada con la cocaína (16). Por otra parte, un estudio realizado recientemente reporta que se observa una alta asociación entre criminalidad y uso de metanfetaminas en personas de nuevo ingreso a la Penitenciaría del Estado de Baja California, en Tijuana (23).

ACCIÓN FARMACOLÓGICA DE LA METANFETAMINA

Las metanfetaminas pertenecen, junto con la dextroanfetamina, el sulfato de anfetamina y otros derivados, al grupo de las anfetaminas, las cuales se han utilizado en el tratamiento de trastornos tales como el desorden de déficit de atención con hiperactividad, la narcolepsia, el mal de Parkinson y la obesidad exógena, si bien su administración ha supuesto la advertencia con respecto a los riesgos de tolerancia y dependencia (1 y 3).

Al igual que otros psicotrópicos de acción similar, tales como la cocaína y las metilxantinas, los compuestos anfetamínicos activan el Sistema Nervioso Simpático (de ahí su nombre de *simpaticomiméticos*), produciendo un estado aumentado de alerta, incremento de la concentración mental y de la actividad motora, inhibición del sueño y del hambre, disminución de la fatiga y

² En 1990 contaba con 747,255 habitantes (45% de la población estatal), en tanto que, en 1994, el número de habitantes aumentó a 910,525 (58% de la población estatal), con una tasa media de crecimiento anual de 5.0.

elevación del estado de ánimo o euforia (5 y 31). Su acción farmacológica se produce debido a una hiperestimulación de las neuronas receptoras dopaminérgicas (3).

Por su parte, la metanfetamina constituye un polvo blanco que por lo común se suele administrar por vía intranasal, aunque puede ser también ingerido e incluso, en raras ocasiones, administrarse por vía intravenosa. El hidrocloreto de D-metanfetamina (*crystal* o *ice*) es la metanfetamina en forma de base libre (como el *crack* es la forma de base libre de la cocaína) y usualmente se consume fumado. Su creciente popularidad puede atribuirse a su rápida absorción, la cual produce efectos clínicos inmediatos, comparables a los producidos por la administración de sustancias por vía intravenosa. De este modo, los usuarios reportan los efectos más intensos en aproximadamente 30 minutos (3 y 21).

El *crystal*, también conocido como *met*, puede ser sintetizado por medios químicos de bajo costo y relativamente accesibles, de manera que con relativa facilidad se pueden montar laboratorios clandestinos para la elaboración de la droga, utilizando el método de *reducción de efedrina* (7 y 31).

La dosis usual de metanfetamina (*crystal*) en un lapso de 24 horas se ha estimado en 125 mg. y la dosis máxima en 500 mg. (23). Otras fuentes, sin embargo, refieren una menor dosis promedio, de un décimo de gramo, con efectos que pueden durar hasta 15 horas. No obstante, se indica que la posibilidad de disposición biológica de la sustancia fumada es por lo menos 50% menor con respecto a la forma intravenosa, debido a que una parte de la droga se adhiere al medio utilizado para fumar y en la mucosa del tracto respiratorio. En estudios con animales se encontró que los efectos del *crystal* pueden durar diez veces más que los de la cocaína (3).

A pesar de que los efectos conductuales y psicológicos de las metanfetaminas resultan similares a los de la cocaína, su acción sobre el tejido nervioso es distinta. Las metanfetaminas incrementan la transmisión monoaminérgica, estimulando la liberación de monoaminas de las vesículas sinápticas de la terminal del axón nervioso.³

La acción farmacológica de la metanfetamina se produce a partir de que, al introducirse en el citoplasma de la terminal nerviosa y en las vesículas sinápticas, provoca la liberación de neurotransmisores tales como la dopamina y la norepinefrina, y su depositación en la fisura sináptica, impidiendo su recaptura. Esta acción incrementa la neurotransmisión, produciendo una sobreestimulación de la membrana postsináptica. Como consecuencia de este mecanismo, el alta concentración de dopamina en el citoplasma produce un efecto de autooxidación que resulta en la generación de diversos compuestos químicos altamente tóxicos y reactivos. De esta manera, el efecto tóxico de la metanfetamina debe atribuirse, en primera instancia, al incremento en la concentración de dopamina (35).

El uso regular de metanfetaminas induce tolerancia en algunos de sus efectos, lo cual significa que es necesaria la administración de mayores cantidades de la droga para alcanzar los efectos esperados. Sin embargo, la tolerancia no se desarrolla en la misma proporción para todos sus efectos, aunque puede verse incrementada la sensibilidad para algunos de éstos (1).

EFFECTOS CLÍNICOS DEL USO DE METANFETAMINA

Debido a su peculiar acción sobre el SNC, las metanfetaminas producen un estado de euforia y alerta, reduciendo la necesidad de estimulación externa, por lo que su uso indiscriminado es particularmente frecuente entre personas con dificultades para relacionarse socialmente o para introyectar nuevas experiencias, o bien, entre aquéllos que buscan incrementar su desempeño en algún área de la vida de relación.

³ Las vesículas sinápticas constituyen reservorios globulares en los que se almacenan los neurotransmisores y que contienen diversos "transportadores", es decir, canales o cadenas proteicas que permiten recapturar los neurotransmisores liberados por la acción de una señal nerviosa o por la administración de alguna droga.

Entre los efectos de su consumo se cuentan síntomas tales como irritabilidad, ansiedad, ideación paranoide y depresión; así como insomnio, pérdida de apetito y de peso, náuseas, vómitos y diarreas, hipertermia, cefaleas e incremento de la presión arterial. Su administración intravenosa puede desembocar en estados de inconsciencia o de inhibición de respuestas, mientras que la ingesta de dosis tóxicas genera síntomas de agitación, ansiedad, alucinaciones y *delirium*, pudiendo derivar —en el caso de sobredosis— en un estado de coma irreversible o muerte. Existe además evidencia de que en elevadas dosis inducen daños irreversibles en el SNC u otros daños orgánicos.

La *hiperpirexia* —también llamada “golpe de calor”— constituye una de las más serias complicaciones del uso de metanfetaminas. El incremento súbito de la temperatura corporal es producido por las propiedades vasoconstrictoras de la droga, así como por la estimulación del metabolismo hepático de grasas y glucosas y por la agitación y rigidez muscular producida por la sobredosis. Secundariamente, puede presentarse destrucción del tejido muscular por efecto de la excreción de mioglobina en la orina (14), así como trastornos coreicos y, en algunos casos, diskinesias (3, 7, 19 y 22).

Los efectos cardiovasculares del consumo de metanfetaminas incluyen dispnea, hipertensión, taquicardia, arritmia auricular y ventricular e isquemia del miocardio. En ocasiones se ha reportado “dolor de pecho”, pero sin que se puedan observar cambios electrocardiográficos. También se han reportado derrames cerebrovasculares debidos a hemorragias o vasoespasmos (3 y 14).

Los efectos psicológicos a corto plazo de la ingesta de metanfetaminas incluyen sentimientos de euforia, hipervigilancia, intensificación de los afectos, alteración de la autoestima y un cuestionado incremento del deseo sexual (7 y 3). No obstante, su consumo puede producir también extrema hiperactividad, intranquilidad e irritabilidad (22 y 23), e incluso desencadenar psicosis tóxicas agudas en personas previamente saludables, o bien, precipitar un episodio psicótico en aquéllas que padecen alguna enfermedad psiquiátrica. Además, a diferencia de la psicosis por uso de cocaína, la psicosis por uso de metanfetaminas puede durar varios días o semanas.⁴

Los usuarios crónicos frecuentemente exhiben síntomas indiferenciables de la esquizofrenia paranoide, con alucinaciones e ideas delirantes, además de manifestar comportamientos agresivos (33). Precisamente, los desórdenes orgánicos mentales inducidos por la utilización de metanfetaminas difieren de los inducidos por el alcohol u otras drogas por una mayor frecuencia e intensidad de las alucinaciones auditivas y visuales, la ideación paranoide y la agresividad (3).

METODOLOGÍA

La presente investigación se dirige al estudio del consumo emergente de nuevas sustancias en México: las drogas de diseño y, en particular, las metanfetaminas. Su propósito es generar información útil y oportuna para retroalimentar la prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación, con el fin de elaborar programas y estrategias adecuadas para contener la posible expansión del consumo de metanfetaminas en la Región Noroccidental y en el resto del país, así como para sustentar el diseño de alternativas de tratamiento adecuadas para la problemática de los usuarios de estas sustancias.

El presente informe integra información epidemiológica y clínica de una muestra de pacientes que reportaron haber utilizado metanfetaminas al menos una vez en la vida y que recibieron atención curativo-rehabilitatoria en la Unidad de Tratamiento en Consulta Externa de la ciudad de Tijuana.

⁴ Las psicosis inducidas por la utilización de compuestos anfetamínicos normalmente ceden en un lapso de 10 días después de interrumpido el consumo, aunque en el 10% de los casos puede persistir hasta por seis meses. Así mismo, el uso posterior de la droga puede desencadenar otro episodio psicótico con una duración menor al ocurrido inicialmente (32)

Se aplicó un diseño transversal de investigación exploratoria *ex-post-facto*. La muestra obtenida incluyó 113 pacientes que ingresaron al programa de tratamiento durante los meses de septiembre a diciembre de 1998.

La información se obtuvo utilizando un formato precodificado de la *Entrevista Inicial*, ajustado *ex profeso*, con el fin de ampliar y precisar el análisis de los datos sociodemográficos, del consumo de drogas y de los síntomas clínicos asociados con el uso de metanfetaminas. Para fines de este estudio se consideraron casos a aquellos pacientes que refirieron haber consumido metanfetaminas alguna vez en la vida. El análisis de la información fue de tipo descriptivo, basado en la distribución de frecuencias y utilizando los programas estadísticos SPSS y N Sample.

PRINCIPALES HALLAZGOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En la mitad de los casos únicamente acudió el paciente a solicitar tratamiento, mientras que el 47% asistió acompañado por algún familiar (Anexo 1, Cuadro 1). La proporción de pacientes del género masculino y femenino fue de 8.4 hombres por cada mujer, similar a la registrada en los estudios epidemiológicos 1996 y 1997 (12 y 15) (Cuadro 2).

La media de edad de ingreso se ubicó en 26.6 años, con una desviación estándar de 7.3 años. La mediana y la moda se ubicaron en 26 años —en el estudio epidemiológico de 1997 (15) la mediana global de la población atendida se ubicó en 21 años—. La mayor proporción (88%) se ubicó entre 15 y 34 años, si bien 27% contaba con 25 a 29 años de edad (Cuadros 3 y 4). Estos datos indican que el consumo de metanfetaminas afecta a un grupo integrado en su mayoría por adultos jóvenes.

En proporciones similares a las obtenidas en estudios realizados anteriormente con usuarios de metanfetaminas (10), un poco más de la mitad de los casos refirió ser soltera, aunque una quinta parte se encuentra casada y 13% vive en unión libre (Cuadro 5).

La mayor parte de la población (72%) presenta un nivel educativo localizado entre el sexto grado de educación primaria y el tercer grado de secundaria (Cuadro 6). En concordancia con datos anteriores (10) y a diferencia de las proporciones comunes entre la población atendida en CIJ (15), prácticamente la mitad de los casos (47%) se encontraba sin ocupación y no había buscado empleo en el transcurso del último mes (Cuadro 7), lo cual refleja una mayor dificultad para integrarse a la vida productiva.

Con base en los criterios de estratificación del Estudio Básico de la Comunidad Objetivo de CIJ (6), la mayor parte de los casos provinieron de colonias de estrato medio bajo (39%) y medio alto (36%) (Cuadro 8), aunque la totalidad de la población estudiada provino de estratos de “alto riesgo” y “riesgo” del consumo de sustancias: 75% pertenecen a un estrato de “alto riesgo” y el 25% restante a un estrato de “riesgo” (Cuadro 9).

Considerando los elevados índices migratorios registrados en la ciudad de Tijuana, se investigó el lugar de origen de los pacientes de esta muestra, encontrándose que un poco más de la mitad (54%) es originario del propio municipio de Tijuana; la otra mitad se distribuyó en 14 estados y 25 municipios, dos casos fueron originarios del estado de California, EEUU, y uno de Guatemala, Guatemala (Cuadros 10 y 11).

Con el objeto de conocer si los pacientes habían residido en los EEUU y, por tanto, habían estado expuestos a un mayor riesgo de consumo de metanfetaminas, se averiguó que cerca del 61% de los casos no lo habían hecho, mientras que el restante 39% sí lo había hecho, ya sea con carácter legal o ilegal. Además, el 82% no manifestó intención de residir o trabajar en los EEUU (Cuadros 12 y 13).

La mayor parte de los casos asistió a tratamiento por iniciativa propia (83%), mientras que el 12% lo hizo por condicionamiento familiar (Cuadro 14), lo cual puede ser indicio de que el uso

de metanfetaminas y sus consecuencias se relacionen con un mayor deterioro percibido, motivando la asistencia voluntaria y no condicionada a tratamiento.

Una tercera parte de los casos tuvo conocimiento de CIJ por familiares o conocidos, una cuarta parte por otros pacientes o ex-pacientes y una quinta parte por medios publicitarios (Cuadro 15).

CONSUMO DE DROGAS

La metanfetamina consumida por los pacientes fue reportada como *crystal* o *crystal*, metanfetamina o *met*, y un solo caso refirió el consumo de *speed*. La dosis utilizada es referida comúnmente como un *globo*, *globito* o *globillo*, indicándose que cada uno consiste de entre 125 ó 250 mg del tóxico. En otros casos se refirió el consumo de *rayas*. Algunos casos reportaron consumir de dos a cuatro *globos* diarios. Así mismo, se registró el color de las presentaciones de la droga, refiriéndose el uso de metanfetamina blanca, amarilla, café y rosa.

El 75% de los casos de la muestra reportó como primera droga de consumo el alcohol o el tabaco, 11% los inhalables, 9% la mariguana y sólo dos sujetos, las metanfetaminas (Cuadro 16). Estos datos indican que el consumo de estas sustancias es fundamentalmente “secundario”, esto es, posterior al uso de otras drogas.

La mediana de la edad de inicio del consumo de drogas se ubicó en 14 años (desviación estándar=2.7), mientras que la mediana de la edad del inicio del consumo de metanfetaminas fue de 21 años. También se presenta una mayor dispersión entre las edades de inicio en el uso de metanfetaminas (desviación estándar=7.2 años) (Cuadro 17). La mayor parte de la población (91%) inició el uso de sustancias psicoactivas en general entre los 10 y 19 años; mientras el inicio del uso de metanfetaminas se ubicó, en el 77% de los casos, en el intervalo de 15 a 29 años (Cuadro 18).

Entre los pacientes incluidos en la muestra se detecta, además del uso de metanfetaminas, una alta prevalencia del consumo “alguna vez en la vida” de tabaco, alcohol,⁵ mariguana y cocaína, con tasas superiores al 80%. En un menor nivel, pero aún con elevadas tasas de prevalencia, se presenta el consumo de depresores de uso médico (57%), heroína (46%) y solventes inhalables (39 %) (Cuadro 20). La prevalencia del uso de sustancias psicoactivas de curso ilegal en los últimos 30 días previos al inicio del tratamiento ascendió al 80% (Cuadro 21).

La gran mayoría de los casos (97%) reportó haber consumido dos o más sustancias de curso ilegal alguna vez en la vida, y sólo el 3% refirió haber consumido hecho uso de una sola sustancia —en este caso, las metanfetaminas—. En relación con el mes previo al tratamiento, se encontró que 65% de los pacientes utilizó dos o más sustancias de curso ilegal (Cuadros 22 y 23).

El 86% señaló haber utilizado metanfetaminas en el transcurso de los 12 meses previos al tratamiento. De éstos, 39% reportó consumirlas todos los días y 33% entre una y tres veces por semana (Cuadros 27 y 28).⁶ El 63% de los casos admitió su uso en el lapso de los 30 días previos al tratamiento y 47% en el transcurso de los siete días anteriores (Cuadro 31). La mayor parte señaló consumirlas fumadas (71%) o aspirada o inhalada (53%); en una menor proporción también se registró su administración inyectada (12%) (Cuadro 30).

⁵ Debido al alto índice de prevalencia de la ingesta de alcohol entre los casos de la muestra, cobra relevancia exponer algunos de los datos referentes a su consumo. A este respecto se observa que el 71% refirió haber experimentado al menos un episodio de embriaguez alguna vez en la vida, aunque 50% de los casos refirió su ocurrencia durante el último año (Cuadros 35 y 36). Por otra parte, el 54% de quienes aceptaron haberlos experimentado en el transcurso del último año, señaló que se sucedieron al menos en dos o tres ocasiones al mes. Finalmente, tres de cada cinco sujetos (63%) indicaron que el último episodio de embriaguez ocurrió en el lapso del último mes previo al tratamiento (Cuadros 37 y 38).

⁶ Otro estudio realizado con usuarios de metanfetaminas arrojó que la mitad de los casos las consumían diariamente (23)

La droga que mayormente ha afectado a los pacientes —según su propia percepción— fueron las metanfetaminas (47%) y la heroína (38%). En términos generales, el equipo terapéutico que colaboró en el levantamiento de la información coincidió con esta opinión, señalando las mismas sustancias en un 50 y 42% de los casos, respectivamente. Sin embargo, el 36% de los pacientes refirió tener preferencia por el consumo de heroína y sólo una tercera parte (33%) por el de metanfetaminas (la mariguana fue referida como sustancia de preferencia por el 11%, en tanto que el alcohol, el tabaco, la cocaína, los solventes inhalables y los DUM fueron referidos por menos del 4% de los casos) (Cuadros 24, 25 y 26).

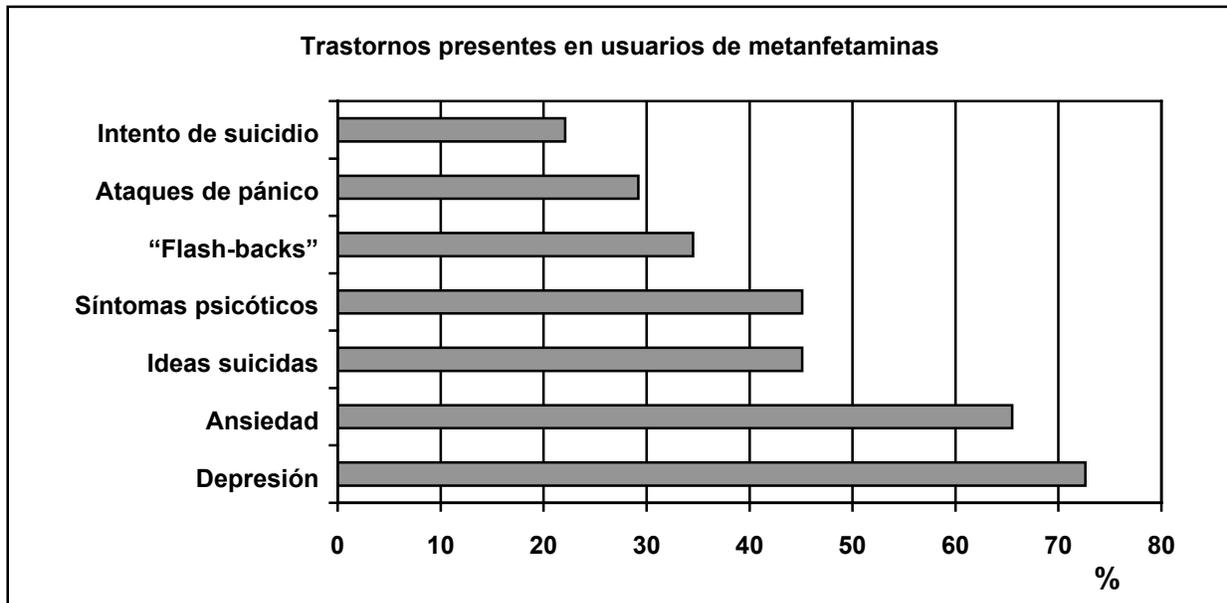
Por otro lado, cerca del 80% de los sujetos estudiados refirió haber interrumpido alguna vez el uso de drogas. Los principales motivos de esta interrupción comprendieron: daño físico (44%), deterioro psicosocial (28%) y presión familiar (23%) (Cuadros 32 y 33). Los sujetos se agruparon en periodos de abstinencia muy diversos; durante el último año, 70% refirió periodos máximos de abstinencia que van de 16 días a once meses (Cuadro 29).

Los factores que motivaron con mayor frecuencia la reanudación del consumo fueron la disponibilidad de drogas (34%), la presión del grupo de pares (26%), diversas alteraciones psicoafectivas (24%) y síntomas de supresión (19%) (Cuadro 34).

VARIABLES CLÍNICAS

Como ya se ha indicado, el consumo de metanfetaminas —en particular, su uso crónico— conlleva múltiples trastornos físicos y psicológicos. A fin de abundar a este respecto, en esta última parte se revisan las consecuencias clínicas del consumo de metanfetaminas detectadas entre los casos en estudio, considerando síntomas asociados a la intoxicación por metanfetaminas, residuales y de abstinencia. Sin embargo, cabe señalar, en primer lugar, que el diagnóstico del tipo de consumo de los pacientes de esta muestra arrojó fundamentalmente patrones de consumo de tipo dependiente: 68% disfuncional y 29% funcional (Cuadro 39).

Al dar cuenta de los principales síntomas o trastornos clínicos experimentados, los casos de estudio señalaron entre los más importantes a la depresión (73%) y la ansiedad (63%). También indicaron haber cursado episodios caracterizados por ideación suicida (45%) y sintomatologías características de los trastornos psicóticos (45%), entre los que se destacan *flash-backs* con alucinaciones visuales o auditivas (34%) y ataques de pánico (29%). Debe también resaltarse que el 22% refiere haber llevado a cabo al menos algún intento de suicidio (Cuadro 40). Por otra parte, este primer conjunto de datos clínicos debe interpretarse con cautela, puesto que se existe amplia evidencia de que los síntomas de ansiedad y depresión se encuentran asociados con el consumo de drogas en general (29), pudiendo constituir factores predisponentes del consumo de sustancias y no consecuencias del mismo, situación que no puede ser dilucidada debido a las limitaciones del diseño *ex-post-facto* de la presente investigación.



Por otro lado, se reportó una amplia gama de efectos relacionados con la *intoxicación* inducida por el uso de metanfetaminas. Entre los efectos físicos más frecuentes se encuentran la resequecedad de la boca (90%) y la taquicardia (84%). Con una frecuencia relativamente menor (entre el 55 y el 67%) se refirieron contracción de la mandíbula, deshidratación, sudoración excesiva y temblores. En menor proporción se reportaron problemas respiratorios, calambres, dolor de cabeza, mareos y cansancio, mientras que un número aún más reducido acusó dificultades para orinar y desmayos.

Cabe destacar que 4.4% de los pacientes refirió haber experimentado episodios convulsivos y que 54% sufrió aumento de la temperatura, en tanto que 13% experimentó falta de sudoración, síntomas característicos de hiperpirexia o "golpe de calor" (22 y 23) (Cuadro 41).

Entre los efectos psicológicos producto de la intoxicación reportados con mayor frecuencia se encuentran: insomnio (85%), sensibilidad y alerta aumentadas (81%) y sensación de aumento de energía (79%). En proporciones que oscilan entre el 60 y 70%, aparecen la ansiedad, locuacidad, mayor intensidad afectiva, euforia, mayor facilidad para interactuar con otras personas y desinhibición. Entre el 45 y el 60% de los casos experimentaron dificultad para concentrarse, irritabilidad, exagerado optimismo y sentimientos de superioridad. Un menor número de pacientes expresó dificultades para medir la consecuencia de sus actos, conductas agresivas o violentas, confusión o haber incurrido en comportamientos riesgosos (Cuadro 41).

En relación con los síntomas residuales, es decir, las alteraciones experimentadas 24 horas después del consumo de metanfetaminas, las referidas con mayor frecuencia fueron: sensación de cansancio (74%), depresión (68%) y pérdida de apetito (55%). Entre otros síntomas importantes figuran la dificultad para pensar o concentrarse (50%), el insomnio (42%) y el dolor de cabeza (42%) (Cuadro 42).

Finalmente, los principales síntomas referidos como resultado de la supresión del consumo de metanfetaminas fueron: ansiedad (57%), depresión (50%), irritabilidad (49%) y aislamiento (45%). Otros síntomas de abstinencia frecuentes fueron el dolor de cabeza, insomnio, falta de apetito, trastornos digestivos, taquicardia, mareos y conducta antisocial. Puede subrayarse que 10% de los casos reportó la pérdida de conciencia (desmayos) asociados con la supresión del consumo de metanfetaminas (Cuadro 43). Estos datos revelan que el proceso de desintoxicación puede presentar, en el caso del uso de metanfetaminas, implicaciones secundarias que deben ser consideradas en el diseño y desarrollo del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Addiction Research Fundation (1991). *Amphetamines*. Public information service of the Ad-diction Research Foundation (Toronto).
2. Bailey, D.N., y R.F. Shaw (1989). *Cocaine and metanphetamine-related deaths in San Diego county (1987)*: Homicides and accidental overdoses. *J Forencic Sci* no. 34.
3. Beebe, D.K, y E. Walley (1995). *Smokeable metanphetamine ('ice'): an old drug in a differ-ent form*. *American Family Phisician*, vol. 51, no.1.
4. Borrego T., A (1991). *Anfetaminas*, *Revista de las Adicciones*, vol. 1, no. 4.
5. Brailowsky, S. (1995). **Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología**. Fondo de Cultura Económica. México, 1995.
6. Cobarrubias, S., et al. (1995). *El consumo de drogas en Tijuana, Baja California. Análisis de condiciones y líneas de acción (1995-2000)*. Centros de Integración Juvenil, **Informe de In-vestigación 96-43.**, México, 1996.
7. Darlet, R.W., y B. Heischober (1990). *Metanphetamine-Stimulant of the 1990s?* *West j Med*, no. 153.
8. Dixon, S.D. (1989) *Effects of trasplacental exposure to cocaine and metanphetamine on the neonate*. *West J Med*, no. 150.
9. García A., R., D.B. Díaz N., M.C. Balanzario L. y A.D. Gutiérrez L. (1996). *Tendencias del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil (1990-1995)*. CIJ, **Informe de Investigación 96-62**, México, 1996.
10. García A., R., D.B. Díaz N., M.C. Balanzario L. e I. Castillo F. (1997) *Perfil y trayectoria del consumo de drogas entre pacientes de primer Ingreso a tratamiento en Centros de Integra-ción Juvenil*, en: **Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ entre 1990 y 1997**. CIJ, México, 1998.
11. García A., R., D.B. Díaz N., M.C. Balanzario L., A.D. Gutiérrez L. e I. Castillo F. (1998) *Ca-racterísticas sociodemograficas y de consumo de drogas en pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil entre 1990 y 1997*. CIJ, **Informe de investigación 98-12**, México, 1998.
12. García A., R., D.B. Díaz N., M.C. Balanzario L., A.D. Gutiérrez L. e I. Castillo F. (1997). *Es-tudio epidemiológico del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 1996*. CIJ, **Informe de investigación 97-01**, México, 1997.
13. García A., R., D.B. Díaz N., M.C. Balanzario L., A.D. Gutiérrez L. e I. Castillo F. (1999). *Ca-racterísticas sociodemograficas y de consumo de drogas en pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil en la región Noroccidental entre 1990 y 1997*. CIJ, México (en prepa-ración).
14. Gawin, F.H. y E.H. Ellinwood (1988). *Cocaine and other stimulants. Actions, abuse and traeatment*, *N Engl J Med*, no. 318.
15. Gutiérrez L., A.D., I. Castillo F., D.B. Díaz N., M.C. Balanzario L. y R. García A. (1998). *Es-tudio epidemiológico del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 1997*. CIJ, **Informe de investigación 98-02**, México, 1998.
16. Heischober, B., y R.W. Darlet (1989). *Update to amphetamine abuse*. *West J Med*, no. 151.

17. INEGI (1990). **Baja California, Perfil sociodemográfico**. XI Censo general de población y vivienda. INEGI, México, 1990.
18. INEGI (1990). **Baja California, Resultados definitivos, Tabulados básicos**. XI Censo general de población y vivienda. INEGI, México, 1990.
19. Jackson, J.G. (1989). *The hazards of smokable metamphetamine*. N Engl J Med, no. 321.
20. Krystal, J.H., y L.H. Price (1992). *Chronic 3, 4-Metylenedioxymethamphetamine (MDMA) use: effects on mood and neuropsychological function*. Am. J. Drug alcohol abuse, no. 18, vol. 3.
21. Lacoste, J.A. (1991). *Las drogas del '92: regreso al futuro*. Adicciones, vol. 3 no. 3.
22. Marck, R.B (1990). *The iceman cometh and killeth: smokeable methamphetamine*. N C Med J, no. 51.
23. Mejía C., T., y A. Solórzano S. (1995). *Patrón de consumo de metanfetamina en la población adulta de la frontera noroeste mexicana*. Ponencia presentada en 53rd annual meeting of the United States–Mexico Border Health Association. San Diego, 1995.
24. Melero, J.C. y R. Flores (1996). **Éxtasis y otras drogas de síntesis**. EDEX, Bilbao, 1996.
25. Missouri Department of Mental Health, Division of Alcohol and Drug Abuse (1995). *Stimulants*. Text html. Lasr-modified May 1995.
26. Mukasa, H., J. Nakamura, S. Yamada, M. Inoue y Y. Nakazawa (1990). *Platelet monoamine oxidase activity and personality traits in alcoholics and metamphetamine dependents*. Drug Alcohol Depend, no. 26.
27. Núñez D., L.A. (1994). *Psicosis por "extasis" (3, 4-metilenedioximetanfetamina) A propósito de un caso*. Adicciones, vol. 6, no. 3.
28. Perez-Reyes, M., R. White, S. Mcdonald, J. Hill, R. Jeffcoat y C.E. Cook (1991). *Pharmacologic effects of methamphetamine vapor inhalation (smoking) in man*. NIDA Res Monogr, no. 105.
29. Rodríguez K., S., D.B. Díaz N. Y D. González S. (1996). *Programas de prevención del consumo de drogas centrados en factores de riesgo*. CIJ, **Informe de Investigación 96-68**, México, 1996.
30. Secretaría de Salud. **Estadísticas Vitales 1992**.
31. Sousa M., M., V.M. Guiza C., L. Díaz Barriga y R. Sánchez H. (1997). **Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos**. CIJ, México, 1997.
32. Szuster, R.R. (1990). *Metamphetamine in psychiatric emergencies*. Hawaii Med J, no. 49 .
33. U.S. Department Of Health and Human Services (1989). *National Institute on Drug Abuse Statistical Series Annual Data 1988*. Serie 1. Division of Epidemiological and Prevention Research, 1989.
34. U.S. Department Of Health and Human Services. National Institutes of Health (1998). *Metamphetamine. Abuse and addiction*. National Institute on Drug Abuse Research Report Series. NIH publication, no. 98-4210.
35. U.S. Department Of Health and Human Services (1997). *Proceedings of the National Consensus Meeting on the use, abuse and sequelae of abuse of methamphetamine with implications for prevention, treatment and research*. Maryland, 1997.

ANEXO 1

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Cuadro 1. Consultantes atendidos

Consultantes	Frecuencia	% válido
Paciente	56	50.0
Paciente y familiares	53	47.3
Familiares	3	2.7
Sin información	1	Se omite
Total	113	100.0

Cuadro 2. Género

Sexo	Frecuencia	% válido
Masculino	101	89.4
Femenino	12	10.6
Total	113	100.0

Cuadro 3. Intervalos de edad de ingreso a tratamiento

Intervalo	Frecuencia	% válido
10 a 14 años	1	0.9
15 a 19 años	22	20.0
20 a 24 años	22	20.0
25 a 29 años	30	27.3
30 a 34 años	23	20.9
35 a 39 años	6	5.5
40 a 44 años	4	3.6
45 en adelante	2	1.8
Sin información	3	Se omite
Total	113	100

Cuadro 4. Promedio de edad de ingreso a tratamiento

Edad de ingreso	Media	Desv. Est.	Mediana	Moda
	26.6	7.3	26	26

Cuadro 5. Estado civil

Estado civil	Frecuencia	% válido
Soltero	59	53.2
Casado	23	20.7
Unión libre	14	12.6
Separado	12	10.8
Divorciado	2	1.8
Viudo	1	0.9
Sin información	2	Se omite
Total	113	100.0

Cuadro 6. Escolaridad

Grado académico	Frecuencia	% válido
Sin estudios (sabe leer y escribir)	1	0.9
2° de primaria	2	1.8
3° de primaria	3	2.7
4° de primaria	2	1.8
5° de primaria	9	8
6° de primaria	23	20.4
1° de secundaria	12	10.6
2° de secundaria	24	21.2
3° de secundaria	22	19.5
Bachillerato (preparatoria, vocacional, bachillerato técnico)	1	0.9
1° grado de bachillerato	4	3.5
2° grado de bachillerato	1	0.9
3° grado de bachillerato	6	5.3
Licenciatura	1	0.9
Licenciatura incompleta	2	1.8
Total	113	100.0

Cuadro 7. Principal ocupación

Ocupación	Frecuencia	% válido
Sin ocupación (no buscó empleo último mes)	52	46.8
Con actividad laboral fija	21	18.9
Con actividad laboral ocasional	14	12.6
Desempleado (buscó empleo último mes)	11	9.9
Ama de casa	6	5.4
Subempleado	5	4.5
Estudiante	2	1.8
Sin información	2	Se omite
Total	113	100.0

**Cuadro 8. Estrato sociourbano
(Según criterios del EBCO)**

Estrato	Frecuencia	% válido
Alto	3	2.7
Medio alto	40	36.0
Medio bajo	43	38.7
Bajo	23	20.7
Sin especificar	2	1.8
Sin información	2	Se omite
Total	113	100.0

**Cuadro 9. Estrato de riesgo
(Según criterios del EBCO)**

Estrato de Riesgo	Frecuencia	% válido
Alto riesgo	81	75
Riesgo	27	25
Sin información	5	Se omite
Total	113	100.0

**Cuadro 10. Lugar de nacimiento
(Estado)**

Estado	Frecuencia	% válido
Baja California	067	59.3
Sinaloa	9	8.1
Jalisco	7	6.3
Sonora	6	5.4
Michoacán	5	4.5
Puebla	3	2.7
D. F.	3	2.7
California (EUA)	2	1.8
Aguascalientes	1	0.9
Chihuahua	1	0.9
Durango	1	0.9
Guanajuato	1	0.9
México	1	0.9
Nayarit	1	0.9
Veracruz	1	0.9
Zacatecas	1	0.9
Guatemala	1	0.9
Sin información	2	Se omite
Total	113	100.0

**CUADRO 11. LUGAR DE NACIMIENTO
(Municipio)**

Municipio	Frecuencia	% válido
Tijuana, B.C. Nte.	59	53.2
Guadalajara, Jal.	6	5.4
Mexicali, B.C. Nte.	6	5.4
Mazatlán Sin.	4	3.6
Puebla, Pue.	3	2.7
Zamora, Mich.	3	2.7
Guaymas, Son.	2	1.8
Guasave, Sin.	2	1.8
Ciudad Obregón, Son	2	1.8
Culiacán	2	1.8
Ensenada, B.C. Nte.	2	1.8
D.F.	3	2.7
Toluca	1	0.9
Boca del Río	1	0.9
Jerez	1	0.9
Tepic	1	0.9
Aguascalientes, Ags.	1	0.9
Hermosillo	1	0.9
Durango, Dgo.	1	0.9
Novojoa	1	0.9
Santa María	1	0.9
Los Mochis	1	0.9
Hornitos, Gto.	1	0.9
San Buenaventura, Chih.	1	0.9
Morelia, Mich.	1	0.9
Tuxpan, Jal.	1	0.9
Guatemala	1	0.9
Los Angeles Cal.	1	0.9
San Diego Cal.	1	0.9
Sin información	2	Se omite
Total	113	100.0

Cuadro 12. Residencia o trabajo en los EUA (alguna vez)

Residió o trabajó en EUA		Frecuencia	% válido
No		69	61.1
Sí	Con carácter ilegal	22	19.5
	Con carácter legal	9	8.0
	Sin especificar	13	11.5
Total		113	100.0

CUADRO 13. INTENCIÓN DE RESIDIR O TRABAJAR EN LOS EUA

Intención	Frecuencia	% válido
No	92	82.1
Sí	20	17.9
Sin información	1	Se omite
Total	113	100.0

Cuadro 14. Condiciones de ingreso a tratamiento

Fuente	Frecuencia	% válido
Iniciativa propia	93	83.0
Condicionamiento familiar	14	12.5
Indicación médica	4	3.6
Indicación legal	1	0.9
Sin información	1	Se omite
Total	113	100.0

Cuadro 15. Conocimiento de CIJ

Conocimiento de CIJ	Frecuencia	% válido
Por familiares o conocidos	36	31.9
Paciente(s) o ex-paciente(s) de CIJ	27	23.9
Publicidad de CIJ	22	19.5
Otro	22	19.5
Proyectos preventivos de CIJ	4	3.5
Orientación e información telefónica	2	1.8
Total	113	100.0

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**Cuadro 16a. Primer droga consumida***

Droga	Frecuencia	% válido
Tabaco	44	38.9
Alcohol	41	36.3
Solventes inhalables	13	11.5
Mariguana	10	8.8
Depresores uso médico	2	1.8
Metanfetaminas	2	1.8
Cocaína	1	0.9
Total	113	100

* Incluye alcohol y tabaco.

Cuadro 16b. Primer droga consumida*

Droga	Frecuencia	% válido
Solventes inhalables	13	46.4
Mariguana	10	35.7
Depresores uso médico	2	7.1
Metanfetaminas	2	7.1
Cocaína	1	3.6
Total	113	100

* No incluye alcohol y tabaco.

Cuadro 17. Promedios de las edades de inicio del consumo de drogas y metanfetaminas

Edad de inicio	Media	Desv. Est.	Mediana	Moda
Consumo de drogas	13.9	2.7	14	15
Consumo de metanfetaminas	22.5	7.3	21	15 y 17

Cuadro 18. Intervalos de edad de inicio en el uso de drogas

Intervalos	Frecuencia	% válido
5 a 9 años	8	7.1
10 a 14 años	52	46.4
15 a 19 años	50	44.6
20 a 24 años	2	1.8
Sin información	1	Se omite
Total	113	100

Cuadro 19. Intervalos de edad de inicio en el uso de metanfetaminas

Intervalos	Frecuencia	% válido
10 a 14 años	8	7.5
15 a 19 años	34	31.5
20 a 24 años	29	26.9
25 a 29 años	20	18.7
30 a 34 años	9	8.4
35 a 39 años	3	2.8
40 a 44 años	2	1.9
45 a 49 años	2	1.9
Sin información	6	Se omite
Total	113	100

**Cuadro 20. Consumo de drogas 'alguna vez en la vida'
(Prevalencia total)**

Droga	Frecuencia	% válido
Metanfetaminas	112	99.1
Tabaco	107	94.7
Alcohol	106	93.8
Mariguana	104	92.0
Cocaína	91	80.5
Depresores uso médico	64	56.6
Heroína	52	46.0
Solventes inhalables	44	38.9
Rohypnol	13	11.5
Alucinógenos	12	10.6
Estimulantes	3	2.7
Opio y derivados	3	2.7
Crack	1	0.9
Refractil ofteno	0	0
Basuco (pasta base)	0	0
Analgésicos y narcóticos	0	0

**Cuadro 21. Consumo de drogas 'en los últimos 30 días'
(Prevalencia actual)**

Uso drogas	Frecuencia	% válido
Sí	90	79.6
No	23	20.4
Total	113	100

*Cualquier droga de curso ilegal

**Cuadro 22. Mono y policonsumo*
(Alguna vez en la vida)**

Mono-policonsumo	Frecuencia	% válido
Monousuario	3	2.7
Poliusuario	110	97.3
Total	113	100

*Cualquier droga de curso ilegal

**Cuadro 23. Mono y policonsumo*
(Últimos 30 días)**

Mono-policonsumo	Frecuencia	% válido
Monousuario	32	35
Poliusuario	58	65
No usó el último mes	23	Se omite
Total	113	100

*Cualquier droga de curso ilegal

**Cuadro 24. Droga de mayor impacto
(Según paciente)**

Droga	Frecuencia	% válido
Metanfetaminas	51	47.2
Heroína	41	38.0
Alcohol	3	2.8
Mariguana	3	2.8
Solventes inhalables	3	2.8
Cocaína	3	2.8
Depresores UM	2	1.8
Alucinógenos	1	0.9
Opio y derivados	1	0.9
Sin información	5	Se omite
Total	113	100.0

**Cuadro 25. Droga de mayor impacto
(Según terapeuta)**

Droga	Frecuencia	% válido
Metanfetaminas	55	50.0
Heroína	46	41.8
Alcohol	3	2.7
Cocaína	2	1.8
Mariguana	1	0.9
Solventes inhalables	1	0.9
Opio y derivados	1	0.9
Depresores	1	0.9
Sin información	3	Se omite
Total	113	100.0

Cuadro 26. Droga de preferencia

Droga	Frecuencia	% válido
Heroína	40	36.4
Metanfetaminas	36	32.7
Mariguana	12	10.9
Ninguna	6	5.5
Alcohol	4	3.6
Cocaína	4	3.6
Tabaco	2	1.8
Otras sustancias	2	1.8
Solventes inhalables	2	1.8
Opio y derivados	1	0.9
Depresores U.M.	1	0.9
Sin información	3	Se omite
Total	113	100.0

Cuadro 27. Uso de metanfetaminas en el último año

Uso	Frecuencia	% válido
Sí	93	86.1
No	15	13.9
Sin información	5	Se omite
Total	113	100

Cuadro 28. Frecuencia del uso de metanfetaminas en el último año (n=93)

Frecuencia	Frecuencia	% válido
Diario	36	38.7
Una a tres veces por semana	31	33.3
Dos a tres veces al mes	8	8.6
Una vez al mes	5	5.4
Seis a once veces al año	2	2.2
Una a cinco veces al año	11	11.8
Sin información	20	Se omite
Total	113	100

Cuadro 29. Periodo máximo de abstinencia durante el último año* (n=92)

Abstinencia	Frecuencia	% válido
Uno a tres días	3	3.3
Cuatro a siete días	5	5.4
Ocho a 15 días	10	10.9
16 a 30 días	15	16.3
Uno a tres meses	15	16.3
Cuatro a seis meses	18	19.6
Siete a once meses	16	17.4
No interrumpe	8	8.7
Uso experimental	2	2.2
Sin información	21	Se omite
Total	113	100

* Cualquier droga de curso ilegal

Cuadro 30. Vía de administración de metanfetaminas* (n=95)

Vía	Frecuencia	% válido
Fumada	75	71.2
Aspirada o inhalada	56	53.2
Inyectada	13	12.3
Sin información	18	Se omite

* Cada caso pudo reportar hasta tres vías.

**Cuadro 31. Último consumo de metanfetaminas
(n=95)**

Último consumo	Frecuencia	% válido
Mismo día o anterior	23	27.1
De dos a siete días	17	20.0
De ocho a 30 días	14	16.5
Más de 30 días	31	36.5
Sin información	28	Se omite
Total	113	100

**Cuadro 32. Interrupción del consumo de drogas
(N=113)**

Interrumpió	Frecuencia	% válido
Sí	90	79.6
No	23	20.4

**Cuadro 33. Motivos de interrupción reportados*
(N=90)**

Motivo	Frecuencia	% válido
Daño físico	40	44.4
Deterioro Psicosocial	25	27.8
Presión familiar	21	23.3
Tratamientos previos	11	12.2
Problemas legales	8	8.9
Cambio de ambiente social	4	4.4
Falta de disponibilidad de drogas	3	3.3
Presión escolar o laboral	3	3.3
Juramentos o promesas	3	3.3
Presión del grupo de pares	1	1.1
Episodios traumáticos de intoxicación	1	1.1
Otros	14	15.6

* NO EXCLUYENTES

**Cuadro 34. Motivos de reanudación reportados*
(N=90)**

Motivo	Frecuencia	% válido
Disponibilidad de drogas	31	34.4
Presión del grupo de pares	23	25.6
Alteraciones psicoafectivas	22	24.4
Síntomas de supresión	17	18.9
No ha habido reanudación	16	17.8
Abandono de tratamiento	6	6.7
Eventos traumáticos	5	5.6
Cambio de ambiente social	1	1.1
Otros	6	6.7

* NO EXCLUYENTES

**Cuadro 35. Episodios de embriaguez por alcohol
(Alguna vez en la vida)**

Episodios de embriaguez	Frecuencia	% válido
Sí	70	70.7
No	29	29.3
Sin información	14	Se omite
Total	113	100

**Cuadro 36. Episodios de embriaguez por alcohol
(Últimos 12 meses)**

Episodios de embriaguez	Frecuencia	% válido
Sí	40	50
No	40	50
Sin información	33	Se omite
Total	113	100

**Cuadro 37. Frecuencia de episodios de embriaguez por alcohol
(Últimos 12 meses)**

Frecuencia	Frecuencia	% válido
Diario	2	5.4
Una a tres veces por semana	9	24.3
Dos a tres veces al mes	9	24.3
Una vez al mes	7	18.9
Seis a once veces al año	4	10.8
Una a cinco veces al año	6	16.2
Sin información	76	Se omite
Total	113	100

Cuadro 38. Última ocasión en que presentó un episodio de embriaguez

Última ocasión	Frecuencia	% válido
Mismo día o anterior	1	2.6
De dos a siete días	14	36.8
De ocho a 30 días	9	23.7
Más de 30 días	14	36.8
Sin información	75	Se omite
Total	113	100

VARIABLES CLÍNICAS

Cuadro 39. Tipo de consumo

Tipo	Frecuencia	% válido
Disfuncional	74	68.5
Funcional	31	28.7
Ex – farmacodependiente	3	2.8
Sin información	5	Se omite
Total	113	100

**Cuadro 40. Síntomas o trastornos asociados con el consumo de metanfetaminas*
(n=113)**

Síntomas o trastornos	Frecuencia	% válido
Depresión	82	72.6
Ansiedad	74	65.5
Ideas suicidas	51	45.1
Síntomas psicóticos	51	45.1
<i>Flash-backs</i>	39	34.5
Ataques de pánico	33	29.2
Intento de suicidio	25	22.1

* NO EXCLUYENTES

**Cuadro 41. Efectos del uso de metanfetaminas*
(N=113)**

Efectos Físicos	Frecuencia	% válido
Resequedad de la boca	102	90.3
Taquicardia	95	84.1
Contracción de la mandíbula	76	67.3
Deshidratación	76	67.3
Sudoración	74	65.5
Temblores	64	56.6
Aumento de la temperatura	61	54.0
Problemas respiratorios	45	39.8
Calambres	41	36.3
Dolor de cabeza	40	35.4
Mareos	38	33.6
Cansancio	37	32.7
Dificultad para orinar	29	25.7
Vahídos o desmayos	16	14.2
Falta de sudoración	15	13.3
Convulsiones	5	4.4
Efectos Psicológicos	Frecuencia	% válido
Insomnio	96	85.0
Sensibilidad y alerta aumentadas	91	80.5
Sensación de aumento de energía	89	78.8
Ansiedad	82	72.6
Locuacidad	78	69.0
Aumento de intensidad de los afectos	77	68.1
Euforia	71	62.8
Mayor facilidad para convivir e interactuar	69	61.1
Desinhibición	66	58.4
Dificultad de concentración	63	55.8
Irritabilidad	62	54.9
Exagerado optimismo	61	54.0
Sentimientos de superioridad	55	47.8
No mide consecuencias de sus actos	44	38.9
Agresividad o violencia	44	38.9
Confusión	41	36.3
Incursión en conductas riesgosas	38	33.6
Otros efectos	3	2.7

* NO EXCLUYENTES

**Cuadro 42. Síntomas residuales (24 horas después del consumo de metanfetaminas)*
(N=113)**

S í n t o m a s	Frecuencia	% válido
Cansancio	84	74.3
Depresión	77	68.1
Perdida de apetito	62	54.9
Dificultad para pensar o concentrarse	56	49.6
Insomnio	48	42.5
Dolor de cabeza	47	41.6

* NO EXCLUYENTES

**Cuadro 43. Síntomas reportados por abstinencia del uso de metanfetaminas*
(N=113)**

S í n t o m a s	Frecuencia	% válido
Ansiedad	65	57.5
Depresión	57	50.4
Irritabilidad	55	48.7
Aislamiento	51	45.1
Dolor de cabeza	45	39.8
Insomnio	44	38.9
Falta de apetito	41	36.3
Trastornos digestivos	36	31.9
Taquicardia	31	27.4
Mareos	30	26.5
Conductas antisociales	21	18.6
Vahídos o desmayos	11	9.7
Otros	9	8.0

* NO EXCLUYENTES

Anexo 2

EXPANSIÓN DEL CONSUMO DE METANFETAMINAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN EL LAPSO 1994-1997 (COMPARATIVO REALIZADO DE ACUERDO CON LA MEDIA NACIONAL DEL LAPSO 1994-1997: 3.7%)

- Localidades en que se sitúan unidades con una prevalencia total del uso de metanfetaminas mayor que la media nacional 1994-1997 desde 1994
- Localidades en que se sitúan unidades con una prevalencia total del uso de metanfetaminas mayor que la media nacional 1994-1997 desde 1995
- Localidades en que se sitúan unidades con una prevalencia total del uso de metanfetaminas mayor que la media nacional 1994-1997 desde 1996*
- Localidades en que se sitúan unidades con una prevalencia total del uso de metanfetaminas mayor que la media nacional 1990-1997 en 1997



- En 1997, la tasa de prevalencia registrada en los CIJ Mérida y Tampico se volvió a ubicar por abajo del promedio nacional 1994-1997.

FUENTE: García A., R., D.B. Díaz N., M.C. Balanzario L., A.D. Gutiérrez L. e I. Castillo F. **Características sociodemográficas y de consumo de drogas en pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil entre 1990 y 1997.** Informe de investigación 98-12. Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación, Centros de Integración Juvenil. México 1998.

