



ROMPIENDO EL CRISTAL: PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS DE METANFETAMINA SOBRE LOS DESAFÍOS PARA ACCEDER Y PERMANECER EN UN TRATAMIENTO

BREAKING THE GLASS: METHAMPHETAMINE USERS' PERCEPTIONS ON CHALLENGES TO ACCESSING AND STAYING IN TREATMENT

Kalina Isela Martínez Martínez

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

isela.martinez@edu.uaa.mx

<https://orcid.org/0000-0002-3250-1809>

Lorenia Robles Villarreal

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

lorenia.robles88@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7218-6030>

Yancarlo Lizandro Ojeda Aguilar

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

yanojedaps@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9956-8365>

Jafet Hernández Villafuerte

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

jhv3015@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9199-8280>

Resumen

Introducción. La demanda de oferta terapéutica por consumo de metanfetamina (cristal) en el estado de Aguascalientes, México se ha incrementado en los últimos años. El cristal se ha convertido en la principal droga de impacto en consumidores de Aguascalientes. La mayoría de las personas que van a tratamiento, lo hacen en servicios no gubernamentales emanados de la sociedad civil, conocidos como centros residenciales o anexos. **Método.** Se llevó a cabo un estudio para identificar y analizar las barreras que enfrentan los consumidores de cristal al buscar tratamiento. Se realizaron 21 entrevistas a personas consumidoras de cristal que recibían tratamiento en tres centros residenciales. **Resultados.** Se identificaron tres tipos principales de barreras: sistemáticas o estructurales, no sistemáticas o actitudinales y de permanencia o adherencia al tratamiento. **Conclusiones.** El estudio destaca la importancia de identificar los obstáculos que enfrentan las personas consumidoras para acceder a algún tipo de tratamiento, así como identificar y analizar los componentes que deberían incluirse en el diseño de programas de prevención e intervención que se adecuen a las necesidades de este tipo de consumo en específico.

Palabras Clave

Cristal; Barreras; Tratamiento; Usuarios de cristal; Centros residenciales

Abstract

Introduction. The demand for therapeutic treatment for methamphetamine (crystal) consumption in the state of Aguascalientes, México has increased in recent years. Crystal has become the primary drug of impact among consumers in Aguascalientes. The majority of people who seek treatment do so in non-governmental services emanating from civil society, known as residential centers or annexes. **Method.** A study was conducted to identify and analyze the barriers faced by crystal consumers when seeking treatment. 21 interviews were conducted with crystal consumers receiving treatment at three residential centers. **Results.** Three main types of barriers were identified: systematic or structural, non-systematic or attitudinal, and retention or adherence to treatment. **Conclusions.** The study highlights the importance of identifying the obstacles that consumers face in accessing treatment, as well as identifying and analyzing the components that should be included in the design of prevention and intervention programs that are tailored to the specific needs of this type of consumption.

Keywords

Crystal meth; Barriers; Treatment; Cristal users; Residential centers

1. Introducción

En los últimos años, se ha observado un incremento en la prevalencia de metanfetamina (cristal) en México. En 2017, el consumo de cristal no se consideraba un riesgo significativo para la población del país, ya que solo un 1.5% de los encuestados se identificaban como usuarios de esta droga, según los datos recopilados por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (2017). Sin embargo, la situación actual ha cambiado radicalmente; de acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas de la United Nations Office of Drugs and Crime [UNODC] (2022), se ha identificado un aumento del 218% de personas usuarias de cristal como su droga de impacto en México. Además, se ha reportado que hay 29,680 consumidores de cristal recibiendo atención terapéutica, superando las cifras registradas para el tratamiento de alcohol. En Aguascalientes, en el informe del 2021 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), se ha identificado que, de las 2,073 personas admitidas en centros residenciales, el 66.7% fueron por el consumo de cristal, siendo la droga de mayor uso del estado (SISVEA, 2021). La oferta terapéutica ofrecida por el gobierno estatal en las últimas décadas no ha sido suficiente, lo que ha llevado a la sociedad civil a crear centros de rehabilitación que, en su mayoría, operan de manera independiente y con una baja o nula supervisión por parte de los organismos responsables (Odgers & Galaviz, 2016).

Es común que los usuarios de drogas presenten barreras en el proceso de búsqueda de tratamiento que pueden impedir o retrasar que reciban una atención adecuada. Hammarlund et al. (2018) describen la categorización de las barreras en dos tipos: sistemáticas y no sistemáticas. Las barreras sistémicas están principalmente relacionadas con los organismos de salud y atención en adicciones. Estas dificultades pueden manifestarse en forma de costos elevados para el tratamiento, largos períodos de espera antes de recibir atención, la limitada disponibilidad de programas de atención para las sustancias y la falta de coordinación entre los proveedores de servicios de salud. Por otro lado, las barreras no sistémicas se refieren a las características de las personas que buscan tratamiento, como la falta de conocimiento acerca de los programas disponibles, una percepción baja de los riesgos asociados con su consumo o la falta de motivación para asistir a los programas de atención debido a la percepción de un compromiso y esfuerzo adicional requerido (Hammarlund et al., 2018).

Se han conducido estudios para la identificación de las barreras sistemáticas y cómo se presentan en la población usuaria de drogas. Un ejemplo es la investigación realizada por McCutcheon & Morrison (2014), en donde realizaron un estudio cualitativo con ocho pacientes en Prince Edward Island, Canadá, encontrando que, además de la poca disponibilidad de programas de tratamiento para el consumo de drogas debido a la escasa población de la provincia, se presentaban múltiples obstáculos de tipo sistemáticos, como las limitadas horas de servicio, tiempos excesivos de espera para el tratamiento, y la falta de personal de salud capacitado. Además, encontraron que los practicantes de salud mostraron negatividad y estigmatización hacia los pacientes.

En relación con las barreras no sistemáticas, un estudio realizado por Cunningham et al. (1993) con 346 participantes tuvo como objetivo identificar las diferencias entre los obstáculos experimentados por consumidores de alcohol que han buscado tratamiento y aquellos que nunca lo han hecho. Los hallazgos revelaron que los principales impedimentos para que las personas realicen la búsqueda de tratamiento fueron la vergüenza ante la estigmatización, la falta de percepción de riesgo asociada a la búsqueda de tratamiento, la dificultad para compartir sus problemas, el deseo de enfrentar el problema por sí mismos y la negativa hacia el tratamiento. Investigaciones más recientes, como la realizada por Cumming et al. (2016), una revisión sistemática de 11 estudios de 5 países acerca de las barreras en la búsqueda de tratamiento para el consumo de metanfetamina, han obtenido resultados similares, reportando que las principales barreras presentadas por personas usuarias de cristal para el acceso de tratamiento son la vergüenza por la estigmatización, la creencia de que el tratamiento no es necesario, la preferencia por superar el consumo sin la ayuda de un programa y la preocupación por la privacidad.

La búsqueda de tratamiento puede verse obstaculizada por la presencia simultánea de barreras sistemáticas y no sistemáticas. En un estudio llevado a cabo por Ali et al. (2017), se realizó un análisis de los datos recopilados de 1,300 participantes de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud (NSDUH) en Estados Unidos, durante el período 2008-2013. Los resultados revelaron la presencia de diversas barreras en la búsqueda y obtención de tratamiento. En cuanto a las barreras sistemáticas, se identificó que los costos elevados para acceder al tratamiento eran el principal obstáculo percibido, especialmente entre aquellos sin seguro médico. Con relación a las barreras no sistemáticas, se encontró que la estigmatización de los consumidores de drogas, la falta de preparación y el com-

promiso con la abstinencia de la sustancia constituían obstáculos significativos.

Según Hammarlund et al. (2018), una barrera significativa pero insuficientemente estudiada es la estigmatización que enfrentan las personas que consumen drogas. En relación con este tema, Krendl & Perry (2022) realizaron una investigación con el propósito de examinar cómo varía el estigma asociado al consumo de sustancias según el tipo de droga. Utilizando datos de 7,051 participantes del Índice de Estigma de la Adicción Shatterproof (Shatterproof & The Hartford, 2021) en Estados Unidos, encontraron que las drogas ilícitas, como la heroína y la metanfetamina, están más estigmatizadas en comparación con las sustancias legales, como el alcohol o el tabaco. Además, se identificó que el consumo recreativo de drogas está más estigmatizado que el uso de medicamentos. Un hallazgo relevante es que las personas en tratamiento por consumo de drogas ilegales experimentan una mayor reducción de prejuicios y distanciamiento social que otras personas usuarias de drogas. También se encontró que las mujeres consumidoras enfrentan un mayor estigma social en comparación con los hombres, debido a que transgreden las normas sociales relacionadas con las expectativas de género (Taylor, 1993; Forth-Finegan, 1992; Inciardi et al., 1994). Los tabúes y estigmas culturales que rodean a las mujeres contribuyen a que su problema de consumo no sea reconocido por ellas mismas, sus familiares o por los profesionales de la salud que brindan tratamiento.

Los estigmas y estereotipos negativos representan a las personas que sufren de adicción como individuos moralmente frágiles o peligrosos. Esta representación perpetúa la percepción de la adicción como una cuestión de debilidad moral en lugar de reconocerla como una enfermedad que requiere tratamiento. Esta situación pone de manifiesto la relevancia de la estigmatización del consumidor como una barrera significativa para acceder y permanecer en un tratamiento, incluso cuando se observa una posterior disminución de los prejuicios.

Se han llevado a cabo investigaciones sobre las barreras en la búsqueda de tratamiento en Estados Unidos y Canadá (Ali et al., 2017; Cumming et al., 2016; Cunningham et al., 1993; Krendl & Perry, 2022). En el contexto de México, se han realizado estudios recientes que examinan el consumo de metanfetaminas (cristal) y su relación con la depresión y el comportamiento suicida (Martínez et al., 2023), así como el consumo de cristal desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental (Martínez et al., 2023). Sin embargo, debido a la novedad de esta droga de alto impacto y su rápida propagación epidemiológica, existe una escasez de estudios sobre las barreras en la búsqueda de tratamiento para el consumo de cristal en México.

Por lo anterior, el objetivo principal de esta investigación es identificar y describir las percepciones de los usuarios de metanfetamina para acceder y permanecer en tratamiento. Así mismo, se pretende comprender, de acuerdo con las experiencias y necesidades de las personas usuarias de metanfetamina, cuáles son los componentes que son fundamentales para su integración en futuros programas de prevención e intervención para esta población específica.

2. Método

2.1 Tipo de estudio

La investigación se llevó a cabo desde un enfoque fenomenológico, utilizando una metodología cualitativa de diseño descriptivo. La combinación de estos enfoques permitió comprender en profundidad las barreras a través de las experiencias y perspectivas de los usuarios de cristal, y describir los hallazgos de manera detallada.

2.2 Participantes

Se entrevistaron a 21 personas consumidoras de cristal, 2 mujeres y 19 hombres (Tabla 1). Las edades de los participantes varían desde los 14 hasta los 43 años. La ocupación que predomina pertenece al sector de la construcción (Trabajador de obra, pintor), seguido por comerciantes, el hogar y algunos más que se encontraban desempleados antes de ingresar a tratamiento. En cuanto a la escolaridad, la mayoría tienen estudios inconclusos de secundaria y solo 3 de ellos cursaron parte de la preparatoria. En cuanto al estado civil, la mayoría mencionó estar soltero, algunos divorciados o separados y solo 2 participantes permanecían casados en el momento de la investigación. Estos

datos demuestran la diversidad de la muestra y pueden proporcionar una perspectiva amplia en los resultados de la investigación.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los usuarios

Sexo	Edad	Ocupación	Escolaridad	Edo. Civil	Clave. Usuario
Hombre	30	Trabajador de obra	Secundaria	Casado	U01
Hombre	22	Comerciante	Secundaria	Soltero	U02
Mujer	18	Desempleada	Secundaria	Soltera	U03
Mujer	39	Ama de casa	Secundaria	Casada	U04
Hombre	22	Trabajador de obra	Preparatoria	Soltero	U05
Hombre	19	Trabajador de obra	Primaria	Soltero	U06
Hombre	29	Operador de Maquila	Secundaria	Soltero	U07
Hombre	17	Comerciante	Secundaria	Soltero	U08
Hombre	33	Operador de Maquila	Secundaria	Divorciado	U09
Hombre	37	Trabajador de obra	Secundaria	Divorciado	U10
Hombre	35	Trabajador de obra	Secundaria	Divorciado	U11
Hombre	19	Empleado reciclador	Secundaria	Soltero	U12
Hombre	41	Comerciante	Secundaria	Soltero	U13
Hombre	12	Estudiante	Primaria	Soltero	U14
Hombre	14	Trabajador de obra	Primaria	Soltero	U15
Hombre	30	Operador de Maquila	Secundaria	Soltero	U16
Hombre	26	Trabajador de obra	Preparatoria	Soltero	U17
Hombre	43	Pintor	Preparatoria	Soltero	U18
Hombre	24	Operador de Maquila	Secundaria	Soltero	U19
Hombre	29	Desempleado	Secundaria	Divorciado	U20
Hombre	25	Desempleado	Secundaria	Soltero	U21

Fuente: Elaboración propia

2.3 Instrumento

Se empleó como instrumento la entrevista en profundidad con el objetivo de explorar las principales barreras que las personas consumidoras de cristal identificaron desde su propia experiencia para poder acceder a un tratamiento. La entrevista aborda 8 categorías principales. 1. Datos personales: con el objetivo de conocer más a fondo el contexto del entrevistado, se le cuestionó sobre sus datos personales, su edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación etc. 2. Historial de consumo: se explora el historial de drogas, la droga de impacto -cabe mencionar que todas las personas entrevistadas tienen como droga de impacto el cristal- y la frecuencia de consumo de cristal; 3. Experiencia de consumo: en esta categoría se identifican las causas por las cuales el usuario inició el consumo de cristal, cómo fue su primer consumo, cómo es un día normal en su vida, qué materiales ocupaba para consumir, dónde y con quién lo hacía regularmente, y cómo adquiere el cristal. 4. Consecuencias: en esta categoría se exploran las consecuencias físicas, emocionales, legales y si han tenido alguna sobredosis. 5. Suicidio: con la finalidad de investigar la comorbilidad entre el consumo de cristal y problemas de salud mental, se busca conocer si el entrevistado a tenido ideación, comportamiento o intentos de suicidio. 6. Búsqueda de servicios de atención: Para el presente documento, esta categoría fue esencial para conocer la experiencia que han tenido en la búsqueda de tratamiento, qué experiencias han tenido en tratamientos anteriores y, sobre todo, las dificultades que han tenido para recibir ayuda profesional por su consumo. 7. Efectos del consumo: en esta categoría se identifican los efectos físicos y psicológicos que le causa el cristal y cuáles son los que causan que continúe con su consumo. 8. Datos familiares: por último, se busca conocer si cuenta con historial de consumo en su familia.

2.4 Procedimiento

Para la recolección de datos, se entrevistaron a 21 usuarios de cristal que se encontraban recibiendo tratamiento por su problema de adicción en un centro residencial¹, en su mayoría, por segunda o tercera vez. Las entrevistas se realizaron entre el 7 de febrero y el 16 de mayo del 2022 en tres distintos centros residenciales del estado de Aguascalientes, México. El promedio de duración de las entrevistas fue de una hora y media.

2.5 Análisis de los datos

Las entrevistas fueron grabadas en formato de audio. Posteriormente, se llevó a cabo la transcripción y el análisis de los datos siguiendo los procedimientos y protocolos del enfoque de Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI). Este enfoque se centra en la identificación y descripción detallada de los temas recurrentes que emergen de las experiencias subjetivas de los participantes (Smith et al., 2009). Además, se empleó el software Atlas.Ti para respaldar el análisis de los datos recopilados.

2.6 Consideraciones éticas

Antes de iniciar cualquier sesión, se explicó a cada entrevistado el propósito de la investigación y se proporcionó un consentimiento informado basado en el principio ético de autonomía y el respeto a los derechos y la dignidad de los participantes. Se describió detalladamente la naturaleza del estudio, el uso previsto de los datos, así como la forma en que se protegerá su identidad. En éste, se acepta formar parte de la investigación, así como la autorización para audio grabar la entrevista con el objetivo de recopilar datos precisos y completos para un posterior análisis. Se les informó que en cualquier momento tendrían la opción de retirar su consentimiento y que sus datos serían tratados con la máxima confidencialidad. Por último, se clarificó a los participantes que su participación no tendría castigos o beneficios en el centro residencial. Todos los participantes estuvieron de acuerdo en firmar.

El resguardo de la información y las consideraciones éticas de este estudio siguieron los estándares de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, que garantiza a los participantes el resguardo de sus datos con uso exclusivo por el equipo de investigación. El protocolo de investigación, las consideraciones éticas y los aspectos científicos de este proyecto fueron aprobados por el Comité Institucional de Bioética de la Universidad Autónoma de Aguascalientes en la carta CIB-UAA-32.

3. Resultados

Durante el análisis de los datos, se identificaron tres tipos principales de barreras: las sistemáticas o estructurales, las no sistemáticas o actitudinales, y una más de permanencia o adherencia al tratamiento. En esta última, se incluyen las narrativas de las personas consumidoras respecto al rechazo a ciertos procesos que normalmente se dan en este tipo de centros residenciales, así como experiencias propias y/o ajenas, de experiencias de internamiento previas.

Barreras sistemáticas o estructurales

Barreras económicas: “La moneda de la recuperación: cómo la falta de dinero puede afectar el acceso y la permanencia en un programa de rehabilitación...”

Las barreras sistemáticas o estructurales están relacionadas con factores sociales, políticos y económicos más amplios que pueden llegar a afectar a la sociedad en general y que, por lo tanto, pueden dificultar el acceso a los servicios de tratamiento para los usuarios consumidores de cristal. Van más allá de las limitaciones individuales y están arraigadas en el sistema social, económico y político en el que vivimos. Algunas de ellas son la discriminación, el estigma social, las desigualdades económicas, las políticas públicas inadecuadas (Tabla 2).

¹ El tratamiento residencial implica vivir en un entorno controlado, libre de alcohol y drogas mientras la persona lleva un proceso por su problema de consumo. El ingreso a estos centros puede ser de manera voluntaria o involuntaria.

Dentro de la narrativa de los entrevistados, se identificaron dos barreras sistemáticas o estructurales, las económicas y las relacionadas al estigma que la sociedad impone a las personas con problemas de adicción. Dentro de las dificultades económicas, los usuarios refieren la imposibilidad de acceder a un tratamiento, pero también como un obstáculo para salir de él, ya que en la mayoría de los centros residenciales se cobran distintas cuotas² que deben estar cubiertas al finalizar el tratamiento para que la persona pueda salir: “mi tiempo ya se acabó, pero no he salido porque debo de \$4,000 a \$5,000 pesos y ya no quiero molestar a mis padres, entonces estoy viendo de cómo de alguna manera los pago” (U19).

Así mismo, se hizo referencia a la latente necesidad de que el gobierno apoye económicamente a las personas que realmente lo necesitan, por medio de “becas”. Cabe mencionar que, en el estado de Aguascalientes existen diversos programas como REINTEGRA en los que los consumidores pueden acceder a algún “apoyo o beca” para acceder a algún tipo de tratamiento. Las dificultades económicas son una barrera importante para las personas que buscan ingresar a un tratamiento en general, los costos del tratamiento pueden ser inaccesibles para algunas personas, así mismo, el tiempo dedicado al tratamiento puede significar una pérdida de ingresos si el usuario no puede trabajar durante el proceso, lo que no solo dificulta la capacidad de los familiares para pagarlo sino, de la misma persona.

Barreras por estigmatización. “La adicción no discrimina, la sociedad sí”

El estigma social tiene un efecto significativo en la capacidad de las personas para buscar y acceder a un tratamiento para las adicciones (Tabla 2). Las personas que están enfrentando un problema de adicción, a menudo son objeto de un fuerte estigma social que se manifiesta de distintas maneras, como la discriminación, la marginación y el rechazo. Dentro de la narrativa de los usuarios, el principal temor es que se les etiquete como una persona “drogadicta”.

Otro factor que es parte del estigma social es la exclusión laboral que conlleva a los usuarios de cristal a otras consecuencias, como el riesgo de daño a la salud, ya que, al discriminar, es posible que la persona no busque un tratamiento adecuado, lo que puede aumentar el riesgo por enfermedades mentales y otros problemas de salud relacionados al consumo. Una de las usuarias, expresó el miedo que tenía a ser rechazada al momento de buscar un trabajo, ya que se sentía discriminada por su condición de persona adicta.

Tabla 2. Barreras económicas y estigma social

Testimonios personales

“La moneda de la recuperación: cómo la falta de dinero puede afectar el acceso y la permanencia en un anexo”

... antes si le decía a mi mamá que me anexara, pero nunca lo hizo cuando yo le pedí ayuda, porque ya estaba harta de mis comportamientos que hacía, que diario eran regaños, así como que me sentía mal, por eso le pedí ayuda, pero yo creo que era porque no tenía dinero, que no podía, no tenía dinero... (U08).

... mi familia siempre me ha apoyado, pero yo creo que era porque no tenían dinero, que no podían, no tenían dinero... (U12).

... hay demasiada falta de dinero, yo creo que el gobierno debería checar bien esto a fondo, en las personas que realmente si necesitan este tipo de ayudas... (U10).

... Mi familia se comunicó para que yo obtuviera una beca, entonces la única manera de que me pudieran agarrar a mí fue a través de los policías, porque mi familia iba a decir “tienes una beca, ahorita te llevamos”, no iba a querer, no iba a acceder, iba a ser una excusa, como los drogadictos... (U20).

“La adicción no discrimina, la sociedad sí”

... afuera me decían drogadicto y yo les mentaba su madre, decían “anda loco”, “loco tu chingada madre”, o sea, a mí no me gustaba siquiera que me dijeran loco, que me voltearan a ver o que me dijeran que era drogadicto, a mí me enfurecía eso...

... porque pa’ nadie es grato estar en una situación que solo tu familia no te apoye y tu familia te menosprecie por ser un adicto, porque no te conoces como un adicto, si no como un drogadicto... (U20).

... me decían “es que busca un trabajo” y yo decía “es que cómo voy a ir a un trabajo, van a saber que soy drogadicta”, porque llegué un momento en el que yo sentí que toda la gente me hacía a un lado porque decían que era drogadicta... (U04).

Fuente: Elaboración propia

² Cada centro residencial establece sus cuotas, las más comunes son las cuotas de ingreso y de manutención, estas últimas pueden ser semanales o mensuales.

Barreras no sistemáticas o actitudinales

Las barreras no sistemáticas o actitudinales son aquellas actitudes o creencias que impiden a una persona buscar una opción de tratamiento Ali et al. (2017). Estas barreras pueden ser internas o externas, y a menudo están basadas en prejuicios que los mismos usuarios tienen de ellos mismos, o en prejuicios que las demás personas tienen sobre ellos (Tabla 3).

Incapacidad de abstinencia. “El desafío de la sobriedad”

La falta de confianza en sí mismo, o la imposibilidad de mantenerse en abstinencia es una barrera a la que varias de las personas entrevistadas hicieron referencia. La imposibilidad de abstenerse al consumo de cristal puede deberse a varias causas como los cambios químicos en el cerebro que provoca este tipo de droga,

presión social, entorno, estrés y ansiedad especialmente si la persona utiliza la droga como una forma de hacer frente a sus emociones negativas, usar esta droga como escape o para hacer frente a recuerdos traumáticos o de abuso. Los usuarios refieren también, su incapacidad para permanecer o cumplir con planes familiares por la ansiedad que la convivencia por largas horas les provoca.

De igual manera, la incapacidad de abstinencia es una barrera cuando ya se está recibiendo algún tipo de tratamiento sobre todo en centros residenciales, ya que, según la experiencia de algunos entrevistados, provoca fugas o intentos de fuga por la ansiedad de consumir. Es bien sabido que las recaídas son una posibilidad para cualquier persona que está enfrentando un problema de adicción y la salida de un centro residencial puede presentar algunos desafíos adicionales: recuperar la libertad que se tenía antes del ingreso, el reencuentro con quienes fueron acompañantes de consumo, regresar a su vida cotidiana entre otros factores, puede revivir o incrementar la necesidad de consumir aún y se haya finalizado un proceso de tratamiento (Tabla 3).

Resistencia. “La trampa de la negación, el camino a una espiral descendente”

La resistencia para aceptar que hay una necesidad de recibir algún tipo de tratamiento, es un proceso normal en personas consumidoras, sin embargo, es un factor que influye para minimizar la gravedad del problema, así como el impacto negativo que el consumo está teniendo en su vida. Algunos de ellos, mienten a sus familiares con tal de no ser internados en un centro residencial (Tabla 3).

La resistencia para recibir o acceder a un tratamiento puede llevar a una demora para el inicio de su recuperación, lo que prolonga el período en que el consumidor se encuentra en riesgo de dañar su salud física y mental y de seguir sufriendo las consecuencias negativas de su consumo. Así mismo, provoca que su consumo se intensifique cada vez más y aumente el riesgo de una sobredosis. En la parte emocional, causa que la persona se sienta atrapada en un ciclo de sufrimiento emocional, en un estancamiento y sin esperanza alguna, lo que puede acarrear problemas de salud mental como la depresión, ansiedad e incluso ideación y/o comportamiento suicida (Martínez et al., 2023).

Tabla 3. *Incapacidad de abstinencia y negación*

Testimonios personales

“El desafío de la sobriedad”

...era de diario, se me acababa la dosis y ya en lo que salía ya iba por otro, o un amigo ya me estaba invitando y así era completamente, entonces no podía yo no podía solo, no era capaz de decir “ya no quiero droga”, ya desconfiaba de mí mismo que ya no podía parar, nomás quería estar drogándome y drogándome, se me acababa la droga y no sé, andaba de genio, una cara enojada, y nomás fumaba y me tranquilizaba... (U20).

... así era diario, diario consumir mínimo \$200 pesos, entonces esa era mi presión todos los días, levantarme y no pensar en nada, mi pensamiento solo era “¿cómo voy a hacerle para conseguir, para empezar a consumir?” porque te levantas con una malilla, un dolor de cabeza de que quieres la dosis... (U13).

... dejaba unas cosas por hacer otras, a veces como los días festivos como el 10 de mayo del año pasado, siempre estuve planeando que iba a hacer algo para mi mamá y no lo hice por lo mismo, porque preferí comprar droga que hacer las cosas, siempre preferí unas cosas por otras, el estar con mi familia por estar con mis compañeros drogándome... (U05).

... ya cuando estaba en el anexo me agarraba la ansiedad y es cuando me hacía escaparme, o sea, como que, si no podía calmar esa impotencia, es cuando me escapaba de los anexos... (U03).

... afuera me gana, o sea, la ansiedad y luego ya no asisto a las juntas donde se me dice que tengo que ir, y yo vuelvo al mismo círculo vicioso que son esas amistades con las que yo sé a dónde me van a llevar, cuando a mí se me ha dicho "ya no vuelva, ni a esos lugares, ni con esas personas", y es lo primero que salgo y hago... (U04).

"La trampa de la negación, el camino a una espiral descendente"

... es que no tienes ese pensamiento, no hay ese pensamiento, yo creo que es una mentira que una persona te dijera que, si buscaba ayuda, ¡no!, es que vives solamente para cómo conseguir la droga, todos los días para estar consumiendo y sentir esa sensación que se siente al estar ido en un cuarto oscuro, llorando, haciéndola de pedo por todo y por nada, pero jamás piensas en buscar ayuda, eso es mentira... (U13).

... a los mismos que iban por mí, una vez no me pudieron agarrar porque me puse feo, agarré las macetas, las cazuelas de mi mamá y se los aventaba en la cabeza, no no no, hice un despapaye porque yo en ese momento tenía la necesidad de drogarme... (U17).

... no me sentía, ¿cómo te diré, dañado?, como para ocupar un centro de rehabilitación, yo decía "yo estoy bien, no estoy mal"... (U20).

... tenía personas que me rodeaban y que me querían ayudar y yo no me dejaba, y les decía "es que enfócate en tu vida, ¿yo por qué, por qué te enfocas en la mía?" ... (U12).

... yo salía o veía a mi familia y decía "es que sáquenme, es que me pegan y no me dan de comer, y luego nos maltratan y nos insultan", pero no es verdad, o sea, el día de hoy puedo decirte que, que nada más es como, un drogadicto es muy chantajista y quien manipula la familia, yo sí logré que me sacaran de los centros... (U04).

Fuente: Elaboración propia

Voluntad propia. "Un falso camino a la recuperación"

Otra de las causas por las que los usuarios rechazan la ayuda, es por la creencia de su propia voluntad como forma de recuperación (Tabla 4). Si bien, la voluntad es necesaria para buscar ayuda y mantenerse en el camino hacia la recuperación, en la mayoría de las ocasiones, no es suficiente. El problema de la adicción al cristal es una enfermedad compleja que afecta tanto al cerebro como al comportamiento, y su recuperación generalmente requiere tratamiento profesional además de una estrategia integral que aborde todos los aspectos relacionados a la enfermedad. A menudo, las personas que intentan recuperarse por sí mismas pueden tener dificultades para manejar los efectos físicos y psicológicos de la abstinencia y pueden sufrir recaídas.

Necesidad de intervención externa: "Buscando ayuda fuera de uno mismo"

Cuando el consumidor de cristal no es capaz de mantenerse en abstinencia, cuando hay una negativa a recibir tratamiento y la voluntad propia no es suficiente, la intervención externa, principalmente de algún familiar o amistad, es esencial para acceder a algún tratamiento (Tabla 4).

Lo anterior puede deberse a varias razones: 1) las personas que tienen un problema de adicción pueden negar o minimizar que tienen un problema o que necesitan recibir algún tipo de tratamiento, en este caso el familiar o amigo puede persuadirlos para buscar ayuda; 2) la persona puede tener dificultades para tomar decisiones, en este caso se le puede apoyar para que considere opciones de tratamiento y así tomar una decisión informada sobre la mejor opción; 3) la persona puede necesitar apoyo para llegar al lugar donde recibirá el tratamiento, algunas personas pueden tener dificultades de problemas de transporte o limitaciones financieras, incluso puede estar bajo los efectos de la droga, lo cual haría más complicado su arribo al lugar de tratamiento. Incluso si la persona está dispuesta a buscar un tratamiento por sí misma, puede ser difícil acceder a los recursos necesarios para la recuperación sin una ayuda externa.

Tabla 4. *Voluntad propia e intervención externa*

Testimonios personales

“La voluntad propia, un camino a la recuperación”

... jamás busqué ayuda porque yo siempre me la quise llevar yo solo, decir que yo podía con la droga, que yo cuando quería me iba a dejar de drogar, ni la muerte de mi madre pudo hacer que yo me dejara de drogar, ni estando en su sepelio me deje de drogar, ni la muerte de mi padre, ni las lágrimas de mis hijos, ni nada... (U13).

... siempre te engañas en pensar que tú solo vas a poder, jamás pedí ayuda, no la pedí porque no, si el único pensamiento que tienes es estarte drogando con cristal... (U09).

... siempre dije que yo podía solo con la enfermedad, bueno yo te digo que es enfermedad, porque es una enfermedad, yo hasta que llegué a este lugar me doy cuenta de que es una enfermedad... (U17).

... Cuando eres un drogadicto tienes otra mentalidad, que no, que yo no me drogo, que yo no uso las drogas, que una fumada y ya, pero no, al contrario, fumas para decir la verdad, porque en realidad ocupas ayuda... (U20).

... cuando se me ha dado, yo mismo he tratado de dejarla conscientemente, he usado como medios, yo tomaba clorofila, le echaba en un vaso con agua y me lo tomaba en ayudas y eso me hacía que no me dieran ansias, que no me dieran ganas de fumar... (U07).

“Buscando ayuda fuera de uno mismo”

... entonces volvimos a pelear y le llamó a la policía, yo me fui por mi propia voluntad, ya no quería discutir con ella, y ya ahí buscó la ayuda para traerme para acá, yo aquí llegué con mucho rencor, con coraje, yo decía “¿Por qué? ¿por qué me trajo?... (U01).

... al principio fue forzoso y a la vez no, mi padrastro fue el que me dio la ayuda y muchas veces que me habían querido encerrar, me portaba agresivo, pero esta vez no, llegaron diciendo que eran del centro y, yo ya andaba muy mal... (U12).

... me preguntaba que iba a ser de mí mismo, porque yo ya andaba mal, y la verdad yo ya buscaba la ayuda de salir adelante y ya no me satisfacía la droga, me sentía solo, triste, me aislaba y hasta llegó el momento que les dije a mis papás que me llevaran a anexar... (U17).

... yo ya andaba bien pastillo y dije “no pos´ que ruede el mundo” y ella dijo que ella se quería anexar, ya cuando nos agarraron juntos los policías, ella dijo ya estando en el C4 “yo me quiero anexar y que sabe que... ¿no te quieres anexar tú también?” y yo ya andaba bien pastillo y me lavó el coco y pues aquí estoy... (U02).

... la primera anexada me anexó mi mamá, que para recuperar a mi niña y yo le decía que sí, que no pasaba nada, pero me escapé a los veintidós días, y volví a recaer otra vez, pero a mí me dio depresión esa vez y fui a pedir ayuda al DIF, les decía que yo no podía más con la droga, que yo me quería anexar, me anexaron y duré como un mes y luego me volví a escapar... (U03).

... duré con un drogadicto 2 años perdida, me le perdí a mi esposo... y ya llegué una vez, pero llegué diciéndoles “anéxame, es que ya no puedo”... (U04).

... me dijo, “te quiero trabajados y, pus si te vas a drogar, mira, yo no puedo hacer nada por ti, más que encerrarte, eres mi hijo, pero pus yo te puedo ayudar a encerrar si quieres dejar el vicio... (U05).

... mi mamá ya no quería verme así, por eso me metió aquí... (U07).

... antes si le decía a mi mamá que me anexara, pero ella nunca me anexó, o sea, podríamos decir, bueno, yo digo que ella me podría llevar a un anexo y meterme vedá, pero nunca lo hizo cuando yo le pedí ayuda, fue mi abuelita la que me anexó... (U08).

Fuente: Elaboración propia

Barreras de permanencia o adherencia

Otra de las barreras identificadas dentro de las narrativas de los usuarios, fue el rechazo a los procesos de los centros residenciales, el temor al encierro, la supresión o limitación de los derechos, así como las malas experiencias, ajenas o propias, en internamientos previos (Tabla 5).

Encierro. “Un viaje entre la introspección y la ansiedad”

El encierro en un centro residencial puede tener efectos positivos como negativos en el proceso de rehabilitación. Por un lado, puede ser beneficioso ya que proporciona un entorno controlado que ayuda a las personas a estar lejos

de situaciones de consumo que pudieran llevarle a una recaída, también, puede ayudar a establecer nuevas rutinas y hábitos saludables que apoyen la recuperación, y una vez terminado su proceso, sirvan como herramientas para mantener la abstinencia.

Por otro lado, el encierro o aislamiento geográfico al que son sometidos los usuarios provoca que su vida cotidiana y sus relaciones sociales y familiares estén completamente delimitadas, lo cual representa una barrera significativa al generar un sentimiento restrictivo en su libertad. Lo anterior se vuelve especialmente difícil si la persona fue ingresada de manera involuntaria al centro residencial y no está totalmente comprometida con su recuperación. Una vez que la persona termina su proceso, es común enfrentar desafíos para mantener los cambios positivos que hizo durante su encierro involuntario. La mayoría de los usuarios entrevistados ven al encierro como un factor que, si se internaran de manera voluntaria, lo evitarían (Tabla 5).

Mala praxis. “Lo que la mente no olvida”

La falta de supervisión y regulación en la mayoría de los centros residenciales en nuestro país, provocan que en algunos de ellos haya maltrato, humillaciones e incluso violación de los derechos humanos (Tabla 5). La mayoría de la oferta terapéutica disponible en el país se ofrece por parte de centros no gubernamentales, emanados de la sociedad civil, los cuales carecen de alguna regulación por parte de las autoridades. Sin regulación, estos centros pueden no estar equipados para proporcionar la atención médica y psicológica adecuada que necesitan las personas para la superación de su adicción. Desafortunadamente, los abusos dentro de los centros residenciales son una realidad preocupante. Según la narrativa de los usuarios, han sido objeto de abusos físicos y emocionales por parte del personal al momento del ingreso y durante el tratamiento a través de insultos, intimidaciones o humillaciones para mantener el control e imponer castigos o disciplinas, como ellos suelen llamarle. Una de las entrevistadas comenta haber sufrido abuso sexual por parte de uno de los “padrinos”³. La manipulación de la información es otra forma de mala praxis que refieren los usuarios, es común que no se les explique el proceso por el que pasarán, que se les engañe con el tiempo que permanecerán en internamiento o el tiempo en el que se les permitirá ver a sus familias. La negligencia es otra consecuencia de la falta de regulación de este tipo de centros, el personal puede no proporcionar el cuidado adecuado a los internos, lo que puede llevar a otros problemas de salud física y emocional.

Tabla 5. Encierro y mala praxis

Testimonios personales

“Encierro”

... soy mayor de edad, y yo no puedo estar en un lugar privado de mi libertad. Yo no quería este tipo de ayuda... (U10).

... estar compartiendo con compañeros, es muy pesado la verdad, yo llegaba a pensar que me iban a hacer algo malo, y no pasaba nada, solo que no me ha gustado estar encerrado... (U12).

... no pos tú crees que yo voy a querer estar encerrado, ¡no! Yo nunca jamás, te digo que ya estuve en las celdas de oro, allá en Paris, en el cerezo de Aguascalientes, ¿Tú crees que yo voy a querer estar perdiendo el tiempo en un lugar de estos? Pues no, no es justo, no estoy resentido con mi familia, ni con mi madre ni con mi abuela, aunque yo fui el menso que les dio el número para que hablaran y confirmaran si quería que me anexara, si no les haiga dado ese número, yo no estuviera aquí... (U02).

... yo quería ir como a una clínica, yo le decía a mi mamá “mejor llévame como a una clínica, donde no me encierren, donde me den terapias pos’í emocional, y también atención, no física, de ver cómo andas y que no me encierren”, pero como que mi mamá no confiaba en mí, le decía que iba a cambiar y no cambiaba... (U07).

“Privación de derechos y mala praxis”

... yo no tuve derecho a una llamada telefónica, a mí no me llevaron, no se me informó por qué estaba detenido, ni el tiempo, ni si tenía fianza, y después me trajeron aquí... (U10).

³ En el contexto de los centros de rehabilitación de adicciones, un padrino es un residente más experimentado en el proceso de recuperación que ofrece apoyo y orientación a los nuevos residentes. Es alguien que ha pasado por el mismo proceso de recuperación y tiene más tiempo sobrio.

... yo ya me quería ir, yo decía “¿pos qué pa’ cuándo?, ¿cuándo se hace?” y no pos ´que “es un tratamiento de 3 meses”, no hay pedo, me los aviento, pero se llegaron los 3 meses y llegan los policías y de nuevo el mismo procedimiento, vamos pa’ arriba de la patrulla, o sea, sin antes explicarme que íbamos por otro proceso, ¿si me entiendes? eso me saca de onda, por eso sale uno más resentido... (U02).

... en la primera no me esposaron, llegaron por mí y me subieron, como estaba más niño... en la segunda si me esposaron, en la tercera como era un anexo cristiano no me esposaron, pero si me iban sometiendo, como ahorcando, porque cuando te ahorcan sientes de volada que te van sacando el aire, o sea no puedes respirar... (U08).

... así como este no había estado, otros son más recios, recios en cuestión de que en los que yo había estado, siempre había golpes, aquí no, este es el primero en el que estoy que tiene otra fórmula, totalmente otra fórmula... (U11).

... es que en el otro anexo me violaron... y, como que eso me quedo de experiencia para no volverme a escapar, y para que no me llevaran a otro lugar más fuerte donde me podían hasta pegar, donde me volvieran a maltratar... (U03).

... me ponían a gatear en todo el anexo y como es de tierra, me ponían un short y me ponían a gatear. Y luego me enlodaban con todo, pero le ponían excremento de perro o de cuando nos íbamos a dormir, metíamos un bote y ahí pues orinábamos y todo eso, lo echaban ahí y nos enlodaban, y eso pues me ayudó a la experiencia para no volver a ese anexo... (U03).

Fuente: Elaboración propia

4. Discusión

Desde la narrativa de la experiencia de los usuarios de cristal, existen tres tipos principales de barreras a los que se han enfrentado en su proceso de búsqueda de tratamiento por consumo de cristal. Las sistemáticas o estructurales: en ellas se identificaron dificultades económicas que imposibilitan el acceso a un servicio de tratamiento y de estigma social. Las no sistemáticas o actitudinales: en ellas se hace referencia a la incapacidad de abstinencia, la resistencia a recibir algún tipo de tratamiento, la voluntad propia como forma de recuperación y la necesidad de intervención externa para acceder a algún tratamiento. Finalmente, las de permanencia y/o adherencia al tratamiento: en ellas, se identificó el rechazo a los procesos de los centros residenciales, principalmente al encierro y experiencias de mala praxis y violencia que han vivido en este tipo de centros.

En el estudio se encontró que las barreras económicas se presentaban en las personas entrevistadas, describiendo que no realizaban la búsqueda de tratamiento por la falta de dinero propio o de sus familiares, teniendo costos inaccesibles para el acceso al tratamiento, y que exigía que las personas dejaran su trabajo para poder ingresar al centro residencial, significando una pérdida de ingresos para los familiares de la persona usuaria de cristal si este es el proveedor de su familia. Estos resultados son similares a los obtenidos por Ali et al., (2017), en donde se analizaron los datos obtenidos de 1,300 participantes de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud (NSDUH), entre los años 2008 al 2013, encontrando que los altos costes para acceder al tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas era la principal barrera sistemática percibida por los participantes.

En cuanto a la barrera de estigmatización, se encontró que las personas entrevistadas describían dificultades para iniciar la búsqueda de tratamiento por la percepción de discriminación y rechazo social que tenían, sintiéndose avergonzadas y culpables por sus problemas de consumo, llegando a percibir como una debilidad los problemas de consumo y adicción que estaban experimentando. Se pueden encontrar similitudes con los resultados de Krendl & Perry (2022), quienes realizaron un estudio con los datos de 7,051 participantes del Índice de Estigma de la Adicción Shatterproof (Shatterproof & The Hartford, 2021), identificando que las sustancias psicoactivas ilícitas, tales como la heroína o el cristal, mostraban un mayor índice de estigmatización que las sustancias legales. Así mismo, se encuentran similitudes con el estudio realizado por McCutcheon & Morrison (2014), quienes realizaron un estudio con 8 pacientes en *Prince Edward Island*, Canadá, encontrando que las personas usuarias de sustancias identificaban negatividad y estigmatización por parte del personal de salud. Esto nos lleva a identificar que la estigmatización puede encontrarse presente tanto como una barrera percibida por la persona usuaria de cristal, como por otras personas en su sociedad; sin embargo, es necesario seguir estudiando este fenómeno.

Los resultados indican que los participantes entrevistados manifestaron una resistencia y negación para recibir tratamiento, mostrando una baja percepción de riesgo en relación con su consumo de cristal y las consecuencias físicas y psicológicas asociadas. Además, argumentaron la opción de afrontar el problema de consumo de cristal de manera independiente, sin buscar asistencia externa. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos por Cumming et al. (2016),

quienes llevaron a cabo una revisión sistemática de 11 estudios en 5 países sobre las barreras en la búsqueda de tratamiento para el consumo de metanfetamina. Los participantes de dichos estudios consideraron que el tratamiento no era necesario y prefirieron superar el consumo por sus propios medios, prescindiendo de la asistencia médica. Esta barrera resulta relevante para comprender la percepción de riesgo del consumo entre las personas que usan cristal, así como enfatiza la importancia de investigar las percepciones de estas personas acerca de cómo enfrentar su consumo.

De igual forma, se encontró barreras relacionadas sobre la falta de confianza de las personas usuarias de cristal para poder mantenerse en abstinencia, expresando dificultades para el cumplimiento y seguimientos de planes familiares por la incapacidad de abstinencia. Estos resultados son similares a los encontrados por *Elkashef et al. (2008)*, en un estudio realizado con 30 pacientes dependientes de cristal, encontrando que las personas usuarias de cristal muestran mayores niveles de recaídas durante el tratamiento farmacológico y psicológico. Con esto, es necesario realizar un análisis más profundo de las barreras sobre la incapacidad de abstinencia de las personas usuarias de cristal, ya que pueden proporcionar información fundamental para el desarrollo de programas de intervención en cuanto a la reducción de recaídas y abandono del tratamiento.

Se han identificado diversas barreras no sistemáticas o actitudinales entre los participantes. Estas barreras incluyen: la autodeterminación como medio para superar la adicción y cambiar su patrón de consumo, la negación de la adicción y la resistencia a buscar tratamiento, la necesidad de intervención de familiares y amigos para iniciar la búsqueda de tratamiento y las dificultades en la adherencia al tratamiento. Resultados similares fueron encontrados por *Alexander et al. (2018)* en un estudio cualitativo realizado en Sydney, Australia, con 202 individuos en proceso de abstinencia de consumo de cristal. Los participantes reportaron barreras internas como la baja percepción de autoeficacia para afrontar la adicción, pensamientos contradictorios sobre el consumo de cristal y los efectos secundarios experimentados durante la abstinencia, lo cual dificultaba su recuperación y la cesación del consumo. *Cogger et al. (2008)* también encontraron resultados similares en su estudio con 360 usuarios de cristal en proceso de desintoxicación o sin tratamiento, observando que la tasa de mantenimiento de abstinencia disminuía significativamente con el tiempo: del 33% de usuarios que se mantenían abstinentes a los 3 meses de desintoxicación, al 14% después de un año, y al 6% a los 3 años desde el inicio del proceso de desintoxicación. Estos hallazgos destacan las dificultades que enfrentan los usuarios de cristal tanto para iniciar la búsqueda de tratamiento como para mantener la abstinencia, subrayando la necesidad de desarrollar intervenciones efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y el mantenimiento de la abstinencia, así como de implementar estrategias efectivas para que los usuarios puedan reconocer su adicción y sentirse motivados para buscar tratamiento.

Para abordar el estigma como barrera para el tratamiento de la adicción, es importante crear un entorno de apoyo y comprensión que promueva el acceso y la utilización de los servicios de tratamiento de la adicción. Esto puede incluir el uso de campañas de concientización sobre las consecuencias del consumo de cristal, las dificultades que presentan las personas usuarias de cristal para la integración a la sociedad y el incentivar a personas usuarias de cristal a la búsqueda de tratamiento y la promoción de políticas públicas no prohibicionistas y que protejan los derechos de las personas con problemas de adicción, como la participación de las personas con problemas de adicción en estrategias de reducción de daños, autorregulación y prestación de servicios que cubran las necesidades básicas de estas personas (*Suárez & Clua-García, 2021*). Por último, resalta la necesidad del desarrollo e implementación de programas de intervención del consumo de cristal que consideren la estigmatización y discriminación de la persona usuaria de cristal como un apartado fundamental para su posterior reinserción a la sociedad.

4.1 Conclusiones

Comprender y abordar las principales barreras a las que se enfrentan los usuarios de cristal al buscar tratamiento juega un papel fundamental en la creación de programas de prevención e intervención efectivos que aseguren un acceso equitativo a servicios que se ajusten a sus necesidades específicas.

Las barreras sistemáticas o estructurales que se identificaron en este estudio (económicas y estigma social), es necesario desarrollar políticas que permitan un acceso más equitativo a los servicios de tratamiento por adicciones para todas las personas, independientemente de su capacidad económica. Así mismo es importante desarrollar campañas de concientización y educación pública para combatir la estigmatización y aumentar la comprensión de

la adicción como una enfermedad que debe tratarse. Además, es crucial implementar medidas efectivas para hacer frente a la estigmatización que enfrentan las mujeres consumidoras, tanto a nivel societal como en la formación de profesionales de la salud que se especialicen en el tratamiento de esta población específica. La estigmatización puede tener efectos perjudiciales en la vida de estas mujeres, limitando su acceso a servicios de calidad y generando barreras adicionales para buscar ayuda y apoyo. Por tanto, es imprescindible promover una mayor consciencia y comprensión sobre las circunstancias únicas que enfrentan las mujeres consumidoras, desafiar los estereotipos negativos y desarrollar enfoques de atención y tratamiento basados en la igualdad de género. Al darle peso a esta necesidad, se podrá garantizar que todas las personas, independientemente de su género, reciban la atención adecuada para superar los desafíos asociados al consumo de sustancias.

Sobre las barreras no sistemáticas o actitudinales que se identificaron (incapacidad de abstinencia, resistencia a recibir algún tratamiento, voluntad propia como forma de recuperación y necesidad de intervención externa), se evidencia la importancia de incluir en los programas de prevención e intervención, componentes y estrategias que brinden un enfoque más comprensivo y realista del tratamiento del consumo de cristal. Se deben considerar también, estrategias que involucren a la familia y otros miembros de la red de apoyo de la persona consumidora ya que, siempre habrá circunstancias en las que la intervención de un tercero seguirá siendo necesaria para motivar a la persona a buscar un tratamiento.

Por último, las barreras de permanencia y/o adherencia. La existencia de lugares donde hay maltrato y violaciones a los derechos humanos se debe a distintos factores, uno de ellos es la oferta y la demanda, cada vez son más los centros residenciales que abren sus puertas, sin embargo, cada vez son menos los que se encuentran regulados por alguna autoridad. Este rechazo a los procesos evidencia la necesidad de desarrollar programas de intervención flexibles y adaptables, donde los usuarios tengan la opción de participar en programas residenciales a corto o largo plazo, así como la opción de recibir tratamiento ambulatorio en lugar de tratamiento residencial, si el usuario así lo decide. Incluir la participación activa del usuario en su tratamiento, eligiendo actividades y terapias que vayan acorde a sus necesidades y preferencias individuales. Además, es esencial contar con el respaldo de familiares, amistades y profesionales de la salud mental, quienes desempeñan un papel crucial al brindar información y orientación para la toma de decisiones informadas y desarrollar habilidades de afrontamiento y resiliencia necesarias para enfrentar los desafíos que conlleva el proceso de recuperación. De esta manera, se fortalece la posibilidad de ofrecer un tratamiento integral y efectivo.

4.2 Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la financiación de la presente investigación. Al departamento de atención e investigación en Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

5. Referencias

- Alexander, A. C., Obong'oro, C. O., Chavan, P. P., Dillon, P. J., & Kedia, S. K. (2018). Addicted to the 'life of methamphetamine': Perceived barriers to sustained methamphetamine recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(3), 241-247. <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1282423>
- Ali, M. M., Teich, J. L., & Mutter, R. (2017). Reasons for not seeking substance use disorder treatment: variations by health insurance coverage. *The journal of behavioral health services & research*, 44, 63-74. <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9538-3>
- Cogger, N., Evans, D. L., Hodgson, D. R., Reid, S. W., & Perkins, N. (2008). Incidence rate of musculoskeletal injuries and determinants of time to recovery in young Australian Thoroughbred racehorses. *Australian veterinary journal*, 86(12), 473-480. <https://doi.org/10.1111/j.1751-0813.2008.00359.x>

Kalina Isela Martínez Martínez, Lorenia Robles Villarreal, Yancarlo Lizandro Ojeda Aguilar y Jafet Hernández Villafuerte

Cumming, C., Troeung, L., Young, J. T., Kelty, E., & Preen, D. B. (2016). Barriers to accessing methamphetamine treatment: a systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence, 168*, 263-273. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.001>

Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive behaviors, 18*(3), 347-353. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(93\)90036-9](https://doi.org/10.1016/0306-4603(93)90036-9)

Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G., White, J., Wickes, W., et al. (2008). Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update. *Subst Abus 29*: 31–49. <https://doi.org/10.1080/08897070802218554>

Forth-Finegan, J. L. (1992). Sugar and Spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction A Literature Review. *Journal of Feminist Family Therapy, 3*(3-4), 19-48. https://doi.org/10.1300/J086v03n03_03

Hammarlund, R., Crapanzano, K. A., Luce, L., Mulligan, L., & Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation, 115*-136. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183256>

Inciardi, J. A., & Pottieger, A. E. (1994). Crack-cocaine use and street crime. *Journal of Drug issues, 24*(2), 273-292. <https://doi.org/10.1177/002204269402400205>

Smith, J. A., Tindall, L., Flower, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research.*, *Qualitative Research in Psychology, 6*(4), 346-347. <https://doi.org/10.1080/14780880903340091>

Krendl, A. C. & Perry, Brea, L. (2022). Addiction onset and offset characteristics and public stigma toward people with common substance dependencies: A large national survey experiment. *Drug and Alcohol Dependence. 237*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109503>

Martínez, K. I., Contreras, M. E., Ojeda, Y. L., & Pedroza, F. J. (2022). Perspectiva de los profesionales de la salud mental sobre el consumo de metanfetaminas y opiáceos en el estado de Aguascalientes. *Espacios Traslacionales, 9*(1), 96-110.

Martínez, K. I., Ojeda, Y. L., Hernández, J., & Contreras, M. E. (2023). Depression and Suicidal Behavior Comorbidity in Patients Admitted to Substance-Use Residential Treatment in Aguascalientes, Mexico. *Journal of Evidence-Based Social Work, 1*-12. <https://doi.org/10.1080/26408066.2023.2172368>

McCutcheon, J. M., & Morrison, M. A. (2014). Injecting on the Island: a qualitative exploration of the service needs of persons who inject drugs in Prince Edward Island, Canada. *Harm reduction journal, 11*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-10>

Ogders, O. & Galaviz, G. (2017). Entre la espera y la esperanza: construcción de la esperanza en internos de centros de rehabilitación para usuarios de drogas. *Revista Electrónica Educare, 21*(2), 1-19. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.68925>

Shatterproof & The Hartford. (2021). Shatterproof Addiction Stigma Index. Estados Unidos.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las Adicciones (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*. Ciudad de México: Autores. https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view

Suárez, A. L., & Clua-García, R. (2021). Políticas públicas dirigidas a personas consumidoras de drogas: Estrategias para la desestigmatización y la promoción de los derechos humanos. *Salud colectiva*, 17, e3041. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3041>

SISVEA (2021, September). Informe SISVEA 2021. Gobierno de México: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/760957/informe_sisvea_2021.pdf

Taylor, A. (1998). Needlework: The lifestyle of female drug injectors. *Journal of drug issues*, 28(1), 77-90. <https://doi.org/10.1177/002204269802800105>

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2022). Drug Market Trends. Cocaine, amphetamine-type stimulants. New psychoactive substances. https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_4.pdf.