



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**BARRERAS DE TRATAMIENTO EN EL ACCESO A SERVICIOS DE
SALUD MENTAL EN POBLACIÓN QUE CONSUME CRISTAL EN LA
CIUDAD DE MÉXICO**

**T E S I S
QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A
María José Adaya Alegría**

DIRECTORA: DRA. CLAUDIA RAFFUL LOERA

REVISOR: DR. RICARDO OROZCO ZAVALA

SÍNODO

DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ XICOTENCATL

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2024





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A mi mamá

Mi compañera de vida
que con su incondicional amor me ha enseñado a ser valiente, justa y feliz.

Mami, valoro tanto el esfuerzo que has hecho para que yo pudiera vivir una vida plena.
Gracias por ser mi hogar y mostrarme las cosas realmente valiosas en la vida.

Agradecimientos

A papá Álvaro, por tu apoyo y amor. Por contagiarme tu pasión por la lectura y gusto por los boleros.

A mamá Luci, por acompañarme en mi primer día de cada etapa, por tu tiempo y tu genuino cariño.

A mi abuelita Rosa, por hacerme compañía en muchas tardes de estudio. Por mostrarme una vida llena de flores, colores y ternura.

A mamá Leti, por tus cuidados.

A Ker, por recordarme que todas las metas son posibles de alcanzar.

A mis amigas, por las risas, consejos y apapachos.

Dra. Claudia Rafful, gracias por los espacios que creas para compartir con tus estudiantes tanto conocimiento y por tu paciencia durante este camino. Te admiro por ser una ética investigadora y bondadoso ser humano.

Al Dr. Ricardo Orozco, por aceptar formar parte del equipo y sus valiosas aportaciones al proyecto.

A mi sínodo: Dra. Angélica Juárez, Dr. Omar Sánchez y Dr. José Alfredo Contreras, agradezco su apoyo durante todo el proceso.

Al laboratorio de salud mental, uso de sustancias y políticas públicas, por recibirme con calidez el día uno, por hacer tan ameno el espacio de estudio, por toda la ayuda que me brindaron para realizar el proyecto y por su gran sensibilidad al decidir trabajar en la construcción de un mundo distinto para las personas que consumen sustancias.

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
<i>Metanfetamina</i>	6
<i>Consumo de metanfetamina asociado a padecimientos mentales</i>	9
<i>Poblaciones que usan metanfetamina</i>	14
<i>Epidemiología del consumo de metanfetamina en México y el mundo</i>	19
<i>Uso y acceso a servicios de salud en personas que usan sustancias en México</i>	22
<i>Barreras de tratamiento en servicios de salud mental en población que consume cristal</i>	23
Justificación y planteamiento del problema.....	33
Método.....	34
<i>Pregunta de investigación</i>	34
<i>Objetivo general</i>	34
<i>Objetivos específicos</i>	34
<i>Hipótesis</i>	35
<i>Muestra</i>	35
<i>Criterios de inclusión</i>	36
<i>Criterios de exclusión</i>	36
<i>Criterios de eliminación</i>	36
<i>Tipo de estudio</i>	36
<i>Procedimiento</i>	37
<i>Instrumentos</i>	38
<i>Análisis estadístico</i>	38
<i>Metodología cualitativa</i>	39
<i>Lineamientos éticos</i>	39
Resultados.....	40
Resultados cuantitativos.....	40
Resultados cualitativos.....	50
Discusión	65
Referencias.....	80

Resumen

Introducción: solamente una parte de la población que consume sustancias psicoactivas logra iniciar tratamiento, y quienes acuden a servicios de salud mental, tardan entre 6 a 18 años en iniciar la búsqueda de éste. Objetivo: conocer la asociación entre las barreras de tratamiento y sintomatología depresiva que enfrentan quienes usan cristal de metanfetamina en la Ciudad de México. Método: estudio de metodología mixta, no experimental, transversal de alcance descriptivo, que mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve conformó una muestra de 186 personas de 18 años de edad o más que consumen cristal. Respondieron una encuesta en línea (n=186) sobre datos sociodemográficos, barreras de acceso a tratamiento (WMH-CIDI) y nivel de síntomas depresivos (BDI). Análisis descriptivos y de Ji cuadrada permitieron conocer la asociación entre barreras de tratamiento y sintomatología depresiva. En una submuestra intencional en personas con distintos patrones de consumo y sexo (n=22) se realizaron entrevistas cualitativas semiestructuradas para comprender diversas experiencias del uso de cristal. Resultados: se encontró significancia ($p < .001$) entre *“Me preocupaba qué pensaría la gente si se enteran que estaba en tratamiento”* y *“Tenía miedo que me internaran de manera involuntaria”* con el nivel de síntomas depresivos. También se hallaron vivencias de estigma por parte del personal de salud, familia y pares. Discusión: las experiencias de estigma asociadas al consumo de cristal impactan en la sintomatología depresiva de quienes lo consumen. Ambos, el estigma y la naturaleza de los síntomas depresivos obstaculizan la búsqueda de tratamiento profesional a quienes usan cristal.

Palabras clave: barreas de tratamiento, consumo de sustancias, metanfetamina, cristal.

Abstract

Background: only a small proportion of people with substance use starts treatment and for those seeking care at mental health services takes 6 to 18 years to begin treatment seeking. Aims: know the link between treatment barriers and depressive symptomatology among people with crystal methamphetamine use in Mexico City. Method: mixed methods non-experimental descriptive research. A non-probabilistic snowball sampling acquires 186 participants with crystal use and 18 years age or more. They responded an online survey (n=186) about sociodemographic data, treatment barriers (WMH-CIDI) and depressive symptoms (BDI). Qualitative interviews were applied with a sub-sample of people with different patterns of consumption and sex (n=22). Results: statistical significance ($p < .001$, from chi-squared tests) was found between “I was concerned about what others might think if they found out I was in treatment” and “I was scared about being put into a treatment center against my will” with depressive symptoms level. Also found stigma experiences from healthcare providers, family and friends. Discussion: stigma experiences associated with crystal use impacts on depressive symptomatology. Both, crystal consumption and the nature of depressive symptoms blocks the treatment seeking.

Keywords: barriers to treatment, substance use, methamphetamine, crystal.

Introducción

Metanfetamina

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) definió las sustancias psicoactivas como aquellas que modifican la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad, tanto física como mental. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a cualquier grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas.

Otro término que también se ha utilizado en el lenguaje coloquial para referirse a las sustancias que pueden influir en procesos cerebrales vinculados con la gratificación y el placer y que generalmente son sustancias controladas o prohibidas por disposiciones es la palabra drogas (OMS, 1994; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010).

Sin embargo, en 2022 la OPS definió las sustancias psicoactivas como diversos compuestos naturales o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y del comportamiento.

Las sustancias psicoactivas se pueden categorizar de distintas maneras, a continuación, se describen algunas:

- A) Por su legitimidad, se pueden identificar como drogas legales a las sustancias legítimamente disponibles mediante prescripción médica o sin ella, en una determinada jurisdicción. En contraste, las drogas ilegales son sustancias psicoactivas cuya producción, venta o consumo están prohibidos (OMS, 1994).
- B) Según su origen natural o sintético, el cual depende de las características de la fabricación de la sustancia. Las sustancias psicoactivas naturales se obtienen refinando o procesando el producto vegetal (Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y

Prevención del Delito [OFDPD], 2001); las de tipo sintético, como su nombre lo indica, se sintetizan en un laboratorio, normalmente a partir de productos químicos. Las drogas sintéticas pueden ser copias de sustancias que se presentan en la naturaleza, modificaciones de dichas sustancias o creaciones nuevas que no tienen homólogos naturales (OFDPD, 2001)

C) La OMS en 2004 las clasificó en estimulantes, depresoras, opioides y alucinógenas, según sus efectos en el sistema nervioso central (SNC):

- Las sustancias depresoras disminuyen la actividad del SNC, disminuyen la percepción de los estímulos, relajan y proporcionan sensación de bienestar y tranquilidad (Secretaría de Salud, 2023).
- Los alucinógenos son sustancias cuyo efecto impacta casi totalmente en los centros de integración sensorial y perceptual (Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2016), al consumirlo se altera la actividad psíquica de la persona produciendo cambios en la percepción como alucinaciones, modificaciones en el estado de ánimo y en los procesos del pensamiento (Secretaría de Salud, 2023).
- Los opioides son aquellos compuestos que se extraen de la planta adormidera, así como aquellas sustancias psicoactivas elaboradas de manera sintética y semisintética. Su uso provoca efectos analgésicos y sedantes, cuando se ingieren, los opioides pueden provocar euforia (OMS, 2020).
- Los estimulantes, sustancias que en el SNC activan, estimulan o incrementan la actividad neuronal por lo que su consumo puede provocar alteración fisiológica y del comportamiento (OMS, 1994).

Entre este último grupo de sustancias psicoactivas estimulantes se encuentran los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA), que son un grupo de sustancias sintéticas donde se incluyen la anfetamina, metanfetamina, las sustancias tipo éxtasis, entre otras (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2014).

Aunque en el pasado los ETA fueron utilizados para distintos fines; como en la Segunda Guerra Mundial para aumentar la resistencia y el rendimiento de los soldados o en la década de 1960 en Estados Unidos donde se prescribían anfetaminas como medicamento para tratar depresión y obesidad (Anglin et al., 2000), actualmente tanto la anfetamina como la metanfetamina están bajo control internacional y están incluidas en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pues se consideran sustancias que presentan riesgo de uso indebido, peligro para la salud pública y su valor terapéutico es de moderado a bajo (UNODC, 2014; 2018).

Sobre la metanfetamina, esta sustancia se puede fumar, inyectar, ingerir, inhalar o disolver de manera sublingual, también puede administrarse por vía rectal o disolverse y tomarlo en líquido (Courtney y Ray, 2014), y a través de algunos procesos químicos, la metanfetamina base se puede purificar de tal manera que el producto resulta como metanfetamina en forma de polvo o cristal, de ahí que también sea nombrada como *ice* (hielo) o cristal debido a su forma cristalina (Chomchai y Chomchai, 2015).

Estudios han reportado que el cristal es la metanfetamina en su forma más pura, ya que al fumarlo se generan efectos similares a los de una dosis inyectada, por lo que con esta forma de autoadministración la sustancia logra una rápida absorción en sangre y puede llegar rápidamente al cerebro sin pasar por órganos que reducen la cantidad de sustancia que llega al cerebro, como el hígado (Cho, 1990), lo cual resulta importante pues a la par se ha encontrado que consumir

metanfetamina de cristal está asociado con mayor incidencia al trastorno por uso de metanfetamina, en contraste con consumos de la sustancia en formas de menor pureza (McKetin et al., 2006).

Es necesario mencionar que se entiende como trastorno por uso de sustancias (TUS) al conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos y del comportamiento, en los que el consumo de una o varias sustancias psicoactivas adquieren gran prioridad en la vida de una persona, implica la necesidad de usar dicha sustancia en repetidas ocasiones y aun experimentando consecuencias negativas por dicho uso, la persona continúa recurriendo a la sustancia, por lo que el TUS indica la presencia de una alteración en el control del consumo (UNODC, 2018; OMS, 1964).

Continuando con las características del consumo de metanfetamina, se sabe que cuando ésta se usa, el pico máximo de los efectos cardiovasculares y subjetivos ocurre entre 5 a 15 minutos después de haberla inhalado, 15 a 20 minutos después de haberla fumado y 3 horas después de ingerirla (Chomchai y Chomchai, 2015). Respecto a la cantidad del consumo, en dosis consideradas como bajas (10 mg), los efectos en las personas que consumen son principalmente neurológicos, como el incremento del estado de alerta y atención, resistencia, deseo sexual, sensación de bienestar, así como disminución del apetito; en consumos de 25 a 30 mg o más, la metanfetamina aumenta la actividad simpática y provoca la constricción de los vasos sanguíneos, aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial, disminuye el flujo sanguíneo al corazón y se altera el ritmo cardiaco (Chomchai y Chomchai, 2015).

Consumo de metanfetamina asociado a padecimientos mentales

Respecto a las consecuencias del consumo de metanfetamina, se sabe que tanto el consumo en dosis altas como el uso recreativo, así como el inicio de síntomas psicóticos, de los cuales se han señalado principalmente alucinaciones auditivas, visuales, delirios referenciales,

delirios persecutorios y diálogo desorganizado, están asociados al trastorno por uso de metanfetamina (Bramness et al., 2012; Zweben et al., 2004).

Otra consecuencia es la presencia de sintomatología psicótica, de ahí que en un metaanálisis hayan calculado una prevalencia de 36.5% del trastorno psicótico inducido por sustancias entre personas con consumo problemático de metanfetamina, situación que podría evidenciar un problema de salud frecuente en esta población (Lecomte et al., 2018).

Lo anterior resulta de interés ya que incluso las personas con consumo recreativo tienen dos a tres veces más probabilidad de experimentar síntomas psicóticos que la población general (McKetin et al., 2010), aunado a que el riesgo aumenta si comenzaron a consumir metanfetamina a temprana edad o si consumen grandes cantidades (C. K. Chen et al., 2003).

McKetin y colaboradores en 2013, mostraron que población con trastorno por consumo de la metanfetamina es 5 veces más propensa a experimentar síntomas psicóticos en los periodos que consumen la sustancia que cuando se encuentran en abstinencia, también hallaron un efecto dosis-respuesta entre la frecuencia del consumo de metanfetamina y los síntomas psicóticos, alcanzando una probabilidad máxima de psicosis del 48% cuando las personas consumían 16 días continuos o más. Es importante mencionar que en dicho estudio se controló el policonsumo con cualquier otra sustancia psicoactiva, lo cual indica que los síntomas psicóticos se atribuyeron exclusivamente a los efectos del consumo de metanfetamina y no al de otras sustancias.

Respecto a los síntomas que se ha reportado que experimenta esta población (McKetin et al., 2017) se encuentran principalmente delirios de persecución y alucinaciones táctiles, mismos que se han relacionado mayormente a psicosis de tipo transitoria asociada a la metanfetamina, ya que en este tipo de psicosis los síntomas ocurren únicamente cuando la persona está en consumo de la sustancia. Por otro lado, cuando se padece psicosis de tipo persistente asociada a la

metanfetamina, los síntomas psicóticos ocurren cuando la persona está en consumo y al igual que cuando está en abstinencia, en este tipo de psicosis los síntomas que se han identificado mayormente son ideas de referencia, interferencia en el pensamiento, alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias, y táctiles.

Wearne y Cornish (2018) señalaron que independientemente de su genética y predisposición de la personalidad, el uso de metanfetamina puede provocar cambios fisiológicos persistentes en quienes la consumen, por lo que incluso se ha sugerido que el consumo de metanfetamina podría llevar a padecer psicosis crónica aún en aquellas personas que no tenían factores de riesgo de padecimientos psiquiátricos (Grelotti et al., 2010), por lo que no es de sorprenderse que quienes consumen cristal tiendan a reportar mayormente síntomas psicóticos que quienes consumen la sustancia en otras formas (Lappin et al., 2016), lo cual supone que la forma y la vía de administración de la metanfetamina resulta ser un factor importante para determinar la probabilidad de la aparición de síntomas psicóticos en las personas que usan dicho estimulante (Wearne y Cornish, 2018).

Wearne y Cornish (2018) afirman que la psicosis inducida por metanfetaminas representa un detonante importante para el desarrollo de trastornos psicóticos, por lo cual sugieren que a partir de la investigación se guíe el manejo, intervenciones tempranas y las políticas relacionadas con este padecimiento, todo con el fin de evitar la progresión de dicha condición de salud.

De acuerdo con lo anterior, se sabe que las personas que usan sustancias tienden a presentar patología dual entre el trastorno por uso de sustancias y trastorno depresivo mayor (Li et al., 2022). Al respecto, Tirado-Muñoz et al. (2018) sintetizaron tres hipótesis con el fin de explicar dicha ocurrencia: 1) el trastorno por consumo de sustancias y trastorno depresivo mayor tienen factores de riesgo en común como haber experimentado alguna situación de trauma, la

genética, haber atravesado por eventos estresantes en la vida y tener daño neurológico previo; 2) la adicción a ciertas sustancias psicoactivas puede provocar cambios neurobiológicos que repercuten en el trastorno depresivo mayor; 3) algunas personas pueden usar sustancias como una forma de disminuir los síntomas causados por el trastorno depresivo mayor. Es decir, este trastorno psicoafectivo es de alguna manera aliviado por el trastorno por uso de sustancias.

De acuerdo con Tirado-Muñoz et al., (2018) “la comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y la depresión mayor es la patología dual más común en el campo de las adicciones a sustancias” (p. 66), padecimientos que en conjunto también se han asociado con conducta suicida, de ahí que un estudio longitudinal en el cual se siguió a personas que padecían trastorno depresivo mayor, se encontrara como factor de riesgo de cometer suicidio el padecer simultáneamente algún trastorno por consumo de sustancias (Bolton et al., 2010), resulta alarmante que se reporten prevalencias de patología dual entre trastornos por uso de sustancias y depresión mayor oscilando entre el 12% y el 80%, ya que el trastorno depresivo complica la respuesta al tratamiento para trastorno por consumo de sustancias, afectando el pronóstico de los pacientes (Tirado-Muñoz et al., 2018).

Respecto a los factores de riesgo que se han asociado a padecer depresión en población usuaria de sustancias, se ha mencionado el consumo de metanfetamina en dosis altas, aumentar la frecuencia del consumo, personalidad impulsiva y consumir periodos más prolongados (Su et al., 2018). Otro factor que se relaciona a padecer depresión en personas que consumen metanfetamina es el abuso en la infancia. Autores han encontrado que sufrir abuso emocional, abuso sexual, así como haber experimentado negligencia emocional y física incrementan el riesgo de experimentar sintomatología depresiva (Chen et al., 2019). Incluso se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre haber experimentado negligencia emocional en la

infancia y la duración del consumo de sustancias, lo cual puede indicar que haber sufrido abuso sexual y abandono emocional pudieran agudizar la severidad de la sintomatología depresiva en personas que usan metanfetamina (Chen et al., 2019).

Como se ya se ha mencionado, el trastorno por uso de metanfetamina, el consumo vía intravenosa, experimentar sintomatología depresiva en nivel moderado o severo, tener historial de depresión aguda, además del género, influyen como factores de riesgo para llevar a cabo intentos de suicidio (Glasner-Edwards et al., 2008), en contraste con los usuarios de opioides, quienes al padecer síntomas de depresión tienen un incremento de tener recaídas después de haber estado en periodos de abstinencia (Feingold et al., 2018).

Ma y colaboradores en 2018 realizaron un estudio en el cual investigaron la relación entre experimentar sintomatología psiquiátrica y la cantidad de tiempo de consumo en años entre personas que usan metanfetamina, la muestra fue conformada por 1277 personas mayores de 18 años, 87% hombres y 13% mujeres residentes en un centro de rehabilitación por consumo de sustancias. Del total de participantes, 704 reportaron consumir desde hace menos de un año; 458 señalaron de 1 a 5 años de consumo, mientras que 115 indicaron consumir metanfetamina desde hace más de 5 años; a su vez, se identificó como edad promedio de inicio de consumo de metanfetamina 28 años, la principal forma de consumo en la mayoría de las personas (89.9%) era fumándola y casi la mitad de los participantes (44.5%) tenía trastorno por uso de metanfetamina, mientras que la mitad de la muestra (52.3%) ya había recibido tratamiento por uso de sustancias con anterioridad, y el 59.7% tenía historial de policonsumo (Ma et al., 2018).

En dicho estudio y con el fin de evaluar sintomatología depresiva, los investigadores aplicaron el Inventario de Depresión de Beck en su versión corta de 13 ítems, los resultados indicaron que 39.5% de las personas experimentaban sintomatología depresiva; quienes

comenzaron a consumir metanfetamina menos de 12 meses antes, se halló que el 32.5% experimentaba síntomas de depresión; entre quienes reportaron tener de 1 a 5 años de consumo, el 45.9% reportaron sintomatología depresiva; y quienes que refirieron consumir desde hace más de 5 años, el 56.5% experimentaba sintomatología depresiva, lo cual sugiere que a mayor tiempo de uso de metanfetamina, mayor presencia de síntomas psiquiátricos (Ma et al., 2018).

Poblaciones que usan metanfetamina

Conocer las características de las personas y los elementos del contexto que conllevan al consumo de metanfetaminas permite diseñar y dirigir estrategias para disminuir la demanda de la sustancia y, a la par, disminuir el efecto social asociado con ellas (Jiménez y Castillo, 2011). Por lo anterior, a continuación, se describen estudios en distintas poblaciones donde se ha explorado el consumo de metanfetaminas y se exponen, entre otras variables, el motivo de inicio del consumo, las razones que lo mantienen y las consecuencias que las personas que usan esta sustancia han experimentado a causa de su uso.

Jiménez y Castillo (2011) indagaron la experiencia del consumo de cristal/ice en personas de una unidad residencial en Tijuana, donde a partir de narraciones de los participantes, conocieron las prácticas y el contexto del uso de metanfetamina. En dicho estudio participaron 4 mujeres y 18 hombres con edad promedio de 29 años, la mayoría solteros y con actividad laboral remunerada, quienes además de consumir cristal, también reportaron el consumo de otras sustancias psicoactivas; como principales motivos por los cuales empezaron a consumir cristal, señalaron haber experimentado curiosidad, además de la accesibilidad que, si bien dicha disponibilidad no es sinónimo de consumo, sí propicia la posibilidad de probar una sustancia nueva (Jiménez y Castillo, 2011).

Respecto a las expectativas de lo que obtendrían a partir del uso de metanfetamina, se encontró el reducir su peso corporal (situación señalada sobre todo por mujeres), aumentar el rendimiento laboral, mantenerse con energía, modificar su estado emocional, en especial cuando se perciben tristes, aumentar su interacción social y en algunos casos, indicaron mantener el consumo debido al agrado de la sustancia respecto a la búsqueda de sensaciones placenteras (Jiménez y Castillo, 2011).

Sobre la relación entre el uso de cristal y el deseo del placer sexual, los participantes describieron que dichas sustancias sí logran ser un condicionante en el ejercicio de la sexualidad, pues su uso casi siempre logra dar la seguridad de lograr encuentros sexuales más intensos y duraderos, aunque cabe destacar algunos participantes señalaron, por el contrario, el consumo les reduce o inhibe el deseo sexual. También importa señalar que, en contraste con los hombres, a las mujeres de esta muestra el uso de metanfetamina las ha llevado a involucrarse en prácticas sexuales que posteriormente les provocan sentimientos de arrepentimiento, motivo que incluso ha influido en frenar el consumo (Jiménez y Castillo, 2011). Por otro lado, en cuanto a las consecuencias del consumo, los participantes destacaron que llega un momento en el cual dirigen su atención y prácticamente su vida al consumo y la forma de conseguir los recursos para llevarlo a cabo, señalaron que el uso de metanfetamina les desinhibe a tal grado que actúan de manera impulsiva y en ocasiones violenta, incluso en sus encuentros sexuales, al punto en que el objetivo inicial para usar la sustancia ya tiene poca o nula relevancia (Jiménez y Castillo, 2011).

De manera similar, Fast y colaboradores (2014) exploraron las distintas y complejas formas de uso de metanfetamina en una muestra de 75 participantes de entre 14 y 26 años de edad, de los cuales la mayoría creció en hogares de bajos ingresos y con carencias materiales, habían experimentado violencia o negligencia (57.33%), contaban con un diagnóstico de alguna

enfermedad mental (58.66%), tenían historial de cuidado infantil gubernamental (44%) y cerca de la mitad tenía historial en el sistema de justicia de menores o había cumplido algún tiempo bajo prisión provisional como adulto (48%). Respecto al uso de metanfetamina, 73.33% había consumido al menos una vez en la vida, mientras que el 60% señaló haberse inyectado dicha sustancia en al menos una ocasión (Fast et al., 2014).

También señalaron que iniciaron y por cierto tiempo mantuvieron el consumo debido a que la metanfetamina les ayudaba a sobrevivir en la calle, tener conductas que llamaron “socialmente aceptables”, como generar ingresos, interesarse en actividades recreativas, socializar con amigos y tener encuentros sexuales, incluso señalaron el uso de la sustancia como tratamiento por problemas de salud mental, de modo que encontraron el uso de metanfetamina como algo que podría mediar la exclusión que experimentaban y abrirse nuevas posibilidades afectivas, vivenciales y sociales. Otros de los participantes indicaron que comenzaron a usar metanfetamina de manera intencional para lograr alejarse del consumo de heroína o crack, pues en un inicio el consumo de metanfetamina les hacía sentir productivos, contrario al crack y heroína, y además les ayudaba a mediar los síntomas físicos de la abstinencia, principalmente del crack (Fast et al., 2014).

Sin embargo, los participantes detallaron que, después de cierto periodo de uso de metanfetamina, pudieron notar lo problemático que éste se tornaba y los daños que causaba a su apariencia y su salud mental. Indicaron que, mientras su consumo de metanfetamina progresaba, controlar estos efectos negativos de su uso se volvía cada vez más difícil de conseguir, por lo que ya no les permitía hacer “una vida normal” y, por el contrario, las actividades que en un inicio se les facilitaba llevar a cabo, posteriormente los excluía de ellas, de modo que algunos volvieron al

uso frecuente de crack o heroína, mismas que en el pasado habían dejado por iniciar el uso de metanfetamina (Fast et al., 2014).

En la comunidad de hombres gay también se ha estudiado el uso de sustancias psicoactivas en contextos de *raves* y vida nocturna, pues se sabe que este uso se ha convertido en algo esencial, ya que el inicio de consumo de sustancias conlleva expectativas que se relacionan con el deseo de intimidad sexual, su vida emocional y relaciones de pareja (Amaro, 2016). Sin embargo, en muchas ocasiones esta población navega entre cuidar su salud y mantener sus lazos afectivos con otros hombres, pues frecuentemente continúan en consumo para mantener esas redes personales y comprometen su salud al tener encuentros sexuales en los cuales llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo, como tener sexo anal sin usar condón (*bareback sessions*), *slamming*, que consiste en inyectarse cualquier droga (Amaro, 2016) o *chemsex*, que hace referencia a uso intencional y simultáneo de drogas para facilitar, mejorar y prolongar las relaciones sexuales (Drysdale et al., 2020).

En ocasiones las personas que usan sustancias conocen a sus parejas en sesiones de *chemsex*, situación que puede tener como consecuencia: a) iniciar una nueva relación bajo la influencia de sustancias psicoactivas, con una pareja que también usa drogas, podría llevarles a tener consumos más riesgosos y menos controlados, b) mantener una pareja sentimental podría traerles apoyo simbólico y herramientas que les permitan vivir consumos menos riesgosos, donde la relación simbiótica reduciría el daño (Amaro, 2016).

Otra población que se ha estudiado en la frontera entre México y Estados Unidos respecto al uso de metanfetamina es la de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En una muestra conformada por 92 personas de 28 años como promedio de edad (Loza et al., 2020) encontraron que 20.7% era población HSH, de toda la muestra la edad promedio de inicio de uso de cristal

fue a los 18 años y entre las principales razones por las que iniciaron este uso se encontró curiosidad (38%), para sentir los efectos o placer (22.8%), por amigos o conocidos que usan sustancias psicoactivas (20.9%) y para actividad sexual (13%). Señalaron que las personas con quienes generalmente consumen son amigos cercanos (89.1%), parejas sexuales primarias (22.8%), otras parejas sexuales o clientes (12%) y algún miembro de su familia (10.9%). También se indagó la práctica de sexo transaccional en HSH y quienes no son HSH, 63.2% y 9.6% refirieron haber recibido y 31.6% y 16.4% señalaron haber dado metanfetamina o dinero a cambio de sexo alguna vez en la vida, respectivamente. Por otro lado, 2.7% de quienes no son población HSH señaló haber tenido relaciones sexuales con alguien aun sabiendo que vivía con VIH, en contraste a 0% en HSH; 1.4% en HSH y 10.5% en el resto de la muestra señaló vivir con VIH y 12.3% contra 5.3% se sabe positivo al Virus de la Hepatitis C (VHC), respectivamente (Loza et al., 2020).

En población que se autodefine como heterosexual, Semple y colaboradores (2004) encontraron como principales motivos de consumo, en una muestra de hombres y mujeres con edad promedio de 38 años, querer experimentar los efectos de la sustancia (49.7%), vivir algo nuevo (46.2%) y acudir a fiestas (44.8%). A lo anterior, las mujeres añadieron buscar reducir peso, sentirse más atractivas y sobrellevar su estado de ánimo. Sobre las consecuencias del consumo, entre los participantes que han inyectado (37%) encontraron conductas de riesgo como reutilizar jeringas (68%), compartirlas (47%) e inyectarse con agujas prestadas (46.9%) y, en cuanto a encuentros sexuales, del total de la muestra el 86% refirió haber participado en maratones de sexo mientras estaba bajo los efectos de metanfetamina, y entre aquellos que reportaron practicar sexo anal (33%), refirieron que solamente en un cuarto de sus encuentros usan condón. Finalmente, se encontró que los participantes tienden a consumir cristal

acompañados de amigos (90.9%) o parejas sexuales (86.7%) o en solitario (60%) (Semple et al., 2004).

Epidemiología del consumo de metanfetamina en México y el mundo

La UNODC (2023) señaló en su Informe Mundial sobre las Drogas que en 2021, 1 de cada 17 personas alrededor del mundo de entre 15 a 64 años, habían usado alguna sustancia psicoactiva, en dicho año también se estimó que existían 296 millones de personas con consumo de sustancias, de los cuales 13.2 millones usaban drogas vía inyectada, además, 39.5 millones de personas alrededor del mundo sufrían algún tipo de TUS y solamente 1 de 5 personas recibían tratamiento para este trastorno.

Por otro lado, datos también señalan que en 2021, 36 millones de personas alrededor del mundo consumieron anfetaminas y metanfetaminas, 55% hombres y 45% mujeres (UNODC, 2023b), además se ha sugerido que probablemente la metanfetamina es la sustancia psicoactiva sintética más utilizada y disponible alrededor del mundo (UNODC, 2023a), pues junto con la anfetamina ocuparon el tercer lugar a nivel mundial de uso en el año 2021, seguidas de cannabis y opioides, respectivamente (UNODC, 2023b).

Se sabe que, en contraste con los hombres, las mujeres que usan sustancias tienden a progresar más rápido hacia algún TUS y, respecto al tratamiento por problemas de uso de sustancias, también son las mujeres quienes acuden en menor medida a atención (UNODC, 2023b). Se ha señalado que esta brecha de tratamiento ocurre particularmente en mujeres que usan ETA, actualmente se sabe que casi 1 de cada 2 personas que usan ETA es mujer, pero solamente 1 de 4 personas que están en tratamiento es mujer (UNODC, 2023b).

Registros señalan que en Latinoamérica predomina el uso de estimulantes como cocaína, crack, pasta base de cocaína, anfetamina, metanfetamina y éxtasis (UNODC, 2019), también se

ha reportado que la disponibilidad de metanfetamina en el norte del continente americano aumentó entre el año 2013 y 2016, y fue en este último año que Estados Unidos reportó que la metanfetamina se había convertido en el segundo mayor reto de salud pública respecto a las drogas en dicho país, después de los opioides (UNODC, 2018).

El panorama en México no ha sido muy distinto respecto a otros países en cuanto al incremento del uso de estimulantes, específicamente metanfetamina, lo cual resulta sumamente relevante para el país, pues autores plantean que el incremento de tasas de uso de metanfetamina impacta de manera importante no solamente en términos del sector salud, sino también en que propicia cambios en el comportamiento de los individuos e incide en el surgimiento de problemas sociales (Loza et al., 2020).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2017), la prevalencia del consumo de cualquier droga alguna vez en la vida en la población general de 12 a 65 años fue de 10.3% (hombres, 16.2% y mujeres, 4.8%) y de 2.9% (hombres, 4.6% y mujeres, 1.3%) en el último año. Por otra parte, se identificó que 0.6% de la población, es decir, un aproximado de 546 mil personas (1.1% de los hombres y 0.2% de las mujeres) habían desarrollado algún TUS.

La edad de inicio de consumo de drogas ilícitas que se reportó en dicho periodo fue a los 17.7 años en hombres y 18.2 años en mujeres, se identificó la marihuana como la droga ilegal de mayor consumo alguna vez en la vida y en el último año (8.6% y 2.1%, respectivamente). En segundo lugar, se posicionó la cocaína como droga de mayor consumo, con una prevalencia de 3.5% alguna vez en la vida y de 0.8% en el último año (INPRFM et al., 2017).

Aunque en la ENCODAT (2017) se estimó que 743,437 personas reportaron el consumo de ETA alguna vez en la vida (0.9%), en su mayoría hombres (1.4%) y en menor proporción mujeres (0.4%), en (2014) la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) reportó que, contrario a lo que se ha encontrado en otros grupos etarios, en adolescentes el consumo de estas sustancias es mayor en mujeres adolescentes que en hombres adolescentes, pues de 34,419 (0.2%) jóvenes que consumieron estas sustancias, el 0.2% eran hombres y el 0.3% mujeres (INPRFM et al., 2014).

En la ENCODE también se encontró que el consumo de metanfetaminas en los estudiantes de secundaria y bachillerato está distribuido de manera uniforme en el país con una prevalencia de 2% (2.3% hombres y 1.7% mujeres), reportando el consumo en el último año de 1.3%, y particularmente en el caso de esta sustancia, el uso es ligeramente mayor en hombres (1.5%) en comparación con las mujeres (1.1%) (INPRFM et al., 2014).

De acuerdo con datos más recientes, la Secretaría de Salud (2021) en el informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), señaló que en 2018 la población adolescente que ingresó a centros de tratamiento por TUS reportó como las sustancias psicoactivas más usadas al momento de cometer algún delito: alcohol, marihuana e inhalables, mientras que para el año 2019 se sumó el cristal a esta lista. En cuanto a pacientes que se encontraban bajo efectos de alguna droga al momento de demandar atención médica en los servicios de urgencias en el año 2019, la metanfetamina fue nuevamente identificada por las personas, refiriéndose a ésta como cristal (Secretaría de Salud, 2021). Respecto a lo anterior, es importante mencionar que 56 personas fueron atendidas bajo el consumo de cristal, por lesiones de causa externa (intoxicación o sobredosis) (30.4%) y una cuarta parte (25%) correspondieron a caídas (Secretaría de Salud, 2021).

En el reporte del servicio médico forense del SISVEA 2017-2019 (Secretaría de Salud, 2021), las sustancias mayormente asociadas a defunciones fueron alcohol, seguido de cocaína y marihuana en los tres años reportados. Sin embargo, para 2019 el incremento de muertes asociadas al uso de anfetaminas fue de 8.4% y respecto al cristal fue 0.9%. Resulta interesante que en ese mismo año se reportó en menor proporción defunciones asociadas al consumo de alcohol (63.2%), situación que resalta al compararlo con los datos de esta misma sustancia en los tres años previos; 65.4% en 2018 y 74.9% en 2017 (Secretaría de Salud, 2021).

Con los datos descritos anteriormente no sería de sorprenderse, pero sí de ocuparse, el que la población usuaria de sustancias residente en centros de tratamiento no gubernamentales, posicionaran en cuarto lugar al cristal como droga de inicio, seguido de los inhalables (Secretaría de Salud, 2021).

Uso y acceso a servicios de salud en personas que usan sustancias en México

En cuanto a la cobertura de servicios sanitarios, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2020 el 28.2% de la población vivía carencia en acceso a los servicios de salud y 52% carencia por acceso a la seguridad social (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2018).

Por otro lado, respecto a los servicios de salud por problemas de consumo de sustancias, se ha mencionado que quienes viven con algún TUS requieren de tratamientos según sus características individuales, sobre todo cuando hay presencia de comorbilidad, pues es indispensable ajustar la metodología terapéutica a sus características físicas, psicológicas y sociodemográficas. Se sabe también que los padecimientos por uso de sustancias tienen origen multifactorial, por lo que el proceso de cambio puede resultar complejo de llevar a cabo (Secretaría de Salud y CONADIC, 2019).

Respecto al tratamiento en México, según la Norma Oficial Mexicana 028 SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM 028), en el país existen dos modalidades principales de tratamiento: ambulatorio y residencial. Para el tratamiento ambulatorio existen 340 unidades de servicio de los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y 104 para consulta externa que pertenecen a los Centros de Integración Juvenil (CIJ). Respecto a la modalidad residencial, existen 11 unidades de hospitalización de CIJ y 2,108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones, de las cuales 1,045 están registrados y 348 reconocidos por CONADIC, ya que cumplen con al menos el 80% de estándares de calidad que especifica la NOM 028 (Secretaría de Salud y CONADIC, 2019).

En el país también existen más de 14,500 centros de atención de ayuda mutua, los cuales son creados por personas que en el pasado consumieron algún tipo de sustancia psicoactiva, pero en la actualidad se encuentran en recuperación, de modo que transmiten sus vivencias a partir del consumo a los residentes. Cabe mencionar que, en la mayoría de los casos, quienes manejan los centros no forzosamente cuentan con formación académica en el área de consumo de sustancias, se le conoce como Padrino o Madrina a quien toma el papel de consejero y acompaña durante todo el proceso a la persona que lo necesita, en estos centros se establece como meta terapéutica lograr la abstinencia (Secretaría de Salud y CONADIC, 2019).

Barreras de tratamiento en servicios de salud mental en población que consume cristal

A nivel internacional se ha reportado que 7 de cada 8 personas que tienen algún TUS no reciben la atención adecuada (UNODC, 2021) y específicamente en países de América, se estima que solamente 1 de 4 personas asisten a algún tipo de servicio para tratar este padecimiento (Borges et al., 2019). A su vez, quienes sí logran acudir a servicios de salud mental, tardan entre 6 a 18 años en iniciar la búsqueda de atención en servicios sanitarios (Wang et al., 2007), de

manera que existe una gran brecha entre quienes padecen el trastorno y quienes acuden al servicio de salud para tratarlo, situación que representa un reto para la atención en salud pública (Evans-Lacko et al., 2017).

Asimismo, es importante señalar que el proceso de búsqueda voluntaria de ayuda está constituido por varios pasos. Inicia cuando la persona experimenta los primeros síntomas y es capaz de evaluar tanto el significado como las posibles consecuencias de estos. Posteriormente, define si percibe o no un problema, si necesita algún tipo de tratamiento y si éste pudiese ayudarlo de alguna manera; posteriormente reevalúa los costos y beneficios entre las diferentes opciones de tratamientos, para finalmente decidir a cuál servicio podría acudir para recibir información sobre cómo comenzar a tratar su padecimiento (Mojtabai et al., 2002).

De acuerdo con Andersen (1995) en el modelo comportamental sobre el uso de los servicios de salud, tanto el acceso como la utilización de los servicios sanitarios se da a partir de la interacción de tres componentes individuales principales: 1) predisponentes (*predisposing*), haciendo referencia a aquellos factores que están presentes antes de que inicie el proceso salud-enfermedad, como son las características demográficas individuales, actitudes, valores y el conocimiento sobre la salud y los servicios de salud, mismos que pueden impactar en su percepción de la necesidad de tratamiento y el uso de los servicios de salud; 2) posibilitadores (*enabling*), factores tanto personales como del sistema, que pueden facilitar u obstruir el acceso a los servicios sanitarios como apoyo social, ingreso económico, cobertura del seguro médico, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios, los medios de transporte hacia el lugar de tratamiento y el tiempo de espera; 3) necesidad de atención (*need*), este factor se expresa a través de la gravedad de la enfermedad y percepción de la necesidad del tratamiento que las personas experimentan respecto a su condición, se ha sugerido que este factor tiende a ser más importante

que los primeros dos componentes, al menos la mayor parte del tiempo (Andersen, 1995; Choi, 2014).

Respecto a lo anterior, debe tomarse en cuenta que algunas personas con padecimientos mentales consideran que no requieren atención profesional en salud mental debido a que perciben sus síntomas como temporales o no lo suficientemente serios (Mojtabai et al., 2002) como para acudir a un especialista. En ese sentido, las personas pueden no percibir la necesidad de tratamiento para atender su padecimiento debido a que no reconocen sus problemas como un problema de salud mental, no conocen la ayuda disponible apropiada para atenderse o no encuentran servicios accesibles que se ajusten a sus recursos. Algunas personas incluso creen que el tratamiento podría no beneficiarles y a lo anterior generalmente se suma el temor a ser estigmatizados o bien, desconocer el origen de su padecimiento y los síntomas que experimentan, lo cual provoca que les avergüence buscar ayuda (Mojtabai et al., 2002).

Respecto a la percepción de la necesidad de tratamiento, ésta se ha descrito como un proceso dinámico y longitudinal (Moeller et al., 2020), en el cual es importante considerar que la modificación de conducta se da a partir de vivenciar distintas etapas que incluso pueden cambiar en múltiples direcciones a través del tiempo. Es decir, no siempre se viven en un orden particular. Prochaska y colaboradores (1992) establecieron 5 etapas a través de las cuales se da la percepción de la necesidad de tratamiento y el cambio de conducta:

1. La *precontemplación* es la primera etapa, la cual se ha descrito como la baja aceptación de que existe un problema o negación total del mismo y con ello la nula percepción de necesidad de tratamiento (Moeller et al., 2020). En otras palabras, es el estado en el cual la persona no tiene intención de cambiar su comportamiento en un futuro próximo, las personas en esta etapa no se han dado

cuenta o se han dado poco cuenta de los problemas que ha ocasionado su tipo de consumo, aun cuando las personas a su alrededor se los han expresado y están conscientes de estos. Es posible que las personas acudan a tratamiento en esta etapa, sin embargo, esta visita se da principalmente por la insistencia de otros. El intento de cambio se presenta por amenazas de personas cercanas sobre la posible pérdida de relaciones, empleo, vivienda, etcétera. El cambio “esperado” se da mientras hay presión, cuando esta desaparece, las personas generalmente retoman la antigua conducta (Prochaska et al., 1992).

2. En la segunda etapa, *contemplación*, la persona comprende y admite el problema, por lo que se motiva para afrontarlo y aunque su compromiso al cambio aún es ambivalente, ya considera seriamente darle solución, lo cual es el componente principal en esta fase. Las personas pueden pasar largos periodos de tiempo en esta etapa (Moeller et al., 2020; Prochaska et al., 1992).
3. La tercera etapa es la *preparación*, en ésta la persona tiene la intención de cambiar, ya han hecho algunas modificaciones en su comportamiento y han reducido los problemas derivados del consumo, tienen la intención de cambiar en un futuro muy cercano (Moeller et al., 2020; Prochaska et al., 1992).
4. *Acción* es la cuarta etapa, en ésta la persona enfoca sus pensamientos, conducta y entorno para llevar a cabo el cambio hasta que finalmente lo logra. El compromiso es muy notorio e incluso recibe felicitaciones (Moeller et al., 2020; Prochaska et al., 1992).
5. Lograr que los cambios permanezcan por un tiempo determinado o para siempre es la etapa conocida como *mantenimiento*. Un indicador de que se ha llegado a

esta fase es que la persona ha alcanzado un alto nivel en la percepción de la necesidad tratamiento. Otra característica es que las personas que consumen sustancias ponen empeño en no volver a realizar los comportamientos que les causaron problemas antes y por el contrario, fortalecer las metas alcanzadas. (Moeller et al., 2020; Prochaska et al., 1992).

Se sabe que este proceso no es lineal en la mayoría de las personas que consumen sustancias, dado que pueden pasar de una etapa a otra e incluso volver a realizar la conducta que se pretende modificar aun cuando se había logrado llegar a la etapa de mantenimiento por un determinado periodo, por lo que suele suceder que cuando se dan estos cambios de etapa, las personas piensan que han fracasado, experimentan culpa e incluso vergüenza (Prochaska et al., 1992).

Autores han señalado las barreras de tratamiento que experimentan las personas que consumen metanfetamina y por las cuales no logran acudir a servicios sanitarios para tratar su consumo, la baja motivación y poca o nula percepción de la necesidad del apoyo profesional han sido identificadas como variables que influyen de manera importante. También es común que la población que consume metanfetamina argumente que su uso no es problemático o lo suficientemente perjudicial en cualquier área de su vida como para tratarlo. Por otro lado, algunos factores que influyen en que no perciban la necesidad de tratamiento son tener empleo, arrepentirse en pocas ocasiones de las decisiones que toman al estar bajo los efectos de la sustancia y el uso poco frecuente de metanfetamina (Quinn et al., 2013). A la par se ha descrito que, al ser, casi siempre, personas con policonsumo, probablemente el uso de más de una sustancia también influya en que no perciban el daño que les genera el uso de metanfetamina y como consecuencia no consideren necesario atenderlo (Quinn et al., 2013).

Respecto a lo anterior, estudios han descrito algunos impedimentos para iniciar o continuar en tratamiento. Orozco y colaboradores (2022) describieron las barreras que impiden a las personas con algún trastorno mental y por consumo de sustancias buscar tratamiento para atender su malestar, dicho análisis se llevó a cabo a partir de datos obtenidos en 7 encuestas mundiales de salud mental en países de América. Los autores encontraron que de 4648 participantes con dichos trastornos y sin uso de algún servicio de salud en los últimos 12 meses, cerca de la mitad (43%) no buscó ayuda debido a la baja percepción de la necesidad de estos servicios, mientras que poco más de la mitad (57%) sí percibió la necesidad de tratamiento, pero no había logrado tener acceso debido a la vivencia de barreras estructurales y actitudinales.

Orozco y colaboradores (2022) también señalaron las barreras financieras (18.5%) y de viabilidad (17.7%) como las más frecuentemente reportadas. Respecto a barreras actitudinales, el estigma fue la menos elegida por los participantes (9.3%), mientras que la barrera más reportada fue querer tratar el problema por sí mismo (69.4%). Cabe mencionar que en México la mayoría de la muestra (67.1%) también reportó esta barrera como la más frecuente. De modo que, del total de la muestra, el 27% experimentó barreras estructurales y el 95% barreras actitudinales que les impidieron acceder a servicios para tratar su padecimiento. De acuerdo con los resultados antes descritos, es oportuno mencionar lo necesario que resulta dirigir las intervenciones a que las personas logren modificar sus actitudes y a la par les motive en la búsqueda de ayuda profesional, aun cuando su padecimiento les discapacita a tal grado que en ocasiones no les permite percibir la necesidad de atención profesional en salud (Mojtabai et al., 2002).

En una revisión de Sarkar y colaboradores (2021), la cual tuvo como objetivo sintetizar la literatura sobre barreras y facilitadores en el acceso a tratamiento por TUS en países con ingresos bajos y medios, los autores hallaron como principales barreras el percibir la ausencia del

problema, la falta de percepción de la necesidad de tratamiento y motivación baja. En contraste, encontraron que el apoyo de los familiares y la disponibilidad de tratamientos efectivos influyen para facilitar el inicio en servicios para atender su trastorno o continuar con el mismo.

En el mismo estudio, pero desde la perspectiva de las personas con algún TUS, se identificó que el desconocimiento de los lugares a dónde asistir, la distancia o dificultades para transportarse, la influencia de otras personas que consumen sustancias y la inquietud sobre la forma de trabajo en los centros de tratamiento juegan un papel importante como limitantes para atender el trastorno. Por el contrario, las buenas experiencias tratamientos previos, haber vivido consecuencias negativas por el uso de sustancias y el apoyo familiar destacan como facilitadores para iniciar o continuar en tratamiento por TUS (Sarkar et al., 2021).

En un estudio similar, Choi (2014) y colaboradores indagaron las diferencias por grupos de edad y las correlaciones entre el uso de tratamiento y la percepción de la necesidad de tratamiento, así como barreras de tratamiento en adultos de 65 años o más y grupos de adultos jóvenes con TUS. Los autores hallaron que, aunque la baja percepción de la necesidad del tratamiento es frecuente en todos los grupos de edad, quienes menos la perciben son las personas mayores de 65 años, mientras que las barreras más frecuentemente señaladas por este grupo son no estar listos para dejar de consumir y pensar que pueden manejarlo solos. A la par, encontraron que el grupo de 26 a 34 años de edad presenta con mayor frecuencia la aparición de TUS, aunado que tienden a experimentar principalmente barreras como percibir estigma, no estar preparados para dejar de consumir y respecto al seguro médico el no contar con este servicio, el costo o lo limitado que puede ser.

En ese mismo sentido, si bien es cierto que una parte de las personas con TUS sí logran iniciar la búsqueda de tratamiento y acceder a distintos servicios, no significa que todos aquellos

reciban la atención adecuada, pues algunos servicios no cumplen con los recursos necesarios para tratar los trastornos. Degenhardt y colaboradores (2017) en un estudio encontraron que el 2.6% de 70,880 participantes cumplía con los criterios diagnósticos por TUS en un plazo de 12 meses, de dicho 2.6%, el 39.1% reportó percibir la necesidad del tratamiento, y a su vez, entre aquellos que reportaron la necesidad de tratamiento, el 61.3% realizó al menos una visita a algún tipo de servicio para atender su trastorno en los últimos 12 meses, y de este último porcentaje, solamente el 29.5% señaló haber recibido los estándares mínimos de calidad en el tratamiento al que acudieron. En general, de los participantes que cumplieron con los criterios diagnósticos por TUS en el último año, solamente el 7.1% recibieron el tratamiento mínimamente adecuado para atender su trastorno (Degenhardt et al., 2017).

Sin duda reducir la brecha entre necesidad y atención profesional es urgente, del mismo modo el que las personas con trastorno por consumo de metanfetamina sean parte de un tratamiento eficaz es crucial para prevenir el daño por el consumo de dicha sustancia (Cumming et al., 2016).

Como ya se ha revisado, los datos enfatizan en lo importante de comprender las barreras de tratamiento para poder llevar a cabo la planeación de los servicios de salud mental, establecer prioridades en su distribución y reducir la incidencia de padecimientos psicológicos (Mechanic, 2002). Todo esto considerando las distintas necesidades de cada población y adaptando los programas para cada ritmo de vida. Ejemplo de ello son las mujeres que consumen sustancias y el estigma asociado a éste, mismo que juega un papel importante cuando demora la búsqueda de tratamiento o continuar en el mismo, y les obstaculiza hasta el punto en que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral, les resultan insostenibles (López-Granados y Cruz-Cortés, 2017).

El consumo en mujeres es especialmente particular, ya que las usuarias de sustancias tienen una latencia más corta desde el inicio del consumo hasta la aparición del TUS (López-Granados y Cruz-Cortés, 2017), aunado a que quienes sufren problemas por consumo de sustancias presentan mayor prevalencia de trastornos comórbidos (Marín-Navarrete et al., 2015). De tal manera que las mujeres que consumen sustancias experimentan doble vulnerabilidad: una biológica ya que, en comparación con los hombres, ellas con menores dosis y tiempo de consumo pueden desarrollar problemas, y otra social al ser objeto de mayor rechazo por parte de la sociedad debido a su consumo de sustancias (Secretaría de Salud, 2002).

Romero y colaboradoras (1996) señalan que culturalmente la condición social de las mujeres que consumen drogas ha sido definida como un grupo con ciertos estereotipos y estigmas sociales, debido a que las mujeres con problemas de TUS presentan una especial amenaza a su rol femenino tradicional, de tal manera que se les considera con nula respetabilidad en todas las áreas de su vida.

Por otro lado, aunque las mujeres identifican diversos motivos por los que consumen sustancias psicoactivas, como controlar su peso, disminuir el cansancio, reducir algún malestar físico y también como un intento de tratar por su cuenta problemas de salud mental (NIDA, 2020), se ha identificado la importancia de describir los distintos contextos sociales de la vida de mujeres que consumen sustancias (Romero et al., 1996) para así entender a profundidad las múltiples razones y en las diferentes etapas de vida, pues aunque nombrar a las mujeres que usan sustancias psicoactivas como "la mujer adicta" ha resultado práctico para muchos, es necesario considerar la diversidad: la niña, la adolescente, la mujer embarazada, la mujer casada, la mujer lesbiana, la mujer anciana, cada una de ellas con un estilo de vida y cotidianidad distinta;

considerar el contexto social en el que nace, vive y muere, ya que todo influye y modifica su visión del mundo y su proceso adictivo (Romero et al., 1996).

Castillo y Gutiérrez en 2008 identificaron las diferencias sociodemográficas, los factores relacionados con la demanda de tratamiento y el consumo de sustancias en tres grupos de mujeres de distintas edades: 1) 12 a 20 años; 2) 21 a 39 años y 3) 40 años en adelante que ingresaron a una institución de salud especializada en el tratamiento por consumo de sustancias, donde encontraron como promedio de edad de ingreso a tratamiento es de 31 años de edad, mientras que la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas se da a los 18.5 años, siendo en estos grupos la marihuana la sustancia de inicio más utilizada (43.5%).

Al comparar a los tres grupos se observó que las mujeres del grupo de menor edad acudieron a tratamiento condicionadas por sus familiares o por la escuela, mientras que los grupos 2 y 3 acudieron mayormente por iniciativa propia. En cuanto al consumo, los tres grupos acudieron por tabaco y alcohol; el grupo 1 y 2 añadieron marihuana, cocaína e inhalables; y el grupo 2 suma sustancias tipo depresoras. En cuanto a los problemas derivados del consumo, los tres grupos refirieron conflictos familiares; el grupo 1 también señaló problemas académicos; los grupos 2 y 3 reportaron consecuencias de salud negativas, y el grupo 2 además señaló experimentar problemas psicológicos asociados al consumo (Castillo y Gutiérrez, 2008).

El acompañamiento a mujeres que viven procesos por TUS es una tarea difícil pues se sabe que sus historias de vida regularmente relatan experiencias emocionalmente dolorosas, aunado a que su estilo de vida en ocasiones las convierte en un grupo difícil de seguir y que por la misma razón prestadores de servicios tienden a identificarlas como inconstantes e inestables (Romero et al., 1996). Es por esto que a raíz dicha diversidad de cotidianidades, los programas deberían adaptarse o bien ser desarrollados de modo que quepa la flexibilidad para que las

mujeres que usan sustancias psicoactivas puedan recibir el tratamiento sin que ello difiera en las múltiples actividades que realizan día a día, y que su salud física y mental no tenga que ser sacrificada por cumplir con el resto de sus actividades.

Para las mujeres embarazadas con TUS la situación no resulta más sencilla, pues aunque ya se han logrado identificar como facilitadores para el inicio de tratamiento el interés en el cuidado de la salud del bebé, la motivación de búsqueda de una vivienda estable, recuperar la custodia de otros hijos y/o conservar la del menor que está por nacer, además del apoyo de una pareja (Frazer et al., 2019), el miedo a las medidas punitivas, la pérdida de la custodia de algún hijo y temor a que tomen acciones legales en su contra, han sido identificados como obstáculos que impiden la búsqueda de tratamiento o el continuar con el mismo (Frazer et al., 2019). Por si fuera poco, se sabe que a pesar de la exposición al estigma que sufren las mujeres que consumen sustancias, para ellas el embarazo es de las pocas oportunidades con las que cuentan para recibir la atención médica necesaria que incluya el tratamiento por TUS (Frazer et al., 2019).

Justificación y planteamiento del problema

En la República Mexicana, 22 de 32 estados reportaron el cristal como principal droga de impacto desde 2021. En la Ciudad de México y Estado de México, cerca de la mitad de las personas que acuden a atención por consumo de sustancias, reportan el cristal como la sustancia por la que acudieron a tratamiento (Secretaría de Salud et al., 2023).

Por lo anterior, es fundamental conocer las barreras de tratamiento que enfrentan las personas que consumen cristal en la Ciudad de México, pues los datos amplían el panorama de los profesionales en salud mental respecto a las acciones necesarias para incidir en que las poblaciones que usan cristal acudan a tratamiento, de tal manera que se logre disminuir la brecha

entre quienes necesitan atención y quienes acuden a los servicios para tratar su consumo y, a la par, reducir la prevalencia del consumo problemático y las comorbilidades asociadas. Por otro lado, también ayuda a visibilizar y llevar a cabo acciones que minimicen las causas que impiden iniciar la búsqueda de tratamiento o el mantenimiento, ajenas a quienes usan cristal y a los servicios de salud, como son las barreras estructurales. Finalmente, conocer las características sociodemográficas específicas de las distintas poblaciones que consumen cristal en México, nos orienta sobre la diversidad de necesidades de atención y los requerimientos que hacen de una intervención eficaz. Es importante desarrollar intervenciones más precisas para tratar el uso de cristal que las utilizadas genéricamente para el resto de estimulantes.

Método

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las barreras para iniciar tratamiento en servicios de salud mental que enfrentan las personas que consumen cristal en la Zona Metropolitana del Valle de México?

Objetivo general

Conocer la asociación entre las barreras de tratamiento para acceder a servicios de salud mental y la sintomatología depresiva que enfrentan las personas que consumen cristal en la Zona Metropolitana del Valle de México.

Objetivos específicos

1. Conocer las características sociodemográficas de la población que consume cristal en la Zona Metropolitana del Valle de México.

2. Identificar las barreras para acceder a tratamiento en servicios de salud mental que enfrentan las personas que consumen cristal.
3. Identificar el nivel de sintomatología depresiva que presentan los participantes.
4. Identificar si existe asociación entre las barreras que experimentan quienes alguna vez acudieron a tratamiento por problemas de consumo de sustancias y sintomatología depresiva.
5. Comprender a través de las experiencias de quienes usan cristal las barreras que les obstaculizan acudir a tratamiento por dicho consumo.

Hipótesis

Dado que el objetivo específico 1 es de tipo exploratorio y el objetivo 5 de tipo cualitativo, no se proponen hipótesis para éstos.

H1 Los participantes reportan mayormente barreras de tratamiento de tipo actitudinal.

Ho: Los participantes no reportan barreras de tratamiento de tipo actitudinal.

H2: Los participantes presentan principalmente sintomatología en nivel severo.

Ho: Los participantes no presentan sintomatología depresiva severa.

H3: Existe asociación estadísticamente significativa entre no acudir a tratamiento en salud mental y experimentar sintomatología depresiva en la población que consume cristal.

Ho: No existe asociación estadísticamente significativa entre no acudir a tratamiento en salud mental y experimentar sintomatología depresiva en la población que consume cristal.

Muestra

A partir de la realización del proyecto “Estudio exploratorio del consumo de cristal en la Ciudad de México: Una aproximación epidemiológica y cualitativa” (PAPIIT IA 301320), que

mediante un muestreo no aleatorizado por bola de nieve contactó con 186 participantes, se retomó la información de los mismos para llevar a cabo el presente proyecto de tesis. Por lo anterior, la muestra se conformó por hombres y mujeres de 18 a 56, residentes de la Zona Metropolitana del Valle de México.

Criterios de inclusión

Para llevar a cabo la presente tesis, los criterios de inclusión fueron haber aceptado el consentimiento informado del proyecto PAPIIT IA 301320, tener 18 años de edad o más, haber consumido cristal en el último mes y no encontrarse en tratamiento por uso de sustancias al momento de la entrevista.

Criterios de exclusión

En la presente tesis, se excluyeron a quienes se encontraban en tratamiento por consumo de sustancias al momento de la entrevista.

Criterios de eliminación

Para llevar a cabo el análisis de la presente tesis, se eliminaron a los participantes que no respondieron todos los ítems correspondientes a la sección de barreras de tratamiento y a quienes eligieron más de un ítem como respuesta en la sección de preguntas del Inventario de Depresión de Beck en el formulario.

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio no experimental, transversal de metodología mixta y con alcance descriptivo.

Procedimiento

Para llevar a cabo el “Estudio Exploratorio del Consumo de Cristal en Adultos viven en la Ciudad de México: una Aproximación Epidemiológica y Cualitativa” (PAPIIT IA 301320), se diseñó un cuestionario estructurado para recabar los datos de interés, mismo que se adaptó en la plataforma Survio con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos de los participantes. Posteriormente, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UNAM, a partir de la cual se logró recolectar los datos vía remota. Se solicitó a organizaciones no gubernamentales (ONGs) que trabajan con personas que consumen sustancias o viven con VIH, apoyo para compartir los carteles informativos del estudio, así como el enlace de acceso al formulario para que las personas pudieran participar en la encuesta. Los participantes tuvieron la opción de compartir el formulario, por lo que el muestreo fue no probabilístico por bola de nieve. Al inicio del formulario se proporcionó un consentimiento informado y únicamente quienes lo aceptaron pudieron continuar a la sección de preguntas del estudio.

Se obtuvo una muestra de 186 personas, y entre aquellos que proporcionaron su correo electrónico, es decir, 122 personas, se realizó un muestreo propositivo en el cual se buscó obtener información de personas con distintos patrones de consumo y sexo.

A partir de dicho muestreo, se invitó a algunos participantes a colaborar en la fase de entrevistas cualitativas del estudio. Cabe mencionar que únicamente hombres cis género aceptaron la invitación. Entre quienes aceptaron participar, se realizó otro muestreo propositivo y se seleccionó a quienes a) usaron drogas vía inyectada, b) vivieron con VIH, c) mostraron ser adherentes al tratamiento por VIH, d) no mostraron adherencia al tratamiento por VIH, e) tuvieron policonsumo, f) tuvieron experiencias de sexo transaccional. A partir de la selección anterior, se llevaron a cabo 25 entrevistas semiestructuradas de aproximadamente 1 hora de

duración, al inicio de cada entrevista los participantes dieron el consentimiento de grabar y utilizar la información recolectada para fines de investigación académica. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas y codificadas en el software Nvivo.

De acuerdo con lo anterior, para realizar el análisis cuantitativo de la presente tesis, se retomaron:

1. Datos sociodemográficos de los participantes.
2. La sección del Inventario de Depresión de Beck (BDI) adaptado a población mexicana por Jurado et al. (1998).
3. La sección de barreras de tratamiento.

Instrumentos

Mediante un cuestionario estructurado se obtuvieron los datos sociodemográficos de los participantes (sexo, edad, escolaridad, fuente de ingreso, escolaridad, ingreso, alcaldía en que residen y servicio médico al que están afiliados). A través de dicho formulario también se indagaron las barreras de tratamiento, sección que se extrajo de la *World Health-Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI), por sus siglas en inglés. Con el fin de medir la sintomatología depresiva en los participantes, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) en su versión estandarizada en población mexicana (Jurado, 1998). El nivel de sintomatología depresiva se señaló a partir del puntaje crudo: 0 a 9, mínimo; 10 a 16, leve; 17 a 29, moderado; 30 a 63, severo.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo el análisis estadístico descriptivo de las variables antes mencionadas en los programas RStudio versión 2022.02.0 y Jamovi versión 2.3.26. El uso de ambos programas se

debió a fines académicos. A partir de frecuencias, porcentaje, y medidas de frecuencia central como mediana y rango intercuartil, se analizaron las características sociodemográficas de los participantes, las barreras de tratamiento y el nivel de depresión.

Posteriormente, con el fin de conocer la correlación entre el nivel de depresión y las barreras de tratamiento, y dado que las variables de estudio son categóricas se empleó la ji cuadrada de Pearson χ^2 . En cuanto a la significancia estadística, se consideró significativo al nivel $p < 0.05$.

Metodología cualitativa

Respecto a la información cualitativa, una vez codificada, se leyeron las entrevistas y se seleccionaron datos a partir de los cuales fuese posible comprender las creencias y experiencias de los participantes respecto al tratamiento en salud mental por problemas de consumo de sustancias, en particular los obstáculos y facilitadores para acudir a atención. De manera que, para realizar el análisis cualitativo de la presente tesis con un panorama más amplio, se indagaron las distintas trayectorias de inicio de uso de cristal, los aspectos que perciben como negativos del consumo, las herramientas que les han resultado útiles para disminuir o eliminar el consumo, comorbilidades y el conocimiento y vivencias en servicios de salud disponibles.

Lineamientos éticos

El proyecto “Estudio exploratorio del consumo de cristal en la Ciudad de México: Una aproximación epidemiológica y cualitativa”, a partir del cual se tomaron datos para el análisis de la presente tesis, fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UNAM.

De modo que, para acceder a la información obtenida en el proyecto antes mencionado, se realizaron previamente cursos en ética de la investigación en el CITI Program (*Collaborative Institutional Training Initiative*, por sus siglas en inglés), las certificaciones obtenidas fueron:

Conflicts of interest, GCP – Social And Behavioral Research Best Practices for Clinical Research; Public Health Research; Social & Behavioral Research; Social Behavioral and Education (SBE), Sciences (RCR), Students and Instructors.

Resultados

Resultados cuantitativos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo en el cual se analizaron los datos de 186 participantes que consumen cristal residentes de la Zona Metropolitana del Valle de México (**Tabla 1**), se encontró que el 94.08% son hombres; mientras que la mediana de edad fue de 32 años, con un mínimo de 18 y máximo de 56, la mitad de la muestra tenía entre 27 a 37 años.

La alcaldía de residencia más frecuentemente reportada fue Cuauhtémoc (14.68%), mientras que 19 personas (10.73%) refirieron residir en el Estado de México y 12 (6.77%) en algún municipio de otra entidad.

Cerca de la mitad de los participantes (40.32%) concluyeron alguna licenciatura y la mayoría cuenta con una fuente de ingreso bajo contrato (63.44%), cabe resaltar que el 43.01% de los participantes perciben un ingreso mensual dos veces mayor al salario mensual mínimo en México, y en cuanto al seguro médico al que están afiliados, 48.6% acuden al IMSS y el 29.05% no cuentan con ningún servicio.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de las personas que consumen cristal de la ZMVM (n= 186)

Variable	N	%
Sexo		
Hombre	175	94.08
Mujer	3	1.61
Hombre Trans	1	0.53
Mujer Trans	2	1.07
No binario	4	2.15

Otro	1	0.53
Edad (mediana y rango intercuartil)	32	27-37
Fuente de ingreso*		
Ningún ingreso	4	2.15
Beca o apoyo del gobierno	4	2.15
Vender droga	2	1.07
Trabajo con contrato	118	63.44
Trabajo informal	36	19.35
Pareja/amigos/familia	13	6.98
Trabajo sexual	7	3.76
Otro	4	2.15
Escolaridad		
Secundaria incompleta	1	0.53
Secundaria completa	5	2.68
Preparatoria incompleta	7	3.76
Preparatoria completa	16	8.6
Carrera técnica	8	4.3
Licenciatura incompleta	38	20.43
Licenciatura completa	75	40.32
Posgrado	36	19.35
Ingreso		
Nada	8	4.46
Menos de \$1,000	1	3.91
Menos de \$2,710	14	7.82
\$2,711 - \$5,420	22	12.29
\$5,421 - \$8,132	25	13.96
\$8,132 - \$13,553	26	14.52
Más de \$13,554	77	43.01
Alcaldía		
Álvaro Obregón	12	6.77
Azcapotzalco	7	3.95
Benito Juárez	16	9.03
Coyoacán	15	8.47
Cuajimalpa	1	0.56
Cuauhtémoc	26	14.68
Gustavo a Madero	18	10.16
Iztacalco	9	5.08
Iztapalapa	13	7.34

Magdalena Contreras	0	0
Miguel Hidalgo	10	5.64
Milpa Alta	2	1.12
Tláhuac	7	3.95
Venustiano Carranza	6	3.38
Xochimilco	4	2.25
Edomex	19	10.73
Municipio de otra entidad	12	6.77
Afiliación a seguro médico		
Ninguno	52	29.05
IMSS	87	48.6
ISSSTE/ISSSTE estatal	10	5.58
INSABI	18	10.05
Seguro Privado	11	6.14
SEMAR/SEDENA	1	0.55

Nota: Algunos datos porcentuales no suman 100 debido a que los participantes tenían la opción de no responder.

La **Tabla 2** presenta las barreras de tratamiento a servicios de salud por problemas de consumo de sustancias que han experimentado los participantes. Es posible observar que, de 186 personas, 98 sí han acudido a tratamiento por problemas de uso de sustancias alguna vez en la vida, pero no al momento de la investigación, y a la par, han experimentado barreras principalmente de tipo actitudinales. La barrera más frecuentemente señalada en este grupo fue *“Quería solucionarlo yo mismo”* (41.8%), seguida de *“El problema no me molestaba tanto al inicio”* (36.7%), *“Tenía miedo que me internaran de manera involuntaria”* (33.7%), *“Me preocupaba qué pensaría la gente si se entraran que estaba en tratamiento”* y *“Pensé que el problema mejoraría por sí mismo”* (31.6%). Asimismo, indicaron como principal barrera estructural *“No sabía dónde acudir”* (26.5%), seguida de *“Me preocupaba qué tan caro sería”* (24.5%) y *“No tenía seguro que cubriera el tratamiento”* (21.4%).

Tabla 2

Barreras de tratamiento que han experimentado personas que consumen cristal de la ZMVM y que han acudido alguna vez en la vida a tratamiento por problemas de uso de sustancias psicoactivas (n=98)

Barrera	N	%
Barreras estructurales		
Financieras		
No tenía seguro que cubriera el tratamiento	21	21.4
Me preocupaba qué tan caro sería	24	24.5
Disponibilidad		
No sabía a dónde acudir	26	26.5
No pude conseguir una cita	14	14.3
No me satisfacían los servicios disponibles	18	18.4
Transporte		
Tenía problemas con el transporte o el horario para llegar a tratamiento	16	16.3
Inconveniente		
Pensé que llevaría mucho tiempo o que sería inconveniente	16	16.3
El lugar de tratamiento estaba muy lejos	17	17.3
Barreras actitudinales		
Querer tratarlo por sí mismo		
Quería solucionarlo yo mismo	41	41.8
Percibirlo ineficiente		
Pensé que el tratamiento no funcionaría	24	24.5
Había recibido tratamiento antes pero no funcionó	15	15.3
Estigma		
Me preocupaba qué pensaría la gente si se enteraran que estaba en tratamiento	31	31.6
Tenía miedo que me internaran de manera involuntaria	33	33.7
Pensé que mejoraría por solo mismo	31	31.6
Pensé que el problema mejoraría por sí mismo	31	31.6
El problema no era severo		
El problema no me molestaba tanto al inicio	36	36.7
Ninguna barrera	35	35.7

La **Tabla 3** muestra a aquellos participantes que experimentan barreras y que como consecuencia nunca han acudido a tratamiento para tratar problemas de uso de sustancias psicoactivas (n=88), las barreras más frecuentemente señaladas fueron de tipo actitudinales: “Pensé que el problema mejoraría por sí mismo” y “El problema no me molestaba tanto al inicio” (43.2% respectivamente), además de “Quería solucionarlo yo mismo” (42%). En cuanto a las barreras estructurales, indicaron “No sabía a dónde acudir” (38.6%) y “Me preocupaba qué tan caro sería” (37.5%). En términos de jamás haber experimentado alguna barrera de tratamiento en servicios de salud mental por problemas de uso de sustancias, hubo poca diferencia entre quienes han acudido a tratamiento (35.7%) (**Tabla 2**) y quienes nunca lo han

Tabla 3

Barreras de tratamiento que han experimentado personas que consumen cristal de la ZMVM y que nunca han acudido a tratamiento por problemas de uso de sustancias psicoactivas (n=88)

Barrera	N	%
Barreras estructurales		
Financieras		
No tenía seguro que cubriera el tratamiento	20	22.7
Me preocupaba qué tan caro sería	33	37.5
Disponibilidad		
No sabía a dónde acudir	34	38.6
No pude conseguir una cita	16	18.2
No me satisfacían los servicios disponibles	18	20.5
Transporte		
Tenía problemas con el transporte o el horario para llegar a tratamiento	15	17
Inconveniente		
Pensé que llevaría mucho tiempo o que sería inconveniente	24	27.3
El lugar de tratamiento estaba muy lejos	13	14.8
Barreras actitudinales		
Querer tratarlo por sí mismo		
Quería solucionarlo yo mismo	37	42
Percibirlo ineficiente		

Pensé que el tratamiento no funcionaría	18	20.5
Había recibido tratamiento antes pero no funcionó	8	9.1
Estigma		
Me preocupaba qué pensaría la gente si se enteraran que estaba en tratamiento	25	28.4
Tenía miedo que me internaran de manera involuntaria	26	29.5
Pensé que mejoraría por solo mismo		
Pensé que el problema mejoraría por sí mismo	38	43.2
El problema no era severo		
El problema no me molestaba tanto al inicio	38	43.2
Ninguna barrera	38	43.2

hecho (43.2%).

En la **Tabla 4** se describen los niveles de depresión que presentan los participantes, siendo el nivel mínimo el que predomina (33.3%), seguido del nivel moderado (27.2%), leve (22.8%) y severo (16.7%). Para realizar el análisis mostrado en la **Tabla 4**, se eliminaron a aquellos participantes que señalaron más de una respuesta en todos los ítems del Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998). En este caso fueron 6 personas a quienes se excluyó del análisis, lo cual ajustó la muestra a 180 personas.

Tabla 4

Nivel de depresión de personas que usan cristal en la ZMVM (n=180)

Variable	n	%
Sintomatología depresiva		
Mínima	60	33.3
Leve	41	22.8
Moderada	49	27.2
Severa	30	16.7

En la **Tabla 5** se muestran los resultados de asociación con *ji* cuadrada y se describe la significancia estadística entre las barreras de tratamiento y el nivel de depresión en los participantes que sí han acudido a tratamiento por problemas de uso de sustancias. Para este análisis, se retomó la muestra reportada en la **Tabla 4**, además, por fines prácticos del análisis *ji* cuadrada, los niveles de depresión se resumieron a 2 “Mínimo/Leve” y “Moderado/Severo”. Se encontró significancia estadística en los niveles de depresión con “*Me preocupaba qué pensaría la gente si se enteraran que estaba en tratamiento*” ($\chi^2 = 13.0$; $p < .001$), “*Ninguna barrera*” ($\chi^2 = 11.8$; $p < .001$), “*Tenía miedo de que me internaran de manera involuntaria*” ($\chi^2 = 9.60$; $p = 0.002$), “*Pensé que el problema mejoraría por sí mismo*” ($\chi^2 = 9.03$; $p = 0.003$), así como “*Quería solucionarlo yo mismo*” ($\chi^2 = 6.36$; $p = 0.012$), “*El problema no me molestaba tanto al inicio*” ($\chi^2 = 5.65$; $p = 0.017$), “*No pude conseguir una cita*” ($\chi^2 = 5.04$; $p = 0.025$) y “*Me preocupaba qué tan caro sería*” ($\chi^2 = 4.97$; $p = 0.026$), “*No sabía a dónde acudir*” ($\chi^2 = 4.66$; $p = 0.031$), “*No tenía seguro que cubriera el tratamiento*” ($\chi^2 = 4.40$; $p = 0.036$), “*No me satisfacían los servicios disponibles*” ($\chi^2 = 3.89$; $p = 0.049$). El resto de las barreras de tratamiento no tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5

Relación entre el nivel de depresión y barreras de tratamiento en personas que alguna vez asistieron a servicios por uso de sustancias psicoactivas de la ZMVM (n=94)

Variables	Nivel de depresión					
	Mínimo/ Leve		Moderado/ Severo		χ^2	p
	(n=47)		(n=47)			
	n	%	n	%		
Barreras estructurales						
No tenía seguro que cubriera el tratamiento	Sí	5	10.6	13	27.7	4.40 0.036
	No	42	89.4	34	72.3	

Me preocupaba qué tan caro sería	Sí	6	12.8	15	31.9	4.97	0.026
	No	41	87.2	32	68.1		
No sabía a dónde acudir	Sí	7	14.9	16	34	4.66	0.031
	No	40	85.1	31	66		
No pude conseguir una cita	Sí	2	4.3	9	19.1	5.04	0.025
	No	45	95.7	38	80.9		
No me satisfacían los servicios disponibles	Sí	4	8.5	11	23.4	3.89	0.049
	No	43	91.5	36	76.6		
Tenía problemas con el transporte o el horario para llegar al tratamiento	Sí	5	10.6	8	17	0.803	0.370
	No	42	89.4	39	83		
Pensé que llevaría mucho tiempo o que sería inconveniente	Sí	4	8.5	9	38	19.1	2.23
	No	43	91.5			80.9	0.135
El lugar de tratamiento estaba muy lejos	Sí	4	8.5	10	21.3	3.02	0.082
	No	43	91.5	37	78.7		
Barreras actitudinales							
Quería solucionarlo yo mismo	Sí	13	27.7	25	53.2	6.36	0.012
	No	34	72.3	22	46.8		
Pensé que el tratamiento no funcionaría	Sí	7	14.9	14	29.8	3.00	0.083
	No	40	85.1	33	70.2		
Había recibido antes tratamiento pero no funcionó	Sí	5	10.6	8	39	17	0.803
	No	42	89.4			83	0.370
Me preocupaba qué pensaría la gente si se enteraran que estaba en tratamiento	Sí	6	12.8	22	46.8	13.0	<.001
	No	41	87.2	25	53.2		
Tenía miedo de que me internaran de manera involuntaria	Sí	8	17	22	46.8	9.60	0.002
	No	39	83	25	53.2		

Pensé que el problema mejoraría por sí mismo	Sí	10	21.3	24	51.1	9.03	0.003
	No	37	78.7	23	48.9		
El problema no me molestaba tanto al inicio	Sí	11	23.4	22	46.8	5.65	0.017
	No	36	76.6	25	53.2		
Ninguna barrera	Sí	25	53.2	9	19.1	11.8	<.001
	No	22	46.8	38	80.9		

Nota: La significancia estadística se muestra con $p < 0.05$

Los resultados inferenciales con *ji* cuadrada y la significancia estadística entre las barreras de tratamiento y el nivel de depresión en aquellos participantes que nunca han asistido a tratamiento por problemas de uso de sustancias se muestra en la **Tabla 6**. Nuevamente se toma la muestra reportada en la **Tabla 4** y se agrupan los niveles de tratamiento a “Mínimo/Leve” y “Moderado/Severo” por fines prácticos del análisis *ji* cuadrada. En este grupo se encontró significancia estadística respecto a los niveles de depresión con las barreras “*Tenía miedo de que me internaran de manera involuntaria*” ($\chi^2 = 12.4$; $p < .001$), “*No sabía a dónde acudir*” ($\chi^2 = 6.89$; $p = 0.009$), “*Me preocupaba qué pensaría la gente si se enterara que estaba en tratamiento*” ($\chi^2 = 6.36$; $p = 0.012$), además de “*Me preocupaba qué tan caro sería*” ($\chi^2 = 5.53$; $p = 0.019$), “*Pensé que llevaría mucho tiempo o que sería inconveniente*” ($\chi^2 = 5.01$; $p = 0.025$), “*Pensé que el problema mejoraría por sí mismo*” ($\chi^2 = 4.34$; $p = 0.037$) y “*No pude conseguir cita*” ($\chi^2 = 4.04$; $p = 0.044$). En contraste, el resto de las barreras de tratamiento mostraron significancia $p > 0.05$.

Tabla 6

Relación entre el nivel de depresión y barreras de tratamiento en personas que nunca han asistido a servicios por uso de sustancias psicoactivas de la ZMVM (n=86)

Variables		Nivel de depresión				χ^2	p
		Mínimo/ Leve		Moderado/ Severo			
		(n=54)		(n=32)			
		n	%	n	%		
Barreras estructurales							
No tenía seguro que cubriera el tratamiento	Sí	9	16.7	9	28.1	1.59	0.207
	No	45	83.3	23	71.9		
Me preocupaba qué tan caro sería	Sí	15	27.8	17	53.1	5.53	0.019
	No	39	72.2	15	46.9		
No sabía a dónde acudir	Sí	15	27.8	18	56.3	6.89	0.009
	No	39	72.2	14	43.8		
No pude conseguir una cita	Sí	6	11.1	9	28.1	4.04	0.044
	No	48	88.9	23	71.9		
No me satisfacían los servicios disponibles	Sí	8	14.8	10	31.3	3.28	0.070
	No	46	85.2	22	68.8		
Tenía problemas con el transporte o el horario para llegar al tratamiento	Sí	8	14.8	6	18.8	0.228	0.633
	No	46	85.2	26	81.3		
Pensé que llevaría mucho tiempo o que sería inconveniente	Sí	10	18.5	13	40.6	5.01	0.025
	No	44	81.5	19	59.4		
El lugar de tratamiento estaba muy lejos	Sí	5	9.3	7	21.9	2.66	0.103
	No	49	90.7	25	78.1		
Barreras actitudinales							
Quería solucionarlo yo mismo	Sí	20	37	15	46.9	0.806	0.369
	No	34	63	17	53.1		
Pensé que el tratamiento no funcionaría	Sí	9	16.7	7	21.9	0.360	0.549

	No	45	83.3	25	78.1		
Había recibido antes tratamiento pero no funcionó	Sí	4	7.4	3	9.4	0.104	0.747
	No	50	92.6	29	90.6		
Me preocupaba qué pensaría la gente si se enteraran que estaba en tratamiento	Sí	10	18.5	14	43.8	6.36	0.012
	No	44	81.5	18	56.3		
Tenía miedo de que me internaran de manera involuntaria	Sí	8	14.8	16	50	12.4	<.001
	No	46	85.2	16	50		
Pensé que el problema mejoraría por sí mismo	Sí	18	33.3	18	56.3	4.34	0.037
	No	36	66.7	14	43.8		
El problema no me molestaba tanto al inicio	Sí	19	35.2	17	53.1	2.66	0.103
	No	35	64.8	15	46.9		
Ninguna barrera	Sí	28	51.9	10	31.3	3.46	0.063
	No	26	48.1	22	68.8		

Nota: La significancia estadística se muestra con $p < 0.05$

Resultados cualitativos

Circunstancias en torno al inicio de consumo de cristal

El siguiente fragmento muestra una de las múltiples realidades por las que las personas inician en el consumo de cristal, una de las tantas formas en que pueden consumirlo y una mínima parte de su contexto emocional:

“Yo lo inicié por allá de un, mediados de noviembre del 2020, me encontraba yo un poco desolado (...), era una madrugada, (...) fue en una aplicación de citas y me invitaron a hacer un tal slam, yo no sabía en ese momento a qué se refería, pero tenía mucha curiosidad, entre mi soledad y mi depresión que empezaba, la persona que me mandó la invitación insistía, en

primera instancia yo no quise porque ya era muy tarde, pero al final accedí, accedí a que viniera por mí y me llevara hasta su departamento para conocer lo que era el slam, el slam era el consumo de, de cristal, mediante la vía directa [inyectada] y ahí empezó”.

Al preguntarle a los participantes “¿cómo inició tu consumo de cristal?”, varios de ellos respondieron que, si bien tener curiosidad respecto a los efectos placenteros de la sustancia influyó, otro aspecto importante fue que el cristal les daría acceso a tener nuevas experiencias, principalmente encuentros sexuales, que sin el consumo no podrían llevar a cabo “*o sea, tú quieres pertenecer a ese grupo porque físicamente no eres este (...) pues como del, no eres el tipo de los que estaría ahí*”. Respecto a lo anterior, algunos relataron que en ocasiones los encuentros sexuales son condicionales por parte de quienes les invitan, amigos o personas que les contactan mediante aplicaciones como *Grindr*, ya que establecen como requisito para el acceso consumir cristal durante la sesión, de modo que algunos inician el consumo debido a que éste podría garantizarles, en palabras de un participante, “*relacionarte sexualmente con alguien que tú creías como inalcanzable*”, por lo anterior, no es de sorprenderse que los participantes mencionaran que conocer a personas con disponibilidad de acceso a la sustancia, les facilita la obtención de su dosis de consumo.

Respecto al estado emocional en el que se encontraban la primera vez que consumieron cristal, mencionaron haber estado experimentando tristeza y sentirse solos, algunos aun estando acompañados, y entre quienes mencionaron el motivo de estas emociones, señalaron la ruptura de alguna relación significativa o el fallecimiento de familiares, amigos o su pareja sentimental. Indicaron que el consumo de cristal funcionó como escape o distracción ante las situaciones que atravesaban y las emociones que les incomodaban, pues la sustancia les devolvía el deseo de sentirse vivos y lograban “*sentir algo más allá de estarme sintiendo triste todo el tiempo*”.

Daños en la salud mental por consumo de cristal

Sobre los aspectos que les desagradan de consumir cristal, los participantes mencionaron que es el impacto negativo a su salud mental lo que les genera mayor incomodidad, respecto a su salud mental, señalaron experimentar culpa antes, durante o después de consumir *“era un bajón emocional lo que realmente me generaba la culpabilidad de estar consumiendo esa sustancia [cristal], eso es algo que nunca me agradó”*.

Además, indicaron que, a raíz del uso de cristal, se han percatado que desarrollaron cierta apatía emocional hacia su gente cercana *“yo lo he sentido (...) a nivel familiar, o sea sí, como que te sientes ya un poquito como desapegado, a nivel social con tus amigos, (...) dejas de hacer cosas por convivir, por estar... consumiendo”*. Los participantes contaron que, a partir del uso de cristal, experimentan sintomatología que se asemeja a estados de depresión y ansiedad, principalmente después del consumo, cuando los efectos de la sustancia desaparecen. Al respecto, solamente una parte de los participantes reportaron sí haber asistido con profesionales de salud, quienes les diagnosticaron tales padecimientos, esto es importante señalar ya que habla del nivel de acercamiento que han tenido en los distintos servicios de salud mental. Otros participantes también indicaron percibir dicha sintomatología del estado de ánimo tras el consumo. Sin embargo, no cuentan con un diagnóstico clínico *“(...) esta parte de cuando dejan de consumir, el bajón, esa depresión, esa tristeza, la ansiedad o sea, la ansiedad, este, ese sentimiento de que la gente se diera cuenta que me metía algo, era como que lo que me ponía más así ¿no? me pesaba más todavía que alguien me fuera a ver, que alguien se diera cuenta”*.

Otro aspecto que se encontró en la mayoría de las personas fue experimentar sintomatología que se asemeja a la psicosis, como alucinaciones visuales, auditivas y delirios de persecución al sentirse en exceso nerviosos asegurando que alguien más les observa de cerca

“bueno, o lo que a mí me pasó es que tengo alucinaciones, siento que todo el mundo me ve, siento que me observan o que me vigilan, no sé. Pues las alucinaciones en sí es [sic] como que estar paranoico, ¿no?”. De la misma manera, algunos participantes comentaron haber vivido sesiones de consumo con personas que experimentaban *“crisis psicóticas”*, situaciones que consideran como riesgosas cuando se desconoce la manera de actuar para salvaguardar la vida del otro y la misma, de modo que han vivido con miedo dichos episodios, principalmente cuando la otra persona tiene conductas violentas con quienes están a su alrededor.

Agudizar los trastornos mentales que padecían previos al consumo de cristal, vivir violencia sexual mientras se encontraban bajo los efectos de la sustancia, experimentar cambios repentinos en el estado de ánimo y alteraciones al ciclo de sueño, así como tener pensamientos e intentos de cometer suicidio, son más de las vivencias que han sufrido los participantes a partir del consumo de cristal.

Herramientas para disminuir el consumo

Sobre las herramientas que han utilizado para disminuir su consumo de cristal, fueron pocos los participantes quienes comentaron que informarse respecto a los riesgos y consecuencias de la sustancia les ha hecho reflexionar sobre los factores que mantienen su consumo, lo cual posteriormente podría influir en tomar la decisión de disminuirlo o eliminarlo. En otros casos, a partir de experimentar daños en su salud física y psicológica, fue que algunos participantes comenzaron a buscar información sobre el cristal, los efectos negativos, cómo identificar si su consumo era problemático y alternativas de tratamiento *“me volteo a ver al espejo completo y dije ‘ay, cabrón ¿qué me pasó?, ¿qué son esas ojeras? me veo muy chupado’, dije ‘este no soy yo’, me puse muy triste y dije ‘a ver creo que algo estoy haciendo mal’ y empecé a consultar, empecé a investigar, a checar artículos de divulgación científica, a ver*

tutoriales para saber cómo poco a poco salir y me di cuenta que estaba en el hoyo, y dije ‘esto va a ser muy difícil’, y continúe haciéndolo, continúe haciéndolo, pero hago todo lo posible, estoy haciendo mucho esfuerzo para poder salir de este, de este gran problema tan delicado en el que me encuentro”.

Por otro lado, mencionaron que alejarse de redes sociales que les recuerden el consumo, como Twitter y Grindr, cambiar de entornos donde promuevan consumir, como fiestas, raves y antros, además de mantenerse ocupados en actividades que disfruten y beneficien su salud pueden ser de ayuda cuando se trata de reducir el uso de cristal. Aunado a ello, varios participantes aseguraron que tener voluntad y ganas de dejar de consumir o disminuir el consumo son los elementos más importantes para lograrlo.

Por decisión propia, algunos participantes han llevado a cabo técnicas que sí les han resultado efectivas en la disminución de su consumo, como establecer el periodo de tiempo que desean que les dure cierta cantidad de la sustancia y también espaciar sus consumos a lo largo del tiempo, con el fin de que cada vez logren más días sin consumir.

Respecto al papel que juega contar o no con redes de apoyo para lograr disminuir o eliminar el consumo, resulta interesante encontrar narrativas que se contraponen, pues aunque la mayoría de los participantes señalaron que sí es necesario contar con redes de apoyo que les hagan sentir realmente comprendidos y acompañados durante este proceso, principalmente en momentos en los que el *craving* es tan intenso que necesitan de una distracción para no recurrir a la sustancia y que la apetencia pase, solamente una proporción menor comentó que cuenta con ese soporte *“mi familia, mis amigos se han unido más y me han ayudado a que yo deje esto. Lo que hacen es darme, pues... mandarme a grupos de ayuda, este... audios, ese tipo de cosas es lo que hace mi familia y mis amigos para apoyarme”.*

Es importante mencionar que por redes de apoyo no solamente se refirieron a familiares, pues expresaron que su psiquiatra, psicoterapeuta, amigos, pareja, mascotas o profesores les han acompañado en “la montaña rusa del consumo” e incluso algunos consideran que esa figura de apoyo les ha salvado la vida *“las redes de apoyo, (...) personas que genuinamente, me di cuenta se preocupan por mí”*.

Otra parte indicó que no cuenta con tal acompañamiento, por lo que el proceso y la meta dependen de uno mismo, aunque les gustaría que fuese distinto... *“si me preguntas que si quiero dejarlo, sí totalmente, totalmente y de hecho he buscado ayuda, y todo y es donde me he dado cuenta que no cuentas con nadie, porque he buscado ayuda y pues no, estás tú solo”*.

Desconocimiento de los servicios de salud mental

Al preguntarles a los participantes sobre los servicios de salud disponibles que conocen para tratar problemas por consumo de cristal, algunos indicaron que no han buscado información al respecto, de modo que desconocen totalmente las opciones donde podrían solicitar atención. Otros más aseguraron que en México no hay tratamiento por consumo de cristal *“en México no existe, a lo mucho te van a mandar al Fray Bernardino...”*.

Entre quienes conocen servicios de atención por problemas de uso de sustancias, mencionaron que únicamente conocen los programas que realiza el gobierno de la Ciudad de México de atención telefónica Línea de la Vida por parte de CONADIC o unidades de atención de CIJ, sin embargo, fue posible notar cierta desconfianza y apatía hacia estos servicios públicos de salud disponibles.

Algunos de los participantes señalaron tener conocimiento sobre la existencia de psicoterapeutas y centros residenciales privados para tratar su condición, y en repetidas ocasiones mencionaron tener conocimiento sobre los centros residenciales establecidos por parte

de la sociedad civil, a los cuales se refirieron como como anexos o granjas, de los cuales fue evidente el temor *“empiezas a buscar y no, o sea no hay realmente como grupos, más que los de AA o centros de desintoxicación y pues ahí tienes el miedo como a que te anexen”* y desconfianza respecto a la efectividad del tratamiento por problemas de consumo *“y que no sirven de nada, ¿no? porque un anexo y las granjas son realmente programas que no funcionan, posiblemente frenen el problema momentáneamente o temporalmente, pero la adicción y real rehabilitación no la dan ellos”*, así como lugares de ayuda mutua *“solamente he escuchado de grupos de ayuda donde, como Alcohólicos Anónimos, que se llama Narcóticos Anónimos”*, donde la atención no necesariamente es brindada por profesionales de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

Experiencias en tratamiento de salud mental

Sobre las experiencias en servicios de salud mental por problemas emocionales o de consumo de sustancias, los participantes narraron distintas vivencias en los lugares donde brindan atención por dichos padecimientos. Por un lado, hay anécdotas de quienes han tenido situaciones desfavorables acudiendo con psiquiatras, pues señalaron que durante las sesiones se han sentido poco escuchados y de cierta manera ignorados, como si únicamente acudieran por fármacos y el contexto que viven alrededor del malestar no tuviese relevancia *“(…) yo iba a mis citas, pero el psicólogo [psiquiatra] llegó un momento que... pues empezaba a rayar el cuaderno y no te ponía atención (...), solamente era ten tu medicamento y adiós”*.

Respecto a la atención en psicoterapia y medicina general, hubo participantes que describieron experiencias similares, sesiones en donde no se sentían acompañados y por el contrario, se sentían juzgados, *“hasta con el doctor, todo es muy prejuicioso, entonces de los pocos que conozco no son muy confiables por lo mismo, incluso psicólogos, (...) como que ni*

siquiera te escuchan, entonces casi todos los servicios que hay, porque de que los hay, los hay, no funcionan”.

A lo anterior se suma que, en algunos casos, la lejanía a los lugares de atención les obstaculizaba acudir a sus citas y había poca flexibilidad por parte de los prestadores de salud para facilitar opciones en las que las personas pudieran presentarse. Por ejemplo, vía remota, principalmente en la consulta privada, situaciones que influyeron en tomar la decisión de suspender el tratamiento. Otro obstáculo que mencionaron como experiencia negativa de los servicios de salud fue que por falta de recursos económicos para pagar su tratamiento, en algunos casos se vieron en la necesidad de abandonar el tratamiento, tanto psicoterapéutico como psiquiátrico, situación que se dio con mayor frecuencia durante el encierro por Covid-19, donde hubo pérdida de empleos y la prioridad era comprar comida o pagar la renta del lugar donde vivían, según fuera el caso, y su salud mental quedó para después *“interrumpí mi tratamiento psicoanalítico y psiquiátrico por la pandemia, justamente por no tener los recursos para pagar el medicamento. Las sesiones obviamente llegó [sic] un momento en que las reduje nada más a una, y que luego interrumpí el tratamiento psicoanalítico. El factor económico fue muy, muy importante, de hecho con psiquiatría todavía (...) estaba consumiendo paroxetina, llevaba ya para ese entonces en tratamiento, 9 meses, [desde] mayo de 2020 de consumirla, y ese medicamento es caro”.*

Respecto a las unidades de tratamiento por parte del gobierno, solamente una persona especificó haber acudido a los CIJ. Sin embargo, mencionó que el proceso para iniciar psicoterapia es demasiado largo ya que transcurren varias semanas desde que se acude por primera vez para solicitar el servicio hasta la fecha de la primera sesión. Esto dificulta darle continuidad, pues la necesidad fisiológica por consumir cristal en ocasiones resulta insostenible,

requiriendo demasiado esfuerzo para no consumir mientras llega la fecha esperada *“acudí a esa asociación pero la verdad es que es gubernamental, creo que se llama Centro de Integración Juvenil, entonces es muy lenta su atención, demasiado lenta. Apenas esta semana tendré mi cita con la trabajadora social y hasta dentro de una o dos semanas tendría cita con la doctora porque sinceramente mi cuerpo ahora me pide, o sea, trato de recuperar estas emociones o estas sensaciones con otras cosas, reemplazarlas con algo más sano pero mi cuerpo ya sabe que no es la misma energía o no es la misma sensación que me da, entonces sigo buscando algo que me de esta sensación”*.

Por otro lado, hubo quienes contaron experiencias positivas en distintos tratamientos, *“estar en terapia, (...) te enchufas con la realidad de otra manera, porque ya no nada más estás tú, diciéndote ‘ya lo voy a dejar porque esto me hace daño’, pero en secreto, en los cuartos oscuros, en los hoteles o en los departamentos de desconocidos, sino que ya estás en un proceso, en un proceso de rehabilitación, en un proceso de ser más transparente, con quienes te quieren, eso es lo que me ha ayudado mucho para ir mejorando mi consumo en los últimos meses”*.

Algunos participantes señalaron haber acudido con psiquiatras y psicólogos, quienes les han ayudado a disminuir los síntomas de otros padecimientos como ansiedad o depresión, así como a eliminar o reducir el consumo de cristal, según sea la meta terapéutica establecida por las personas que consumen.

Aunado a lo anterior, desde los modelos de tratamiento basados en la abstinencia, se sabe que una dificultad durante el proceso psicoterapéutico es lograr alejarse completamente de los ambientes de consumo. Sobre todo cuando hay dificultad para socializar o disfrutar de los días sin estar bajo los efectos de la sustancia *“tu conocimiento de placer se limita a eso, al grado que olvidas todo lo demás que podría darte placer, salir es lo más difícil porque ya no tienes amigos,*

ya no sabes qué hacer, ya no recuerdas qué es lo que hacías contigo que te hacía sentir bien, entonces, creo que la gente que ha podido, tal vez... o bueno, en la experiencia que yo he tenido, que la gente que lo ha podido integrar a su vida es gente que tal vez sí, sí tiene muy presente las cosas que le dan placer aparte del cristal, pero si hay alguien que está definitivamente deprimido o que piensa que no, que no tiene ese sentido de vida, el cristal se lo va a dar”.

Respecto a lo anterior, hubo quienes mencionaron haber logrado encontrarse en situaciones con personas que consumen, sin ellos hacerlo, lo cual les hace sentir bien consigo mismos al darse cuenta que, a pesar del contexto y por decisión propia, pueden estar sin consumir, logros que reconocen han sido resultado de llevar un proceso terapéutico donde se sienten cómodos y la adherencia al tratamiento farmacológico que llevan por sus comorbilidades, también les ha beneficiado en llevar de una manera distinta el consumo de cristal.

Entre el consumo y los diagnósticos

Conocer el diagnóstico del trastorno mental que padecen, en ocasiones ha ayudado a los participantes a entender que algunas de sus conductas ocurrían a partir de dicho padecimiento o surgían como una forma de afrontar la incomodidad que los síntomas les causaban *“toda mi vida yo viví de una forma en la que, cuando me di cuenta de que no era yo realmente así, extrovertido, amiguelero y realmente eso era parte del masking que se hace de una persona con autismo, me di cuenta que yo era muy infeliz estando en la calle con mucha gente, con amigos echando desmadre, me causó mucha angustia, entonces eso explicaría porqué me aislé tanto y es porque estaba en mi casa sin contacto con gente, pues estoy más tranquilo, estoy con menos angustia”.*

Saber sus diagnósticos también podría dar pauta a reflexionar sobre cómo el consumo de cristal, en un inicio, influye en la modificación de su personalidad logrando ser más sociables, extrovertidos, aumentar su concentración, etc., conductas que, sin el consumo, probablemente les resultarían complejas de llevar a cabo cuando tienen ciertos diagnósticos mentales, y sobre todo cuando carecen del tratamiento adecuado o no tienen conocimiento de su diagnóstico. Algunos de los padecimientos a los cuales hicieron referencia los participantes fueron: trastorno bipolar, agorafobia, trastorno límite de la personalidad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo persistente, trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención.

Entre quienes toman fármacos como parte del tratamiento de su trastorno, señalaron que, de alguna forma, en ocasiones ciertos fármacos han contribuido a suprimir el deseo de consumir, de modo que cuando quieren hacerlo, pero tratan de evitarlo, los toman. Por otro lado, importa señalar que ningún participante mencionó contar con el diagnóstico de algún TCS, sin embargo, esto no implica que no cumplan con los criterios establecidos por dicho padecimiento.

Prevención del consumo, recaída y daños

Algunos de los participantes comentaron que, como personas que actualmente consumen cristal, en ocasiones les han compartido a las personas que se acercan a ellos con curiosidad por la sustancia, sus experiencias en cuanto a los efectos agradables del cristal, pero también advirtiendo sobre el impacto negativo respecto a los distintos daños que les causa y padecen como consecuencia del consumo, algunos incluso les aconsejan no probar para evitar daños futuros “*así que la neta, si no has fumado, la verdad ni te metas en este pedo (...)*”. Lo anterior puede ser de apoyo entre quienes desean empezar a consumir cristal, pues el saber que hay distintas realidades y que si bien la sustancia les puede proveer en un momento el placer que buscan, también podría cobrarles los momentos agradables.

Por otro lado, quienes señalaron tener la intención de reducir o eliminar el consumo de cristal, mencionaron que tener mayor conocimiento sobre la sustancia, les ha ayudado a lograrlo, ya que la información les permite visualizar los posibles escenarios donde el consumo de cristal afecta las distintas esferas de su vida, por lo que intentan prevenir tales efectos negativos.

Respecto a las personas que actualmente han logrado cierto tiempo sin consumir, mencionaron que, a modo de prevención de tener una recaída, les ha funcionado alejarse de todo aquello que les recuerde al cristal: ambientes, personas, incluso mencionar el nombre de la sustancia en conversaciones, lo limitan a cero tolerancia con el fin de estar más tiempo en abstinencia. De modo similar, consideran que informarse sobre los efectos de la sustancia antes de probarla por primera vez, así como de las consecuencias negativas después del consumo, les previene de vivir problemas relacionados al consumo, pues de este modo su consumo es de más consciente respecto a los daños y riesgos. Esto podría influir en que cuiden las cantidades que consumen, la manera de administrarlo, ambientes de uso, entre otros posibles daños relacionados a su salud física y mental pero también sus relaciones personales.

Finalmente, respecto a las campañas de prevención del consumo de sustancias por parte del gobierno, sugirieron modificarlas de tal manera que la información logre llegar a la población que lo requiere y tenga el impacto que pretende, para que aquellos que consideran iniciar el consumo o ya usan alguna sustancia, tomen la mejor decisión de manera informada *“el hecho de que pongan ahora comerciales donde te digan ‘acetona, gasolina, no sé qué, no sé qué, no sé qué, todas las drogas son, tienen veneno’ no les ayuda, al contrario, les da alicientes pa’ probarles”*.

El estigma que acompaña a las personas que usan sustancias

El estigma que se impone sobre las personas que consumen sustancias se ve reflejado, entre otros aspectos, en la obstaculización para iniciar la búsqueda de servicios y atender su problemática. Como se mencionó antes, los participantes han tenido experiencias negativas al sentirse juzgados por parte del personal de salud respecto a su consumo y las prácticas que llevan a cabo cuando están bajo los efectos de la sustancia.

“- ¿Has buscado tratamiento de salud mental o uso de sustancias?”

-No, hasta el momento. Creo que es porque siento, me siento juzgado de alguna manera porque yo sé que no está bien y no sé, siento que la gente me va a ver raro”.

Señalaron que las campañas de salud por parte del gobierno promueven el miedo a las sustancias y a la población que las usa, lo cual consideran que debería cambiar. En su lugar, informar y acercar a la reflexión, de modo que al ver un comercial en televisión o escucharlo en la radio, quienes consumen sustancias no se sientan atacados o discriminados, como si fueran personas malas, delincuentes o culpables de algo, ya que eso no les ayuda y, por el contrario, puede hacerles sentir señalados y con nulo valor como persona. Esperan que los programas de salud pública sean capaces de brindar herramientas con las que puedan identificar cuando hay un problema de consumo y las instituciones brinden un acompañamiento real en la búsqueda, inicio y mantenimiento del tratamiento *“¿cómo comenzamos a reconocer nuestra adicción?, ¿qué empezamos a hacer en ese momento?, ¿cómo nos sentimos en ese momento en el que nos vimos en el espejo y no nos reconocimos? (...)”.*

Además del estigma relacionado con los servicios de salud, los participantes narraron que han sido señalados por parte de sus familias, amigos, compañeros de trabajo, entre otros *“cuando yo comencé a hacérselo saber [el consumo de cristal] a mis amistades, sí noté una especie de, en*

algunos, una especie de rechazo, en algunos tuve la sensación de quererme ayudar, pero yo me encontraba en mi apogeo de adicción y yo, cierta parte de mí, pues no quería ayuda, simplemente quería que me aceptaran y me empecé a sentir una especie de hostigamiento y empecé a separarlos”. Señalaron que, en ocasiones, cuando las personas que les rodean saben sobre su consumo, se alejan o los evitan, lo cual les hace sentir señalados en un juicio silencioso.

De acuerdo con lo anterior, el sentimiento de culpa por consumir también fue mencionado en repetidas ocasiones por los participantes, principalmente cuando las personas que les rodean utilizan etiquetas como “bueno” y “malo” para señalar que el consumo de sustancias es malo, un error y que les resta valor como personas *“trato de estar bien pero sí sé que necesito ayuda o al menos alguien que me pueda entender un poquito en cómo me estoy sintiendo sin sentir que está con su prejuicio o señalando que estoy, que estoy mal o que estoy haciendo algo mal porque es lo que menos queremos”*, de modo que en algunos casos, recurren a la sustancia para calmar la incomodidad que causa el saber que los demás están al tanto de su consumo *“es como un ciclo muy raro o sea porque por no sentirme mal por consumir, consumo más para que no me sienta culpable”*.

Lo que piensen, digan o hagan las personas que les rodean al saber que consumen cristal, puede impactar en el estado emocional de quien consume, especialmente cuando se refieren a la persona con términos que estigmatizan, como si quienes no consumen cristal tuvieran permitido violentar, de infinitas formas, desde el lenguaje al golpe físico o la indiferencia, al ser humano *“en mi caso creo que sí puede mucho pues el qué dirán, ¿no? o sea, el saber que pueden hablar de ti y decir ‘ay el drogadicto’, ‘ay el este’, ‘ay, blah, blah, blah’, o la opinión sobre todo de las personas que más amo en la vida pues sí es algo que me implicaría mucho”*, incluso fue posible notar que tales conceptos llegan a penetrar tanto en la persona que se categorizan a sí mismos

con términos que resultan discriminatorios “estuve a punto de morir y ni siquiera eso me detuvo, soy adicto, me considero adicto”.

Lo que ocurre fuera de la comunidad gay, se replica dentro, pues los participantes expresaron que ahí también se han encontrado con estereotipos, prejuicios y estigmas por parte de otros miembros “sinceramente es otro mundo lleno de muchas críticas, prejuicios, inclusive entre nosotros, entre nuestra misma comunidad”, lo cual fue posible visualizar con comentarios que otros participantes hicieron, como: “sí, ya soy consciente que sí soy un consumidor, pero no soy así un, un adicto sin oficio ni beneficio, ¿no? porque al menos trato de sacarle algo bueno”, refiriéndose a que al ser productivo, estudiar o trabajar, es de alguna manera superior a quienes no lo hacen y consumen cristal. En contraste, otro participante mencionó “yo antes pensaba que el que estaba, el que se drogaba era el que vivía en la calle, así y totalmente yo tenía ese estigma y hoy en día veo que no es así”.

Respecto a lo anterior, otro participante comentó que dentro de la comunidad gay, hay quienes piensan que el consumo de cristal está permitido o es correcto únicamente en contextos de encuentros sexuales, pero si lo usas en cualquier otro momento, tienes problemas de consumo “si lo usas fuera de una sesión sexual, ya es totalmente vicio”, lo cual puede mostrar que entre pares se juzgan y la comunidad parece tener reglas implícitas donde pertenecer a cierto nivel en la jerarquía resulta complicado cuando en un inicio se requiere consumir cristal para acceder al grupo y, una vez dentro, no se debe consumir en exceso porque eres un “vicioso”, pero tampoco tan poquito porque te falta ser “entrón”.

Discusión

Es necesario que hablar sobre minimizar la brecha de tratamiento en personas que consumen sustancias deje de ser una utopía. Para lograr que quienes requieren atención acudan a los servicios de salud mental, es forzoso plantear estrategias que establezcan como objetivo identificar las barreras que les obstaculizan la búsqueda, inicio y permanencia al tratamiento. Por lo anterior, en el presente estudio se planteó como objetivo general conocer las barreras para acceder a tratamiento en servicios de salud mental que enfrentan las personas que consumen cristal en la Zona Metropolitana del Valle de México. Para llegar a ello, se plantearon 5 objetivos específicos que a continuación se discuten.

Como primer objetivo específico, se propuso conocer las características sociodemográficas de la muestra, a partir del cual se encontró que la mayoría de los participantes son hombres, dato consistente con otros estudios (McKetin y Kelly, 2007; Patricia et al., 2008). También importa señalar la necesidad de que mujeres formen parte de las muestras de investigación, ya que al menos en México, son quienes demandan tratamiento a edades más tempranas por consumo de cristal (Secretaría de Salud et al., 2023). Respecto a lo anterior, ya se ha criticado la investigación sobre uso de sustancias históricamente centrado en hombres, aun cuando se sabe que los daños asociados a éste uso tienden a ser más severos en mujeres (McHugh et al., 2018), sin embargo, queda profundizar en si la academia prioriza describir las trayectorias de consumo en hombres o el doble estigma por ser mujer (Meyers et al., 2021) y usar drogas (Mora-Ríos et al., 2017), así como las expectativas sociales de género (Romero et al., 1996) llevan a esta población a ocultarse a tal grado que forman mínima o nula parte de los estudio, como probablemente ocurrió en el presente proyecto.

Respecto a la edad de los participantes, se halló que tienen 32 años en promedio, ello resulta importante ya que, en México, la población masculina que demanda con mayor frecuencia tratamiento por consumo de cristal, son hombres de entre 20 a 34 años (Secretaría de Salud et al., 2023), por lo que la edad de la población del presente estudio es consistente con lo que se ha encontrado en encuestas nacionales de consumo de sustancias. Además, se ha señalado que entre las personas que usan metanfetamina el nivel educacional puede marcar la diferencia entre quienes se inyectan y quienes no (Semple et al., 2004a), lo cual puede sugerir que entre la muestra también existen diferencias en las dinámicas de consumo según sus características sociodemográficas.

Por otro lado, cerca de la mitad tiene el grado de licenciatura y entre ellos, la mitad cursó algún posgrado, datos que sobresalen pues el promedio de escolaridad en el año 2020 a nivel nacional fue de 9.7 años y 11.5 años en Ciudad de México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023), por lo que es oportuno destacar que los participantes del presente estudio presentan mayor nivel académico que la población general. En cuanto a la fuente de ingresos, más de la mitad de los participantes contaron con empleo por contrato, lo cual supone estabilidad económica, prestaciones por ley y garantía de los derechos laborales, además es importante considerar el factor de empleo ya que se ha relacionado con la falta o no de tratamiento en personas que consumen metanfetamina (McKetin y Kelly, 2007).

Cerca de la mitad obtuvo un ingreso mensual mayor a \$13,554 pesos, es decir, superior al doble del salario mínimo, mientras que la alcaldía de residencia más señalada fue Cuauhtémoc, mientras que más de la mitad de los participantes ha estado afiliado a algún servicio médico, y entre ellos, la mayor parte cuenta con derechohabiencia al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Hallazgo que resulta de interés ya que la accesibilidad a este servicio podría contribuir

disminuyendo las barreras estructurales de disponibilidad y accesibilidad, lo que a la par impacta en minimizar la brecha de tratamiento. Sin embargo, aunque los resultados son valiosos y esperanzadores al mostrar que la mayor parte de la muestra tiene acceso a estos servicios, también es necesario evaluar qué tan efectiva y de calidad está siendo la atención, desde la infraestructura hasta la capacitación del personal para atender padecimientos tan complejos como las problemáticas por uso de sustancias, y que estas poblaciones realmente puedan tratar su padecimiento en lugares equitativos y con personal competente, donde más que afectar, les ayude de manera no excluyente ni desigual a gozar de bienestar (Sánchez-Torres, 2017).

Si bien los hallazgos antes descritos sustentan la relevancia y necesidad continuar realizando investigación que profundice en los contextos de las personas que usan sustancias, también muestran una más de las diversas realidades que acompañan a estas poblaciones, contribuyendo a erradicar el estigma y estereotipos que les permean al comúnmente pensarlas en condiciones vulneradas como vivir situación de calle, delinquir o tener nula escolaridad, por mencionar algunos, creencias que solamente aumentan las prácticas de estigmatización, discriminación y exclusión. De modo que los resultados contrastan con dicho posicionamiento, mostrando el uso de cristal en personas con condiciones distintas respecto a otras poblaciones que usan cristal (Díaz et al., 2016; Fast et al., 2014; Jiménez y Castillo, 2011).

Por otro lado, es importante tomar en cuenta que si bien dichas características pueden desempeñarse como factores de protectores para las personas que usan cristal (Morales, 2023), también implican retos distintos para los involucrados en minimizar las barreras en el acceso a tratamiento, pues al no encontrarse con obstáculos de alfabetización, falta de acceso a instituciones de salud, pobreza, entre otras barreras estructurales, queda continuar realizando investigación que contribuya a conocer y minimizar los obstáculos que viven las poblaciones y

así, de manera bidireccional, los profesionales de la salud y las personas que usan sustancias logren acercarse.

Como segundo objetivo específico, se propuso identificar las barreras para acceder a tratamiento en servicios de salud mental que enfrentan las personas que consumen cristal, para lograrlo se dividió a la muestra en dos grupos, los participantes que han acudido a tratamiento por problemas de uso de sustancias y quienes nunca han asistido. Aunque se ha señalado que tanto las barreras como los facilitadores para acceder a tratamiento pueden variar a partir de factores como el tipo de TUS y características tanto de la persona como del sistema de salud al que pertenecen (Sarkar et al., 2021), en el presente estudio se encontraron similitudes entre ambos grupos. La primera de éstas fue la predominancia de barreras actitudinales respecto a las estructurales, datos que resultan relevantes ya que empatan con literatura donde participantes hombres con trastornos mentales o por uso de sustancias reportan en menor medida la vivencia de obstáculos estructurales, en contraste con mujeres y personas con bajo nivel educativo (Orozco y colaboradores, 2022). Respecto a lo anterior, es importante señalar la necesidad de comparar las barreras que presentan hombres y mujeres cuando la muestra lo permita, con el fin de exponer resultados que consideren el mayor número de variables individuales y a partir de estos se logre planear estrategias de intervención específicas y eficientes.

Otra similitud fue que entre las barreras actitudinales, las de mayor prevalencia en ambos grupos fueron “Quería solucionarlo yo mismo”, “El problema no me molestaba tanto al inicio” y “Pensé que el problema mejoraría por sí mismo”, datos que empatan con hallazgos de Cumming en 2016, donde en distintos estudios identificaron las barreras actitudinales, las cuales llamaron internas y específicamente de estigma, como las de mayor prevalencia para el acceso a tratamiento por uso de metanfetamina. Ahora bien, el que personas sin experiencia de

tratamiento y con ella, hayan señalado como limitante para acudir a atención por problemas de uso de sustancias dichas barreras, hace referencia al enorme reto que de manera urgente los y las encargadas de promoción de la salud necesitan abordar respecto al estigma asociado a los problemas de consumo de sustancias y en general a los padecimientos mentales, pues que las personas consideren que el consumo debe causar daños significativos para comenzar a atenderlos, que el problema eventualmente desaparecerá por sí sólo o que incluso pueden tratarlo ellos mismos, mantiene la creencia sobre dichos padecimientos como debilidades o falta de moral (Fisken, 2001), lo cual resulta sumamente cruel y dañino para la persona con el problema de salud física y psicoemocional el esforzarse por solucionarlo y de no conseguirlo, sentirse incompetente sobre el control de una enfermedad que como tal necesita de atención profesional multidisciplinaria.

Cabe mencionar que las barreras actitudinales más frecuentemente señaladas por la muestra, también empatan con una investigación realizada en población mexicana, en la cual personas en centros residenciales por problemas de uso de metanfetamina señalaron: no considerar útiles los servicios que brindan tratamiento, no considerar importante asistir a tratamiento y la falta de tiempo para asistir a sus citas como los principales obstáculos para atender su padecimiento (Martínez, Ojeda, Robles, et al., 2023). Sobre lo anterior, aunque los autores no detallan la clasificación entre el tipo de barreras que evalúan, de acuerdo con la literatura, es posible concluir en que sus resultados también corresponden al predominio de barreras de tipo actitudinales.

Aunado a las barreras antes descritas, el grupo que ya ha tenido experiencias en tratamiento, también identificó como principales barreras actitudinales: “Tenía miedo de que me internaran de manera involuntaria” y “Me preocupaba qué pensaría la gente si se enteraran que

estaba en tratamiento”, resultados con alarmantes implicaciones, pues se sabe que en México una parte de las personas que llegan a centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales por problemas de uso de sustancias, son llevadas de manera involuntaria por familiares o amigos, incluso se ha estimado que solamente el 47.3% asiste de manera voluntaria (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2017). Y por otro lado, aun si atender a su pariente en un centro residencial profesional fuese la primera opción para los familiares de quienes usan sustancias, la disponibilidad de tratamiento residencial que ofrece el gobierno es menor respecto a los centros residenciales de organizaciones no gubernamentales (Secretaría de Salud y CONADIC, 2019), y las ofertas en otros servicios privados pueden ser muy costosas e inaccesibles (Marín-Navarrete, Eliosa-Hernández, et al., 2013) para gran parte de la población, por lo que al valorar las limitadas opciones, frecuentemente resulta más viable acudir a alguno de los centros residenciales de ayuda mutua, también conocidos como anexos, donde a pesar de los abusos que viven los residentes y la falta de atención profesional, las personas consideran, a partir de sus recursos, éstos lugares como opciones para cubrir la necesidad de atención. Por lo que a partir de lo antes descrito y la documentación que se ha realizado sobre las violencias y negligencias ejercidas en “anexos”, así como relatos entre pares sobre experiencias negativas, es posible decir que quienes usan sustancias experimentan miedo y vergüenza al pensar que su padecimiento será atendido en algún centro de internamiento, profesional o no, aun cuando la gravedad de su padecimiento amerita contención residencial (Marín-Navarrete, Eliosa-Hernández, et al., 2013), pues carecer de información sobre el tratamiento profesional en salud mental, podría provocar la generalización de los servicios como violentos y confrontativos, donde vulneran sus derechos más básicos, y ello implica barreras como temor al tratamiento residencial profesional.

De tal manera que, la violación a los derechos de las personas que usan sustancias por parte de quienes en un inicio les garantizan atención a su salud mental, la falta de regulación por parte de las autoridades gubernamentales y la carencia de atención por profesionales de la salud mental en centros de tratamiento de la sociedad civil, mantienen y replican el estigma que hay sobre las personas que usan drogas, pues alejan la atención de estos padecimientos de entenderlos como un problema de salud mental pública y tratarlos como tal, perpetúan estereotipos que discriminan a las poblaciones que usan sustancias, mantienen creencias que hacen ver el tratamiento como un castigo “que te hará entender” y que la rehabilitación debe doler de todas las formas posibles. De modo que las personas no atienden sus problemáticas de consumo por miedo a sufrir daño en los servicios de tratamiento, y de hacerlo, atravesar por los señalamientos de la sociedad por tener problemas de consumo y atenderlos en los llamados “anexos”.

Continuando con las barreras más referidas por los participantes, pero ahora abordando las de tipo estructural, en ambos grupos se encontró “No sabía a dónde acudir” como la más puntuada, dato que podría estar representando a la parte de la muestra que no cuenta con afiliación a servicios de salud mental, o bien, a quienes cuentan con éstos y desconocen las opciones para atender su salud, señalando la exigencia para los responsables de visibilizar las opciones de tratamiento para atender la problemática por uso de sustancias psicoactivas. De forma similar, para los participantes que nunca han asistido a tratamiento, la segunda barrera estructural más reportada fue “Me preocupaba qué tan caro sería”, dato que resalta, ya que también podría estar identificando a una parte de la muestra que se encuentra limitada de atender su salud debido al costo económico de los servicios, pues aunque se ha mencionado el aproximado de participantes que perciben un salario alto, hay una pequeña proporción que no se

encuentra en la misma condición. De acuerdo con los resultados, es importante señalar la notable minoría en la prevalencia de barreras estructurales en ambos grupos, misma que es posible que se dé a partir de la influencia de las características sociodemográficas que presentan la mayoría de los participantes, las cuales permiten minimizar la vivencia de obstáculos financieros, y que al vivir en la capital de la república, cuenten con mayor disponibilidad de servicios de salud o medios de transporte.

A partir de los hallazgos antes descritos, es claro que al comprender las barreras de acceso a tratamiento se visibiliza el conjunto de actitudes, creencias, juicios de valor, los recursos tangibles necesarios y demás elementos que las construyen, y el aporte de ello radica en que al conocer mejor los factores que influyen en su origen, se vuelve posible sumar esfuerzos que resulten eficientes para minimizarlos. De modo que, si la persona experimenta la menor cantidad de obstáculos, puede reducirse el tiempo que tarda en comenzar la búsqueda e inicio del tratamiento y lograr hacer uso de los servicios con los que cuenta. De tal manera que atender el padecimiento cuando aún no se ha agudizado, reduce el riesgo de que evolucione a lo problemático y en consecuencia disminuyen los daños asociados tanto para la persona que usa sustancias como para quienes le rodean.

Por otro lado, justamente debido a los altos índices de prevalencia y el impacto que representa en la salud pública la presencia simultánea de padecimientos psiquiátricos, es necesario profundizar en la comorbilidad de los problemas por consumo de sustancias y los trastornos mentales (Marín-Navarrete et al., 2013).

En el tercer objetivo específico se planteó identificar el nivel de sintomatología depresiva en los participantes, a partir del cual se encontró que la mayoría de la muestra presenta síntomas depresivos en nivel mínimo y en contraste, se observó menor prevalencia de sintomatología

severa. Cabe mencionar que, aunque en el presente estudio los hallazgos refieren sintomatología depresiva y se enfatiza en que no se consideraron diagnósticos de trastornos mentales como depresivo mayor o depresivo persistente, es posible notar que los resultados obtenidos son consistentes con investigaciones donde población que usa cristal (Martínez et al., 2023) o se encuentra en tratamiento por uso de sustancias (Marín-Navarrete et al., 2013), experimenta sentimientos de soledad, tristeza o bajo estado.

A partir de los hallazgos antes descritos, hay algunos aspectos significativos por considerar. El primero parte de la falta de información concluyente sobre el supuesto de que los factores de riesgo que comparten el consumo de cristal y la sintomatología depresiva dan origen a la comorbilidad, si es el consumo de cristal lo que precede a experimentar sintomatología depresiva o si la sintomatología depresiva conduce al consumo de cristal, al respecto autores han descrito que trastornos como de ansiedad y afectivos ocurren antes del TUS (Caraveo-Anduaga y Bermúdez, 2002). Sin embargo, es preferible contar con datos específicos que logren describir el desarrollo de la comorbilidad entre el uso de metanfetamina y sintomatología depresiva en población mexicana, pues al ser la metanfetamina de cristal una sustancia totalmente sintética, es decir, no se elabora a base de plantas y además causa deterioro severo al ser sumamente adictiva (Jiménez y Castillo, 2011), es fundamental ahondar en los diferentes daños e implicaciones que las particulares características del estimulante pueden causar a diferencia de otras sustancias psicoactivas, pues al tener mayor comprensión de los patrones de inicio de las comorbilidades mentales, aumentan las estrategias para cubrir las necesidades de atención (Caraveo-Anduaga y Bermúdez, 2002) en los servicios de salud.

A partir del mencionado fenómeno de comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias, otro aspecto a tomar en cuenta es la necesidad de averiguar de qué manera

influye un padecimiento en la búsqueda o adherencia al tratamiento de otro, pues experimentar sintomatología depresiva podría ser una obstrucción para el tratamiento psicológico o farmacológico por problemas de uso de sustancias, ya que la naturaleza de los síntomas de padecimientos depresivos, tales como bajo interés o placer por actividades, estado de ánimo deprimido, disminución de la capacidad para tomar decisiones y desesperanza, podrían alterar la decisión de iniciar la búsqueda de tratamiento, no llevar a cabo las indicaciones de los especialistas, atravesar por recaídas o incluso abandonar el tratamiento. Sin embargo, se requiere literatura actualizada que permita comprender hasta qué punto estos padecimientos se afectan entre sí, con el fin de prevenir el agravamiento de los síntomas, minimizar el daño en las personas y brindar atención temprana a las personas, particularmente cuando el consumo funciona como medio de autorregulación (Tirado-Muñoz et al., 2018) para disminuir la sintomatología de padecimientos mentales y el uso de sustancias corre riesgo de agudizarse al aumentar la frecuencia o cantidad de consumo para lograr el propósito deseado, disminuir el malestar mental.

Por lo antes descrito, conocer la sintomatología depresiva que experimentan las personas que usan sustancias, contribuye a ampliar el panorama de obstáculos que les podrían estar impidiendo atender su padecimiento y por lo tanto, abordar estas barreras desde estrategias distintas respecto a quienes no acuden a tratamiento por otros motivos. Además, es importante conocer cuando la persona atraviesa por síntomas depresivos y consume sustancias, ya que se pueden llevar a cabo estrategias que ayuden a prevenir que estas condiciones progresen a trastornos mentales graves, lo que a su vez minimiza la prevalencia de los padecimientos y por supuesto, las complicaciones asociadas a ellos.

Por otra parte, a partir del cuarto objetivo específico que tuvo como fin identificar si existe asociación entre las barreras que experimentan quienes acuden a tratamiento por consumo de sustancias y sintomatología depresiva, y el quinto objetivo específico en el cual se propuso comprender a través de las experiencias de quienes consumen cristal las barreras que les obstaculizan acudir a tratamiento por dicho consumo, se discutirán de manera simultánea con el fin de mostrar las bondades que los métodos mixtos aportaron a la investigación.

Los resultados cuantitativos permitieron identificar asociaciones estadísticas significativas entre las barreras de tratamiento y el nivel de sintomatología depresiva. En el grupo que ha tenido experiencias de tratamiento, se encontró significancia $p < 0.05$ en la mayoría de las barreras (10/15), mientras que quienes nunca han acudido a tratamiento mostraron dicha significancia en la mitad de las mismas (7/15). Cabe destacar que ambas barreras actitudinales de estigma: “Me preocupaba qué pensaría la gente si se enteraran que estaba en tratamiento” y “Tenía miedo que me internaran de manera involuntaria”, con el nivel de depresión, mostraron ser estadísticamente significativas.

Los datos cualitativos, en conjunto con los resultados cuantitativos, permitieron comprender con mayor amplitud los obstáculos que les impiden acudir a tratamiento, pues constantemente se encontraron narraciones de distintas formas de estigma a las que han estado expuestos.

Entre los participantes que han tenido experiencias de tratamiento en salud mental, algunos narraron haberse encontrado en situaciones donde prestadores de servicios de salud se comportan de manera prejuiciosa, lo cual asocian al uso de sustancias, ser un hombre que tiene sexo con hombres y las prácticas de consumo que llevan a cabo durante encuentros sexuales, en consecuencia, los participantes experimentan inseguridad respecto al servicio que reciben, por lo

que generalmente deciden abandonar el tratamiento. De manera similar, describieron que cuando personas de su entorno conocen su situación de consumo de cristal, muestran rechazo o se distancian de ellos. Actualmente al conjunto de experiencias de discriminación, estereotipos y prejuicios que vive una persona por parte de otra, desde la teoría se conoce como estigma promulgado (Earnshaw, 2020) y se ha estudiado en distintas poblaciones, entre ellas personas en tratamiento por uso de opioides (Earnshaw et al., 2013) y personas que consumen metanfetamina (Semple et al., 2005), que de manera similar han referido ser víctimas de discriminación, estereotipos y prejuicios por parte de amigos, familiares, servidores de salud y empleadores debido a su consumo de sustancias.

Por otro lado, participantes que nunca han acudido a servicios de salud para tratar su consumo de cristal, aun cuando consideran conveniente hacerlo, indicaron que sus ideas anticipadas sobre los probables perjuicios que el personal de salud tendrá con ellos al acudir a tratamiento, les impide buscar opciones del mismo. Ello hace referencia a expectativas de estereotipos, prejuicios y discriminación de los participantes por parte de otras personas en el futuro, descripciones que en la literatura han sido conceptualizadas como estigma anticipado o percibido (Earnshaw, 2020), a partir del cual se ha descrito que las personas con algún TUS experimentan constante angustia sobre cómo los percibirán otras personas (Earnshaw et al., 2019), lo cual empata con relatos de los participantes donde mencionaron que sí les afectaría emocionalmente lo que otras personas pudieran decir de ellos respecto a su consumo, anticipando que otras personas harían comentarios y éstos serían negativos sobre su consumo de cristal.

A partir de los datos cualitativos también se pudo encontrar la presencia de estigma internalizado, el cual ocurre cuando las personas respaldan los prejuicios y estereotipos de otras

personas asociados con su condición estigmatizada y los aplican a sí mismos (Earnshaw, 2020), pues en ocasiones los participantes se describieron con términos como “drogadicto”, algunos consideran que el consumo de cristal les da una imagen negativa a partir de comentarios que otras personas les han hecho y experimentan constantemente culpa por usar sustancias. Aunado a ello, un hallazgo muy relevante fue el relato de los participantes al mencionar que dentro de la comunidad gay, a las personas que consumen en contextos distintos a sesiones sexuales o simplemente tienen consumos diferentes, les consideran inferiores y les discriminan.

De acuerdo con los hallazgos, se puede concluir en que las personas se limitan a acudir a tratamiento y atender su consumo de sustancias debido al estigma que experimentan a través de las acciones directas de otras personas, las acciones de estigma que esperan recibir por parte de los demás y el estigma que tienen de sí mismos. Aunado a ello, el que perciban comportamientos estigmatizantes por parte de los profesionales de salud sin duda es una barrera importante para iniciar o completar su tratamiento, por lo que es importante realizar más investigación sobre el impacto que las creencias estigmatizantes por parte de los profesionales de salud tienen en la brecha de tratamiento para las personas que usan cristal.

Cabe destacar que las asociaciones estadísticas significativas en los participantes que tienen experiencias en tratamiento podrían deberse a lo planteado por Semple en 2005, al mencionar que la acción de ingresar a un servicio de salud por uso de sustancias, crea la percepción de que la persona tiene un problema grave y existe mayor posibilidad de que se refieran a él con etiquetas más negativas, mientras que quienes nunca han acudido a tratamiento, aunque también experimentan situaciones de discriminación o rechazo, la probabilidad de vivir situaciones de rechazo es menor, pues al no acudir a tratamiento, no se les percibe con un problema tan severo.

Por lo anterior, los resultados sugieren que el constante estigma impacta en la utilización de servicios, y a través de las barreras estructurales, éste se relaciona con el nivel de sintomatología depresiva. Ello ha sido respaldado en investigaciones donde el estigma por HSH (Wohl et al., 2013) y vivir con VIH y usar sustancias (Earnshaw et al., 2015), se asocia a experimentar depresión. Por otra parte, aunque la investigación no tuvo como fin explorar las trayectorias de consumo de los participantes, los resultados cualitativos permitieron identificar experiencias que empatan con otras investigaciones, las cuales son importantes de señalar ya que contribuyen a la información brindada por voz propia de personas que consumen cristal. Algunos participantes indicaron que el consumo de metanfetamina les provoca confianza para desenvolverse o llevar a cabo actividades que sin el consumo no lograrían, también a reducir los síntomas de otros padecimientos mentales y mejorar sus encuentros sexuales (Hansen et al., 2021). Añadieron que, para lograr dejar el cristal, se alejaron de personas con quienes solían consumir, y algunos refirieron que la metanfetamina no se compara con otras sustancias ya que es más adictiva y detener el consumo es sumamente complicado (Alexander et al., 2018).

A partir de los relatos, fue interesante notar que, de forma similar en la investigación de Alexander (2018), en algunos participantes del estudio se encontró que además de los efectos placenteros que les brinda el consumo de cristal, las relaciones que hacen, el lograr llevar a cabo prácticas sexuales con ciertas personas, el sentido de pertenencia y aceptación de determinados grupos, les resulta en una fuente inmensa de satisfacción que también obtienen a través del consumo de metanfetamina.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es importante tomar en cuenta que la muestra presenta características sociodemográficas favorecidas respecto a la población general y los participantes son HSH, lo cual puede sugerir un consumo muy específico de metanfetamina en

contraste con otras poblaciones. Debido a ello, los hallazgos no pueden generalizarse a la población que consume cristal. Por otro lado, considerar que el estudio se llevó a cabo durante el confinamiento por Covid-19 el cual, al ser una emergencia sanitaria con gran impacto a la salud física y mental alrededor del mundo, pudo alterar las dinámicas de consumo, la atención que brindaban los rebasados servicios de salud y la sintomatología depresiva.

Por los hallazgos descritos, el presente estudio contribuye al estudio sobre barreras de tratamiento a servicios de salud por consumo de sustancias, aporta a la investigación del uso de cristal y ello en conjunto, contribuye a la reducida investigación realizada en población mexicana que consume sustancias y al momento de realizar el estudio no se encuentra bajo tratamiento, lo cual reduce el sesgo de deseabilidad que puede surgir durante la investigación, aunado al cambio conductual que implica por sí mismo estar en tratamiento. Existe poca literatura sobre las barreras de tratamiento estudiadas en población mexicana, y no existe literatura que estudie las barreras de tratamiento por uso de metanfetamina en Ciudad de México.

Referencias

- Alexander, A. C., Obong'o, 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>
- Amaro, R. (2016). Taking chances for love? Reflections on love, risk, and harm reduction in a gay slamming subculture. *Contemporary Drug Problems*, 43(3), 216–227.
<https://doi.org/10.1177/0091450916658295>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Anglin, M. D., Burke, C., Perrochet, B., Stamper, E., & Dawud-Noursi, S. (2000). History of the Methamphetamine Problem. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 137–141.
<https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400221>
- Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B., & Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(13), 817–826. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.003>
- Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Benjet, C., Cia, A., Kessler, R. C., Orozco, R., Sampson, N., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Viana, M. C., & Medina-Mora, M. E. (2019). Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*.
<https://doi.org/10.1017/S2045796019000477>

- Bramness, J. G., Gundersen, Ø. H., Guterstam, J., Rognli, E. B., Konstenius, M., Løberg, E. M., Medhus, S., Tanum, L., & Franck, J. (2012). Amphetamine-induced psychosis - a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? *BMC Psychiatry*, *12*(221). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-221>
- Caraveo-Anduaga, J. y Bermúdez, E. (2002). Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental*, *25*(2), 9–15.
- Castillo, P. y Gutiérrez, A. (2008). Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental*, *31*(5), 351–359.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2016). *Cerebro y sustancias psicoactivas. Elementos básicos para el estudio de la neurobiología de la adicción*.
- Chen, C. K., Lin, S. K., Sham, P. C., Ball, D., Loh, E. W., Hsiao, C. C., Chiang, Y. L., Ree, S. C., Lee, C. H., & Murray, R. M. (2003). Pre-morbid characteristics and co-morbidity of methamphetamine users with and without psychosis. *Psychological Medicine*, *33*(8), 1407–1414. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008353>
- Chen, Y., Zhang, J., & Sun, Y. (2019). The relationship between childhood abuse and depression in a sample of Chinese people who use methamphetamine. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *19*(3), 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.06.003>
- Cho, A. K. (1990). Ice: A New Dosage Form of an Old Drug. *Science (New York, N.Y.)*, *249*(4969), 631–634. <https://doi.org/10.1126/science.249.4969.631>

- Chomchai, C., & Chomchai, S. (2015). Global patterns of methamphetamine use. In *Current Opinion in Psychiatry* (Vol. 28, Issue 4, pp. 269–274). Lippincott Williams and Wilkins.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000168>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). *MEDICIÓN DE LA POBREZA*.
https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2020.aspx
- Courtney, K. E., & Ray, L. A. (2014). Methamphetamine: An update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. *Drug and Alcohol Dependence, 143*(1), 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.08.003>
- 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>
- Degenhardt, L., Glantz, M., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Thornicroft, G., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Helena Andrade, L., Bruffaerts, R., Bunting, B., Bromet, E. J. ., Caldas de Almeida, J., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Yueqin., ... Kessler, R. C. (2017). Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry, 16*(3), 299–307. <https://doi.org/10.1002/wps.20457>
- Díaz, D., Gutiérrez, A., Fernández, C. y Sánchez-Huesca, R. (2016). Consumo de sustancias y características sociodemográficas de solicitantes de tratamiento ambulatorio en una red de atención especializada en México: análisis comparativo entre 2007 y 2014. *Revista Internacional de Investigación En Adicciones, 1*(1), 16–26.

- Drysdale, K., Bryant, J., Holt, M., Hopwood, M., Dowsett, G. W., Aggleton, P., Lea, T., & Treloar, C. (2020). Destabilising the ‘problem’ of chemsex: Diversity in settings, relations and practices revealed in Australian gay and bisexual men’s crystal methamphetamine use. *International Journal of Drug Policy*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102697>
- Earnshaw, V. A. (2020). Stigma and substance use disorders: A clinical, research, and advocacy agenda. *American Psychologist*, 75(9), 1300–1311. <https://doi.org/10.1037/amp0000744>
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Menino, D. D., Kelly, J. F., Chaudoir, S. R., Reed, N. M., & Levy, S. (2019). Disclosure, Stigma, and Social Support Among Young People Receiving Treatment for Substance Use Disorders and Their Caregivers: a Qualitative Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(6), 1535–1549. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9930-8>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Cunningham, C. O., & Copenhaver, M. M. (2015). Intersectionality of internalized HIV stigma and internalized substance use stigma: Implications for depressive symptoms. *Journal of Health Psychology*, 20(8), 1083–1089. <https://doi.org/10.1177/1359105313507964>
- Earnshaw, V., Smith, L., & Copenhaver, M. (2013). Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(1), 110–122. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9402-5>
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Thornicroft,

- G. (2017). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, *48*(9), 1560–1571.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Fast, D., Kerr, T., Wood, E., & Small, W. (2014). The multiple truths about crystal meth among young people entrenched in an urban drug scene: A longitudinal ethnographic investigation. *Social Science and Medicine*, *110*, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.029>
- Feingold, D., Brill, S., Goor-Aryeh, I., Delayahu, Y., & Lev-Ran, S. (2018). The association between severity of depression and prescription opioid misuse among chronic pain patients with and without anxiety: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, *235*, 293–302. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.058>
- Fisken, R. A. (2001). Is it time to abandon the term mental illness? Mental illness is descriptive term. *BMJ*, *323*(7311), 511–517. www.bmj.com/cgi/
- Frazer, Z., McConnell, K., & Jansson, L. (2019). Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers. *Drug and Alcohol Dependence*, *205*.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107652>
- Glasner-Edwards, S., Mooney, L. J., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M., Ang, A., Rawson, R., Anglin, M. D., Balabis, J., Bradway, R., Brown, A. H., Burke, C., Christian, D., Cohen, J., Cosmineanu, F., Dickow, A., Donaldson, M., Frazier, Y., Freese, T. E., Gallagher, C., ... Zweben, J. (2008). Risk Factors for Suicide Attempts in Methamphetamine-Dependent Patients. *American Journal on Addictions*, *17*(1), 24–27.
<https://doi.org/10.1080/10550490701756070>

- Grelotti, D. J., Kanayama, Gen., & Pope, H. G. (2010). Remission of Persistent Methamphetamine-Induced Psychosis After Electroconvulsive Therapy: Presentation of a Case and Review of the Literature. *American Journal of Psychiatry*, *167*(1), 17–23. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111695>
- Hansen, E. R., Carvalho, S., McDonald, M., & Havens, J. R. (2021). A qualitative examination of recent increases in methamphetamine use in a cohort of rural people who use drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, *229*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109145>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Información de México para niños*. <https://www.cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Educación Pública, & Secretaría de Salud. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Drogas*.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, & Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*.
- Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. (2020). *El consumo de sustancias en las mujeres*.
- Jiménez, K., y Castillo, P. (2011). A través del cristal. La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana. *Región y Sociedad*, *23*(50), 153–183.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, *5*(3), 26–31.

- Lappin, J. M., Roxburgh, A., Kaye, S., Chalmers, J., Sara, G., Dobbins, T., Burns, L., & Farrell, M. (2016). Increased prevalence of self-reported psychotic illness predicted by crystal methamphetamine use: Evidence from a high-risk population. *International Journal of Drug Policy*, 38, 16–20. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.018>
- Lecomte, T., Dumais, A., Dugré, J. R., & Potvin, S. (2018). The prevalence of substance-induced psychotic disorder in methamphetamine misusers: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 268, 189–192. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.033>
- Li, J., Jiang, W., Zhu, R., Fan, F., Fu, F., Wei, D., Tang, S., Tian, Y., Chen, J., Li, Y., Zhou, H., Wang, L., Wang, D., & Zhang, X. Y. (2022). Depression in Chinese men with methamphetamine dependence: Prevalence, correlates and relationship with alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 319, 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.064>
- López-Granados, L. María. y Cruz-Cortés, C. de J. (2017). Factores psicosociales y sociodemográficos vinculados al uso de sustancias psicoactivas en mujeres durante el embarazo. Una revisión narrativa. *Revista Internacional de Investigación En Adicciones*, 3(2), 45–56. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.2.06>
- Loza, O., Curiel, Z. V., Beltran, O., & Ramos, R. (2020). Methamphetamine Use and Sexual Risk Behaviors among Men Who Have Sex With Men in a Mexico-US Border City. *American Journal on Addictions*, 29(2), 111–119. <https://doi.org/10.1111/ajad.12985>
- Ma, J., Sun, X. J., Wang, R. J., Wang, T. Y., Su, M. F., Liu, M. X., Li, S. X., Han, Y., Meng, S. Q., Wu, P., Shi, J., Bao, Y. P., & Lu, L. (2018). Profile of psychiatric symptoms in methamphetamine users in China: Greater risk of psychiatric symptoms with a longer

duration of use. *Psychiatry Research*, 262, 184–192.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.017>

Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., Fernández-Mondragón, J. y Medina-Mora, M. E. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Artículo Original Salud Mental*, 36, 471–479.

Marín-Navarrete, R., Eliosa-Hernández, A., Lozano-Verduzco, I., Fernández-De La Fuente, C., Turnbull, B. y Tena-Suck, A. (2013). Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Artículo Original Salud Mental*, 36(5), 393–402.

Marín-Navarrete, R., Fuente-Martín, A. de la., Cano-Arrieta, G., Villalobos-Gallegos, L., Bucay-Harari, L., Larios-Chávez, L. y Ambriz-Figueroa, A. K. (2015). Mujeres con patología dual: características clínicas y de tratamiento. *Revista Internacional de Investigación En Adicciones*, 1(1), 41–49. <https://doi.org/10.28931/riiad.2015.1.06>

Martínez, K., Ojeda, Y., Hernández, J., & Contreras-Pérez, M. (2023). Depression and Suicidal Behavior Comorbidity in Patients Admitted to Substance-Use Residential Treatment in Aguascalientes, Mexico. *Journal of Evidence-Based Social Work (United States)*, 20(4), 508–519. <https://doi.org/10.1080/26408066.2023.2172368>

Martínez, K., Ojeda, Y., Robles, L., & Paz, M. (2023). Barriers to methamphetamine treatment seeking in residential centers in Aguascalientes, Mexico. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1193453>

- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review, 66*, 12–23.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- McKetin, R., Baker, A. L., Dawe, S., Voce, A., & Lubman, D. I. (2017). Differences in the symptom profile of methamphetamine-related psychosis and primary psychotic disorders. *Psychiatry Research, 251*, 349–354. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.028>
- McKetin, R., Hickey, K., Devlin, K., & Lawrence, K. (2010). The risk of psychotic symptoms associated with recreational methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review, 29*(4), 358–363. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00160.x>
- McKetin, R., & Kelly, E. (2007). Socio-demographic factors associated with methamphetamine treatment contact among dependent methamphetamine users in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Review, 26*(2), 161–168. <https://doi.org/10.1080/09595230601146652>
- McKetin, R., Kelly, E., & McLaren, J. (2006). The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 85*(3), 198–204. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.04.007>
- McKetin, R., Lubman, D. I., Baker, A. L., Dawe, S., & Ali, R. L. (2013). Dose-Related Psychotic Symptoms in Chronic Methamphetamine Users: Evidence From a Prospective Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry, 70*(3), 319–324.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.283>
- Mechanic, D. (2002). Removing barriers to care among persons with psychiatric symptoms. *Health Affairs, 21*(3), 137–147. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.137>

- Meyers, S. A., Earnshaw, V. A., D'Ambrosio, B., Courchesne, N., Werb, D., & Smith, L. R. (2021). The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 223. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108706>
- Moeller, S. J., Platt, J. M., Wu, M., & Goodwin, R. D. (2020). Perception of treatment need among adults with substance use disorders: Longitudinal data from a representative sample of adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 209. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107895>
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Mechanic, D. (2002). Perceived Need and Help-Seeking in Adults With Mood, Anxiety, or Substance Use Disorders. *Arch Gen Psychiatry Arch Gen Psychiatry*, 59(1), 77–84. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.1.77>
- Morales, M. (2023). *Determinantes sociales del consumo de cristal en adultos del centro de México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M., & Medina-Mora, M. E. (2017). Addiction-Related Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City. *Substance Use and Misuse*, 52(5), 594–603. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1245744>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Terminología e información sobre drogas*. https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_S_3rd_Edition.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2014). *Estimulantes de tipo anfetamínico en América Latina*.

https://www.unodc.org/documents/scientific/LAC_Report_SPANISH_2014.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC. (2018). *Informe Mundial Sobre las Drogas 2018: Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas*.

https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito. (2001). *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas 2001*.

https://www.unodc.org/pdf/report_2001-06-26_1_es/report_2001-06-26_1_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.

<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052008-glosario%20drogas.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=productos-cientificos-tecnicos-ops-oms-9878&Itemid=270&lang=es#gsc.tab=0

Organización Mundial de la Salud. (2020, August 28). *Sobredosis de opioides*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1964). *EVALUACION DE LAS DROGAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA*.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La política de drogas y el bien público*.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Abuso de Sustancias*.

<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Orozco, R., Vigo, D., Benjet, C., Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. H., Cia, A., Hwang, I., Kessler, R. C., Piazza, M., Posada-Villa, J., Rafful, C., Sampson, N., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Viana, M. C., & Medina-Mora, M. E. (2022). Barriers to treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, *303*, 273–285.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.031>

Patricia, C., Ramos, R., Brouwer, K. C., Firestone-Cruz, M., Pollini, R. A., Strathdee, S. A., Fraga, M. A., & Patterson, T. L. (2008). At the Borders, on the Edge: Use of Injected Methamphetamine in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *10*(1), 23–33. <https://doi.org/10.1007/s10903-007-9051-0>

Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change Applications to Addictive Behaviors. *The American Psychologist*, *47*(9), 1102–1114.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

Quinn, B., Stoové, M., Papanastasiou, C., & Dietze, P., (2013). An exploration of self-perceived non-problematic use as a barrier to professional support for methamphetamine users.

International Journal of Drug Policy, *24*(6), 619–623.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.015>

Romero, M., Gómez, C., & Medina-Mora, M. E. (1996). *LAS MUJERES ADICTAS: DE LA DESCRIPCIÓN A SU CONSTRUCCIÓN SOCIAL*.

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Mujeres_adictas.pdf

Sánchez-Torres, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 1, 82–89. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71852>

Sarkar, S., Tom, A., & Mandal, P. (2021). Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment in Low-and Middle-Income Countries: A Qualitative Review Synthesis. *Substance Use and Misuse*, 56(7), 1062–1073. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1908359>

Secretaría de Salud. (2002). *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas*. http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/libros/observatorio_2002.pdf

Secretaría de Salud, Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). (2019). *Informe Sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral*. <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-las-drogas-en-mexico-y-su-atencion-integral-2019?state=published>

Secretaría de Salud, D. G. de E. (2021). *INFORME SISVEA 2017 - 2019 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-anales-del-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-las-adicciones>

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología. (2023). *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*.

https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/02_Manual_Adicciones.pdf

Semple, S. J., Grant, I., & Patterson, T. L. (2005). Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: The role of social stigma. *American Journal on Addictions, 14*(4), 367–380. <https://doi.org/10.1080/10550490591006924>

Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2004a). A comparison of injection and non-injection methamphetamine-using HIV positive men who have sex with men. *Drug and Alcohol Dependence, 76*(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.05.003>

Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2004b). The context of sexual risk behavior among heterosexual methamphetamine users. *Addictive Behaviors, 29*(4), 807–810. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.013>

Su, M. F., Liu, M. X., Li, J. Q., Lappin, J. M., Li, S. X., Wu, P., Liu, Z. M., Shi, J., Lu, L., & Bao, Y. (2018). Epidemiological Characteristics and Risk Factors of Methamphetamine-Associated Psychotic Symptoms. *Frontiers in Psychiatry, 9*(489). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00489>

Tirado-Muñoz, J., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N., & Torrens, M. (2018). Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Adicciones, 30*(1), 66–76. <https://doi.org/https://doi.org/10.20882/adicciones.868>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023a). *WORLD DRUG REPORT 2023: CONTEMPORARY ISSUES ON DRUGS*. https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Booklet_2.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023b). *WORLD DRUG REPORT 2023: EXECUTIVE SUMMARY*. www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html

United Nations Office on Drugs and Crime, U. (2019). *World Drug Report 2019 Stimulants*. <https://wdr.unodc.org/wdr2019/en/stimulants.html>

United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC. (2021). *World drug report 2021 Executive Summary Policy Implications*. https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf

Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. Tat., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley, M. A., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B., Chatterji, S., & Üstun, B. T. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 177–185. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174579/>

Wearne, T. A., & Cornish, J. L. (2018). A Comparison of Methamphetamine-Induced Psychosis and Schizophrenia: A Review of Positive, Negative, and Cognitive Symptomatology. *Frontiers in Psychiatry*, 9(491). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00491>

Wohl, A. R., Galvan, F. H., Carlos, J. A., Myers, H. F., Garland, W., Witt, M. D., Cadden, J., Operskalski, E., Jordan, W., & George, S. (2013). A comparison of MSM stigma, HIV stigma and depression in HIV-positive latino and African American men who have sex with

men (MSM). *AIDS and Behavior*, *17*(4), 1454–1464. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0385-9>

Zweben, J. E., Cohen, J. B., Christian, D., Galloway, G. P., Salinardi, M., Parent, David., & Iguchi, Martin. (2004). Psychiatric Symptoms in Methamphetamine Users. *The American Journal on Addictions*, *13*(2), 181–190. <https://doi.org/10.1080/10550490490436055>